

РЕШЕНИЕ

№ 2108

гр. София, 21.04.2020 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

АДМИНИСТРАТИВЕН СЪД - СОФИЯ-ГРАД, Второ отделение 40 състав,
в публично заседание на 27.02.2020 г. в следния състав:

СЪДИЯ: Дилиана Николова

при участието на секретаря Милена Чунчева, като разгледа дело номер **4554** по описа за **2019** 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 Ф. Х. Б., подадена чрез адв.В. – САК, срещу Решение № РД-Е126-26/08.03.2019г. 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 работата на Комисията за възстановяване на извършени разходи по реда на чл.25, буква Б, параграф 5-9, чл.26, буква Б, параграф б и 7 от Регламент (ЕО) № 987/2009, чл.34 от Регламент (ЕО) № 574/72, Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, е отказано възстановяване на разходи от бюджета на НЗОК по заявление вх.№ Е126-01-288/12.10.2016г. за оказана и заплатена медицинска помощ по време на престой на територията на Федерална република Германия.

Жалбоподателката моли за отмяната на обжалваното решение като незаконосъобразно – постановено при допуснати съществени нарушения на административнопроизводствените правила, неправилно приложение на материалния закон и в несъответствие с целта му. Необосновано и немотивирано НЗОК отказала да възстанови на жалбоподателката направените от нея разходи за лечение в чужбина – от една страна приела, че има обостряне на вече съществуващо заболяване или нововъзникнало спешно медицинско състояние, а от друга страна приела липсата на спешност и неотложност на приложеното лечение. Позовава се на т.38 от преамбюла

на Директива 2011/24/ЕС, че държавата по осигуряване следва да не налага условието за предварително разрешение за поемане на разходите за здравно обслужване, предоставено в друга държава-членка, когато при предоставянето му на нейна територия разходите за това обслужване биха били поети от нейната законоустановена система за социална сигурност или национална система на здравеопазване.

В съдебно заседание изложеното в жалбата и направеното с нея искане за отмяна на оспорения акт се поддържа чрез адв.В., който намира за доказани твърденията, че приложеното лечение и оказаната медицинска помощ в лечебно заведение са били с извънреден характер като ако не е било приложено лечението, чието заплащане се претендира да бъде възстановено, изходът за пациентката е щял да бъде фатален. Претендира разноски по представен списък.

Ответникът по оспорването, в писмен отговор по жалбата моли тя да бъде отхвърлена като неоснователна. Резултатът от извършената проверка по заявлението показал, че то е неоснователно – в приложената медицинска документация не било описано, че има обостряне на вече съществуващото заболяване или нововъзникнало спешно медицинско състояние. Извършената на жалбоподателката интервенция попадала в КП № 175 „Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретро перитонеума с голям и много голям обем и сложност при лица над 18 години“ е в планов порядък, за което се изисква предварително разрешение от управителя на НЗОК и европейски формуляр S2. При извършената проверка не е установено да е подадено заявление за предварително разрешение за лечение в друга държава-членка и не е представено такова пред комисията за възстановяване на разходи на здравноосигуреното лице /ЗОЛ/. Представената медицинска документация според ответника не доказва диагностицирано състояние на спешност. Не се представлява в съдебното заседание, в което е даден ход на устните състезания.

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 обсъди релевираните с жалбата основания, доводите на страните в съдебно заседание и прецени събраните по делото доказателства, намира за установено следното от фактическа и правна страна:

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 което е неблагоприятно засегнато от него предвид постановения отказ, в преклузивния 14-дневен срок за оспорване по чл.149, ал.1 АПК, с оглед обстоятелството, че решението е връчено на 05.04.2019г., видно от известие за доставяне на л.112 по делото, а жалбата срещу него е подадена директно в съда на 16.04.2019г.

Разгледана по същество, жалбата е основателна.

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

Оспореното решение е издадено от компетентен административен орган – управителя на НЗОК като правомощията му произтичат от разпоредбата на чл.19, ал.7, т.2 ЗЗО, постановяваща, че 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. В конкретния случай тези правомощия са упражнени от подуправителя на НЗОК Й. П. на основание Заповед № РД-09-231/07.03.2019г. на управителя на НЗОК /л.113 по делото/, с която той я е определил да го замества на 08.03.2019г.

Решението е издадено в изискуемата от чл.59, ал.1 АПК писмена форма и съдържа предвидените в ал.2 на посочената разпоредба задължителни реквизити - наименование на органа, който го издава; наименование на акта; адресат на акта; фактически и правни основания за издаването му. Решението обаче е постановено при неизяснена фактическа обстановка, което процесуално нарушение е довело и до неправилно приложение на материалния закон.

Жалбоподателката е сезирала ответника със заявление вх.№ Е126-01-288/12.10.2016г. /л.16 и сл. по делото/, с което е поискала 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 или чл.34 от Регламент (ЕО) № 574/72, или действащи двустранни спогодби/договори за социално осигуряване. В заявлението е посочено, че медицинската помощ е получена в Германия, М., в периода от 21.08.2016г. до 31.08.2016г., а състоянието, което е наложило получаването на медицинската помощ е обостряне на Болест на К.. Посочено е и лечебното заведение, където е оказана медицинската помощ – I.. Към заявлението са приложени епикриза, фактура и документи, описващи операцията. Заявителката е посочила, че е представила своята Европейска здравноосигурителна карта, но е било отказано приемането на същата, което е наложило заплащане на лечението. Стойността на лечението, която е поискано да бъде възстановена е 20 100 евро. С молба от 17.11.2016г. и молба от 03.04.2017г. са представени допълнително документи, във връзка с указанията, дадени на заявителята – оригинали на фактури и данни за банкова сметка.

Подаденото от жалбоподателката заявление, в съответствие с чл.4 и сл. от Правилата за реда и работата на Комисия 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 или чл. 34 от Регламент (ЕО) № 574/72, или по двустранни спогодби/договори за социално осигуряване, утвърдени от управителя на НЗОК, достъпни на официалната интернет страница на касата, е разгледано от комисията, назначена със Заповед № РД-18-3/10.01.2017г. като становището ѝ е обективизирано в Протокол № 32/13.12.2017г., т.8 и съгласно него, подаденото от Ф. Б. заявление е редовно и допустимо, но неоснователно, тъй като предоставената медицинска помощ, а именно болничен престой с операция /лапароскопска, разширена илеоцекална резекция на дата 22.08.2016г./ е в планов порядък, за което се изисква предварително разрешение от управителя на НЗОК и европейски формуляр S2, каквото не е поискано и съответно не е издаван. Предвид това, че се касае лечение по график /планово/, за което няма издадено разрешение от управителя на НЗОК, становището на комисията е, че следва да се постанови отказ по така подаденото заявление. Протоколът е заведен с вх.№ Е126-07-18/06.07.2018г., а становището на комисията е обективизирано в нарочно писмо, заведено с вх.Е126-01-288/07.03.2019г. На следващия ден е издадено оспореното решение, с което е отказано възстановяване на заплатената сума за лечение като са възприети мотивите, изложени от комисията.

С оглед тези фактически установявания съдът намира, че е спазена процедурата за разглеждане на заявлението, регламентирана в Правилата –

заявлението е разгледано от комисията, която е заседавала при наличие на кворума по чл.4, ал.3 – присъствали са седем от членовете на комисията, при изискване за минимум петима, становището е взето с изискуемото мнозинство /чл.5 от правилата/ като не е подписано с особено мнение от никой от членовете, присъствали на заседанието; становището им е обективизирано в съставения протокол в съответствие с изискването по чл.4, ал.4 и 5 от Правилата като същият е подписан от членовете на комисията, присъствали на проведеното заседание, на което е разгледано подаденото от жалбоподателката заявление. Становището им е обективизирано освен в протокола от проведеното заседание и в нарочен акт, в съответствие с изискването по чл.19, ал.1 от Правилата, подготвен е и проект на решение за отказ за възстановяване на разходи, който е представен на управителя на НЗОК, ведно с протокола и становището, в съответствие с ал.4 на посочената разпоредба.

Не е спазен срокът по чл.13, т.6 от Правилата – съгласно посочената разпоредба преписка по заявление по чл.7, ал.1, т.1, каквото е настоящото, се разглежда от Комисията в срок до петнадесет работни дни от постъпване на S068 „Отговор за ставките за възстановяване на обезщетения в натура - престой” или E126. В конкретния случай посоченият в разпоредбата формуляр, съдържащ отговор по отправеното запитване /л.65-66 по делото/ е постъпил в НЗОК на 10.08.2017г., а заявлението на жалбоподателката е разгледано четири месеца по-късно – на 13.12.2017г. За съда остава неясно и каква е причината за извеждане на протокола от заседанието, проведено на 13.12.2017г. половин година по-късно от провеждането му видно от доказателствата на л.98 и сл. протоколът е изведен с № E126-07-18 от 06.07.2018г. Не е ясно и по какви причини комисията е представила становището си на управителя на НЗОК осем месеца по-късно – на 07.03.2019г. /печат на л.101 по делото/. Макар и укоримо това поведение на администрацията обаче не представлява нарушение от категорията на съществени и съответно не мотивира отмяна на оспорения акт само на това основание. Допуснатата забава при разглеждане на заявлението не е обусловена от събиране на доказателства или мнения на специалисти, към него е подхотено формално, не е проучен случаят в достатъчна степен, за да се прецени адекватно дали се касае за спешна неотложна намеса при животозастрашаващо състояние за лицето, или за случай, в който медицинската помощ е можело да бъде оказана в България без това да застрашава живота и здравето на заявителката. Основанието, мотивирало отказа за възстановяване на сумата по подаденото заявление е, че се касае за планово лечение, следователно то може да бъде извършено в България по КП № 175, тъй като лицето е с непрекъснати здравноосигурителни права. Твърдението на жалбоподателката е противоположно, а именно, че лечението е било неотложно и състоянието ѝ животозастрашаващо.

Във връзка с решаването на основния спорен по делото въпрос, по делото е прието без оспорване от страните заключение на съдебно-медицинска експертиза, изготвено от д-р К. Д. – специалист гастроентеролог, Началник на Отделението по гастроентерология в УМБАЛСМ [фирма]. От заключението на вещото лице и обясненията, дадени от него в съдебно заседание на 27.02.2020г. се установява, че на жалбоподателката е извършена ендоскопия, която може да се определи като спешно изследване, което трябва да се извърши в рамките на 24 часа от съмнението за установеното стеснение на Б. клапа /илеоцекален преход/. След установеното по обективен начин след ендоскопията стеснение на клапата, оперативната интервенция е била от неотложен порядък. Спешна според вещото лице е била първата

манипулация – ендоскопското изследване на дебелото черво, докато оперативната интервенция е била неотложна, т.е. животът на пациентката не е бил пряко застрашен, но е следвало медицинската помощ да се окаже в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшното развитие и усложняване на заболяването. В конкретния случай според експерта оперативната интервенция е следвало да се извърши в рамките на 2 до 4 дни при условията на лекарско наблюдение за проследяване на развитието на субилеус или илеус /запушване/. В приложената документация липсва документ, където да е отбелязано лекарско мнение или предложение от страна на немския лекар да се даде алтернативна терапия и да се насочи пациентката за операция в България. От приложената медицинска документация може да се направи извод, че операцията не е спешна, а е неотложна, но не е планова по график. Към медицинската документация съществуват и множество документи за допълнителни дейности – физиотерапия и рехабилитация, които не могат да се идентифицират като спешни или неотложни.

В съдебно заседание експертът пояснява, че въз основа на новоприетото доказателство – медицински доклад от д-р Т. Охзенкюн, става ясно, че в периода от първата хоспитализация през м.юни 2016г., когато е извършено ендоскопското изследване 14.06.16.06.2016г., до м.август 2016г., когато е приета пациентката и е извършена операцията, е налице влошаване на състоянието ѝ, хоспитализирана е на 21.08.2016г. като спешен случай със симптоми на абдоминален илеус – пълно запушване на участъка, показан като стеснен при ендоскопското изследване през м.юни. Съгласно данни от доклада експертът определя състоянието на жалбоподателката като спешно като ако не се извърши интервенцията, проведена на 22.08.2016г., е щяло да има пълно запушване, което е животозастрашаващо състояние за пациентката. Тя е трябвало да се оперира спешно. Самото заболяване – Болест на К., сочи, че е с ремитентен ход – редуват се периоди на подобряване и влошаване като не са ясно установени причините, които предизвикват влошаване на състоянието, може да се дължи на лечението или на други фактори. Поради това намира за напълно възможно влошаването на състоянието от м.юни до м.август до степен, пораждаща необходимост от спешна намеса, поради установеното през м.август запушване, който факт сочи, че не е спорен предвид медицинската документация по делото. Към състоянието, установено през м.юни е било възможно организиране на пътуването на жалбоподателката до България, но при условие, че ѝ бъде направен преглед непосредствено преди него и лекар установи, че не е налице илеус като след пристигането ѝ /при условие, че се касае за полет със самолет в рамките на 5-6 часа/ следва да бъде веднага хоспитализирана. Ако не е имало възможност пътуването да се осъществи в рамките на този период и по посочения начин, според експерта никой не би могъл да каже какво ще се случи в рамките на 48 часа.

Така установеното дава на съда да приеме, че вследствие допуснатото процесуално нарушение по чл.35 АПК е довело и до неправилно приложение на материалния закон.

Съгласно разпоредбата на чл.35, ал.1, т.8 от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/, задължително осигурените лица, каквато е и жалбоподателката, имат право на трансгранично здравно обслужване по реда на глава втора, раздел XII. Трансгранично здравно обслужване, според чл.80д, ал.2 ЗЗО, е здравно обслужване, предоставено или предписано в държава - членка на Европейския съюз, различна от държавата членка по

осигуряване. Според ал.3 на с.р. лицата по ал.1 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. В случая няма спор между страните, че оказаната медицинска помощ в Германия е включена в пакета здравни дейности, финансирани от НЗОК – конкретно по КП № 175. Според чл.80е, ал.1 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, а според ал.2 лицата имат право 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 ал.4 на чл.80е ЗЗО условията и редът за упражняване правото на трансгранично здравно обслужване се определят с наредба на министъра на здравеопазването. При осъществяване на делегираната му нормотворческа компетентност министърът на здравеопазването е издал Наредба № 5 от 21 март 2014г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, обн. ДВ, бр.28 от 28 март 2014г. Въпреки така посочената нормативна уредба същата се явява непълна – нито в закона, нито в подзаконовия нормативен акт по прилагането му са уредени случаи като настоящия, въпреки че в § 1 от Допълнителните разпоредби на наредбата изрично е посочено, че се въвеждат изискванията на Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 2011г. за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване (ОВ, L 88, 4.04.2011 г.). Съгласно нея държавите-членки трябва да гарантират здравно обслужване на лицата, както и да предвидят мерки за възстановяването на разходите за здравно обслужване, предоставено в държава-членка, различна от тази, в която пребивава получаващият здравното обслужване. Изрично е посочено, че тези въпроси вече са разглеждани от Съда като с директивата се цели постигането на по-широко и ефективно прилагане на принципите, развити от Съда във връзка с конкретни дела, като задължението за възстановяване на разходите за трансгранично здравно обслужване следва да бъде ограничено до здравно обслужване, на което осигуреното лице има право съгласно законодателството на държавата-членка по осигуряване като Директивата не цели да създаде право на възстановяване на разходите за здравно обслужване, предоставено в друга държава-членка, ако това обслужване не е включено в обезщетенията, предвидени от законодателството на държавата-членка по осигуряване на осигуреното лице. Съобразена е и практиката на Съда, че обуславянето на поемане на разходите за здравно обслужване, предоставено в друга държава-членка, от законоустановената система за социална сигурност или националната система на здравеопазване от наличието на предварително разрешение, е ограничаване на свободното движение на услуги и следователно, като общо правило, държавата-членка по осигуряване следва да не налага условието за предварително разрешение за

поемане на разходите за здравно обслужване, предоставено в друга държава-членка, когато при предоставянето му на нейна територия разходите за това обслужване биха били поети от нейната законоустановена система за социална сигурност или национална система на здравеопазване. Именно тези принципи и цели, посочени в съображенията, в случая не са съобразени от ответника като не е отчетена и спешността и неотложността на намесата. Прието е на първо място, че лечението е могло да бъде осъществено в България и на второ място, че за да бъде приложено в друга държава-членка е следвало жалбоподателката първо да поиска разрешение по нормативноустановения ред. Въпросът дали приложеното лечение се осъществява в България не е спорен между страните. Прилагането му обаче е обусловено от възникналото обостряне на болестта на оспорващата като в този случай според настоящия състав ответникът не може да се позовава на разпоредбите от националното и общностното законодателство, регламентиращи случаите на лечение по график и да препраща към разпоредбата на член 26, параграф 3 от Регламент (ЕО) № 987/2009, съответно препращаща към член 20, параграф 2, изречение второ от основния регламент – Регламент (ЕО) № 883/2004 на Европейския парламент и на Съвета от 29 април 2004 година за координация на системите за социална сигурност. Систематичното тълкуване на посочените разпоредби обуславя извод, че без да изясни случая и тогава да приведе осъществилите се факти под съответната правна норма, административният орган е ограничил съществено правото на защита на лицето заявител, като е отказал формално възстановяването на разходите за проведено лечение в чужбина. В този смисъл е чл.9, § 4 от Директива 2011/24/ЕС, който въвежда изискването държавите-членки да гарантират, че индивидуалните решения по отношение на ползването на трансгранично здравно обслужване и възстановяването на разходите за здравно обслужване, направени на територията на друга държава-членка, са надлежно обосновани и подлежат на преразглеждане във всеки отделен случай и могат да бъдат оспорвани по съдебен ред, което включва вземането на привременни мерки. В случая не е конкретизирано какви следва да бъдат основанията за издаване на предварително разрешение, както и дали състоянието на жалбоподателката е позволявало извършване на процедурата – както се посочи процесното заявление се разглежда 2 години и половина. Установеното посредством заключението на вещото лице, обуславя извод за незаконосъобразност на оспорения акт, който следва да бъде отменен.

Основателна при този изход на спора е претенцията на оспорващата за присъждане на направените по производството разноски. Такива са доказани в общ на размер на 1810 лева, от които 10 лева за заплатена държавна такса по оспорването, 300 лева за възнаграждение на вещото лице и 1500 лева по договор за правна защита и съдействие на л.203 /гръб/ по делото. Водим от горното и на основание чл.172, ал.2, чл.173, ал.2, 174 и чл.143, ал.1 АПК, Административен съд София-град, Второ отделение, 40-ти състав,

РЕШИ:

ОТМЕНЯ по жалбата на Ф. Х. Б. Решение № РД-Е126-26/08.03.2019г. на управителя на Националната здравноосигурителна каса.

ИЗПРАЩА делото като преписка на управителя на Националната здравноосигурителна каса за ново произнасяне по заявлението на оспорващата, заведено с вх.№ Е126-01-288/12.10.2016г., при съобразяване на дадените в мотивите на настоящото решение указания по тълкуването и прилагането на закона, в едномесечен срок от влизането му в сила.

ОСЪЖДА Националната здравноосигурителна каса да заплати на Ф. Х. Б. сумата в размер на 1810 /хиляда осемстотин и десет/ лева, представляваща разноски по производството.

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: