



Сборник съдебна практика

РЕШЕНИЕ НА СЪДА НА ПУБЛИЧНАТА СЛУЖБА НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ (втори състав)

16 май 2013 година *

„Публична служба — Социално осигуряване — Тежко заболяване — Понятие — Хоспитализация — Поемане на разходите — Директно плащане от разплащателната служба — Липса на определен в ОРИ максимален размер на дневните пари за болничен престой — Задължение за предварително уведомяване на осигуреното лице в случай на прекалено висок размер на дневните пари“

По дело F-104/10

с предмет жалба, подадена на основание член 270 ДФЕС, приложим към Договора за ЕОАЕ по силата на член 10ба от него,

Mario Alberto de Pretis Cagnodo, бивш служител на Европейската комисия,

Serena Trampuz de Pretis Cagnodo, негова съпруга,

с общо местожителство в Триест (Италия), представлявани от адв. С. Falagiani,

жалбоподатели,

срещу

Европейска комисия, за която се явяват г-н J. Currall и г-н D. Martin, в качеството на представители, подпомагани от адв. A. Dal Ferro,

ответник,

СЪДЪТ НА ПУБЛИЧНАТА СЛУЖБА (втори състав),

състоящ се от: г-жа M. I. Rofes i Rujol (докладчик), председател, г-жа I. Voruta и г-н K. Bradley, съдии,

секретар: г-н J. Томас, администратор,

предвид изложеното в писмената фаза на производството и в съдебното заседание от 21 юни 2012 г.,

постанови настоящото

* Език на производството: италиански.

Решение

- 1 С жалба, подадена в секретариата на Съда на 21 октомври 2010 г., г-н De Pretis Cagnodo и неговата съпруга, г-жа Trampuz de Pretis Cagnodo, искат отмяна на решенията на Разплащателната служба в Испра (Италия) (наричана по-нататък „Разплащателната служба“) на Общата здравноосигурителна схема (наричана по-нататък „ОЗОС“), така както те са представени в разплащателен документ № 10 от 1 октомври 2009 г., с който се отказва възстановяване на 100 % на разходите за хоспитализация на жалбоподателката, направени между 13 февруари 2009 г. и 25 март 2009 г. и с който в тежест на жалбоподателя се оставя сумата от 28 800 EUR от дневните пари за болничен престой по време на хоспитализацията, които са преценени като прекалено високи.

Правна уредба

- 2 Член 72 от Правилника за длъжностните лица на Европейския съюз в неговата редакция, приложима към спора (наричан по-нататък „Правилникът“), гласи:

„1. Длъжностното лице, неговият съпруг, когато последният не може да се ползва с осигуряване от същото естество и в същия размер по силата на други законови или подзаконовни разпоредби, както и неговите деца и други лица на негова издръжка по смисъла на член 2 от приложение VII, са здравно осигурени до 80 % от направените разноски в съответствие с правилата, приети по споразумение между институциите на [Съюза] след консултации с Комитета по правилника. Този размер се увеличава до 85 % за следните услуги: консултации и посещения, хирургически операции, хоспитализация, фармацевтични продукти, изследвания с рентген, лабораторни тестове и поставяне на протези по лекарско предписание, с изключение на зъбни протези. Размерът на осигурителното покритие се увеличава до 100 % в случаите на туберкулоза, полиомиелит, рак, умствено заболяване и други заболявания, признати от органа по назначаване за също толкова тежки, както и за прегледи за ранно диагностициране и при раждане. Въпреки това възстановяването на 100 % от разноските не се прилага в случай на професионално заболяване или трудова злополука, довели до прилагането на член 73.

[...]

2. Длъжностно лице, останало на служба за [Съюза] до навършване на 63-годишна възраст или получаващо обезщетение за инвалидност, се ползва [...] от разпоредбите на параграф 1 и след прекратяване на служебното правоотношение. Размерът на вноската се изчислява въз основа на размера на пенсията или надбавката.

[...]

2 а. При условие че не упражняват платена професионална дейност, право да се ползват от разпоредбите на параграф 1 имат и следните лица:

- i) бивши длъжностни лица с право на пенсия за осигурителен стаж, чието служебно правоотношение [със Съюза] е прекратено преди навършване на 63-годишна възраст;

[...]“.

- 3 Съгласно член 27 от Регламент (ЕО, Евратом) № 1605/2002 на Съвета от 25 юни 2002 година относно Финансовия регламент, приложим за общия бюджет на Европейските общности (ОВ L 248, стр. 1; Специално издание на български език, 2007 г., глава 1, том 3, стр. 198):

„1. Бюджетните кредити се използват при спазване на принципа на добро финансово управление и по-специално при спазване на принципите за икономичност, ефикасност и ефективност.

2. Принципът на икономичност изисква ресурсите, използвани от институцията за осъществяване на своите дейности, да се предоставят своевременно, в подходящо количество и качество и при най-добра цена.

Принципът на ефикасност се отнася до най-доброто съотношение между използваните ресурси и получените резултати.

Принципът на ефективност се отнася до осъществяването на набелязаните конкретни цели и постигането на планираните резултати.

[...]“.

- 4 Член 36 от Процедурния правилник предвижда:

„Ако исковата молба не отговаря на изискванията, посочени в член 35, параграф 1, букви а), б) и в), параграф 2 или параграф 5, секретарят определя на ищеца разумен срок за отстраняване на нередовностите. Ако ищецът не отстрани нередовностите в исковата молба в определения срок, Съдът на публичната служба решава дали неспазването на тези условия води до формалната недопустимост на исковата молба“.

- 5 Член 1 от Общите правила за здравното осигуряване на длъжностните лица на Европейския съюз, предвидени в член 72 (наричани по-нататък „Общите правила“), гласи, както следва:

„Съгласно член 72 от правилника се създава [ОЗОС]. Тази схема гарантира на бенефициерите, в рамките и при условията, предвидени в настоящите правила и в общите разпоредби за изпълнение, приети на основата на член 52 от тях, възстановяването на разноските, извършени вследствие на заболяване, катастрофа или майчинство, както и покриването на разходи за погребение.

Бенефициерите са осигурените лица и осигуряваните от тях лица.

[...]“.

- 6 Член 2 от Общите правила гласи:

„[...]“

3. В [ОЗОС] се осигуряват:

— бившите служители, временно наетите служители, бенефициерите на пенсия за осигурителен стаж,

— [...]“.

7 Член 12 от Общите правила предвижда:

„При условията, посочени в членове 13 и 14, от осигуреното лице се осигуряват:

— съпругът на осигуреното лице, освен ако той самият не е осигурен по [ОЗОС],

— [...]“.

8 По силата на член 20 от Общите правила, който установява общите правила за възстановяване на разноските:

„1. С цел запазване на финансовото равновесие на ОЗОС и с оглед опазването на принципа за социална сигурност, който лежи в основата на член 72 от [п]равилника, в общите разпоредби за изпълнение може да бъде определен максимален размер за възстановяване на разноски по отношение на определени услуги.

Ако направените от осигуреното лице разноски са по-малки от максималния размер, възстановяването на разноските се изчисляват на основата на експозицията.

2. За услугите, за които не е определен максимален размер на възстановяване на разноските, тази част от разходите, която се счита за прекалено висока в сравнение с нормалните цени в държавата, в която са извършени разноските, не подлежи на възстановяване. Частта от разноските, която се счита за прекалено висока се определя отделно за всеки конкретен случай от Разплащателната служба[на ОЗОС] след становище от лекаря консултант.

[...]

6. Съгласно член 72, параграф 1 от правилника 100 % от разноските се възстановяват в случаите на туберкулоза, полиомиелит, рак, умствено заболяване и други заболявания, признати за също толкова тежки от органа по назначаване след становище от лекаря консултант на Разплащателната служба[на ОЗОС].

Това становище се издава на основата на общи критерии, определени в общите разпоредби за изпълнение след консултация с медицинския съвет [на ОЗОС].

[...]“.

9 Член 30 от Общите правила предвижда:

„1. На осигурените лица могат да се отпускат аванси, за да могат да се справят с големи разходи. Предоставят се главно под формата на поемане на разходи при хоспитализация.

2. Авансите за медицински разноски се възстановяват върху всяка дължима сума на осигуреното лице по [ОЗОС], върху възнаградението или пенсията, върху всяка дължима сума на осигуреното лице от институцията, за която работи, или върху наследствената пенсия след смъртта на осигуреното лице [...]“.

10 По силата на член 35 от Общите правила:

„[...]

2. Преди да вземе решение относно жалба, внесена на основата на член 90, параграф 2 от правилника, органът по назначаване или, според случая, управителният съвет [на ОЗОС] трябва да поиска становището на управителния комитет [на ОЗОС].

[...]“.

- 11 Член 36 от Общите правила гласи:

„Настоящият режим се управлява от Управителен комитет, Централна разплащателна служба, компетентни разплащателни служби и медицински съвет“.

- 12 Член 41 от Общите правила предвижда:

„Управителният комитет се подпомага от медицински съвет, съставен от лекар консултант за всяка институция и лекари консултанти на всяка разплащателна служба.

Консултации с медицинския съвет могат да се извършват от управителния комитет или от Централната разплащателна служба по всякакви въпроси от медицинско естество, поставени в рамките на [ОЗОС]. Той се събира по искане на управителния комитет, на Централната разплащателна служба или по искане на лекар консултант от разплащателна служба и издава становище в посочения му срок“.

- 13 По отношение на финансовото разпореждане и надзора член 43 от Общите правила гласи:

„1. Изпълнението на приходите и разходите на [ОЗОС] по аналогия в съответствие с разпоредбите, предвидени в Регламент [№ 1605/2002], по-специално член 60 от него.

2. [...]

3. Централната разплащателна служба извършва или нарежда извършването на последващ контрол с цел

гарантиране на законността и редовността на операциите, извършени от разплащателните служби, и на спазването на принципите на доброто финансово управление

[...]“.

- 14 Според член 52 от Общите правила:

„1. По силата на член 72, параграф 1, трета алинея от правилника институциите предоставят на Европейската комисия правомощия да определя чрез общи разпоредби за изпълнение на правила за възстановяване на разноските с цел запазване на финансовото равновесие на [ОЗОС] и с оглед опазването на принципа за социална сигурност, който лежи в основата на член 72, параграф 1, първа алинея от правилника.

[...]“.

- 15 Дял II, глава 2, точка 1.3 от Общите разпоредби за изпълнение, приети от Европейската комисия в приложение на член 52 от Общите правила (наричани по-нататък „ОРИ“) относно условията за възстановяване на разноски при хоспитализация, по отношение на процента на възстановяване, гласи:

„Разноските по всеки престой, който се счита за хоспитализация, се възстановява на 85 % в случай на хирургическа интервенция или при медицинска хоспитализация.

Процентът на възстановяване достига 100 % при:

— тежко заболяване,

— [...]

— продължителна хоспитализация, разноски при престой над [тридесет] последователни дни след становище от лекар консултант“.

16 По отношение на условията за възстановяване горепосочената точка 1.3 от ОРИ гласи:

„За възстановяване на разноските хоспитализацията трябва да бъде предмет на медицински доклад, предоставен на лекаря консултант на разплащателната служба.

— [дневни пари за болничен престой]:

Разноските за настаняване, свързани с разходите за леглоден, с обслужването и с таксите, се възстановяват на основата на действително направените разходи и в зависимост от нормите за фактуриране, които са в сила в държавата на хоспитализация. Ако те са включени в пакетна цена за ден хоспитализация, възстановяването се извършва общо.

Възстановяването на разноските, произтичащи от избора на стая, се ограничава до цената на най-евтината единична стая в болницата.

Възстановяването на разноските се ограничава до продължителността на хоспитализацията, необходима по медицински причини за извършване на интервенции или за предоставяне на грижи в държавата на хоспитализация.

[...]“.

17 Дял III, глава 4 от ОРИ, която урежда поемането на разходите и авансите, уточнява:

„Съгласно член 30 от [о]бщите правила на осигурените лица могат да се отпускат аванси, за да могат да посрещнат големи разходи. Предоставят се по принцип под формата на поемане на разходи и в изключителни случаи под формата на аванси.

[...]

1. Поемане на разходи

Освен в спешни случаи или при форсмажорни обстоятелства осигуреното лице предварително трябва да поиска поемане на разходите.

Поемане на разходите се предоставя в следните случаи:

— При хоспитализация поемането на разходите покрива основните фактури и тези на хирурга.

[...]

В рамките на поемането на разходи частта от разноските, която остава за сметка на осигуреното лице, след изчисление на таксите се удържа по принцип от последващи възстановявания евентуално от възнаграждението, пенсията му или от всякаква друга сума, която му дължи институцията, за която работи. По искане на разплащателната служба сумата може да бъде възстановена с банков превод по банковата сметка на ОЗОС.

[...]“.

18 Дял III, глава 5 от ОРИ относно признаването за тежко заболяване гласи следното:

„1. Определение

За тежки заболявания се признават по-специално туберкулоза, полиомиелит, рак, умствено заболяване и други заболявания, признати за също толкова тежки от [органа по назначаване].

Последните засягат състояния, съчетаващи в различна степен следните четири критерия:

- неблагоприятна прогноза,
- хроничен ход на заболяването,
- необходимост от агресивни диагностични и/или терапевтични процедури,
- наличие или риск от тежко увреждане.

[...]“.

Обстоятелства в основата на спора

- 19 В качеството си на бивш служител на Европейската комисия и бенефициер на пенсия за осигурителен стаж жалбоподателят е осигурено лице по ОЗОС. Съпругата му, която също е жалбоподател по настоящото дело, има първично здравно осигуряване по ОЗОС в качеството си на съпруга на осигуреното лице и на осигурявано от него лице.
- 20 На 22 януари 2009 г. в качеството си на съпруга на осигуреното лице и на лице, което го представлява, жалбоподателката подава искане да ѝ бъдат поети разходите на основание дял III, глава 4, точка 1 от ОРИ пред разплащателната служба с оглед на предстоящото ѝ хоспитализиране, предвидено за 12 февруари 2009 г. в клиника „Anthea“ de Bari (Италия). На 5 февруари 2009 г. Разплащателната служба уважава молбата и изпраща писмо на клиниката, като я уведомява, че ще поеме разноските за хоспитализация на жалбоподателката, посочвайки, че на осигурените лица не трябва да се изпращат никакви временни фактури или искания за авансови плащания.
- 21 Хоспитализацията се извършва на 13 февруари 2009 г. Жалбоподателката претърпява операция на 14 февруари 2009 г., последвана от усложнения, довела до необходимост от втора хирургическа интервенция на 25 март 2009 г. Престоят на жалбоподателката в клиника „Anthea“ продължава до 25 март 2009 г., или общо 40 дни.
- 22 На 13 април 2009 г. здравноосигурителната служба привежда в изпълнение решението за поемане на разходите и се свързва с клиника „Anthea“ с молбата с оглед на плащането да изпрати основната фактура директно на него, а не на пациентката. Клиника „Anthea“ изпраща на разплащателната служба фактура № 4080 от 16 април 2009 г. за обща сума от 83 893,20 EUR с включен данък върху добавената стойност (наричан по-нататък „ДДС“), от които 57 600 EUR са за разходи за болничен престой при дневни пари от 1 440 EUR с включен ДДС и 26 293,20 EUR — за разходи за медицинско и болнично лечение. Фактурата, с подробно описание на последните разноски, но без да се посочва видът на стаята на жалбоподателката, е платена в пълен размер от Разплащателната служба, без предварително жалбоподателите да са били уведомени за фактурираната сума.

- 23 Разплащателната служба изпраща на жалбоподателя разплащателен документ № 10 с дата 1 октомври 2009 г., от който е видно, че: i) платената за хоспитализацията обща сума е 83 893,20 EUR; ii) Разплащателната служба смята за прекалено високи разходите за болничен престой, фактурирани на обща сума от 57 600 EUR; iii) възстановяването на последните разходи е ограничено до 28 800 EUR, т.е. до 720 EUR на ден с включен ДДС, като оставащите 28 800 EUR остават за сметка на осигуреното лице; и iv) подлежащите на възстановяване разходи за хоспитализация, а именно 55 093,20 EUR, 26 293,20 EUR от които като медицински разноски и 28 800 EUR като разходи за болничен престой, са възстановени в размер на 85 %, т.е. 46 829,22 EUR за сметка на Разплащателната служба, като 8 263,98 EUR остават за сметка на жалбоподателя. От тези изчисления е видно, че за 40 дни хоспитализация, с включени медицински разходи и дневни пари за болничен престой, Разплащателната служба приема за подлежаща на възстановяване сумата от 1 377,30 EUR за всеки ден хоспитализация.
- 24 Жалбоподателката представя становище относно разплащателен документ № 10 и подчертава възможността да се свърже с клиника „Anthea“, за да получи повече информация за дневните пари за болничен престой. Както е видно и от Решението на Комисията от 23 юли 2010 г., в което се разглежда внесената от жалбоподателката административна жалба на основание член 90, параграф 2 от Правилника (наричано по-нататък „решението за отхвърляне на жалбата“), на 13 ноември 2009 г. жалбоподателката е уведомена, че преписката ѝ е представена пред медицинския съвет на ОЗОС (наричан по-нататък „медицинският съвет“) за становище. От решението за отхвърляне на жалбата също така е видно, че с имейл от 26 ноември 2009 г. жалбоподателката се обръща към здравната каса с искане последната от своя страна да се свърже с клиника „Anthea“ за евентуално преразглеждане на фактурата от 16 април 2009 г.
- 25 От решението за отхвърляне на жалбата също така е видно, че с имейл от 27 ноември 2009 г. Разплащателната служба е уведомила жалбоподателката за съдържанието на телефонен разговор, който директорът е провел със служител от клиника „Anthea“. В този разговор последният посочил, че жалбоподателката е била хоспитализирана в много луксозен апартамент с легло от месинг и меню по неин избор. На писменото искане на Разплащателната служба да ѝ бъде съобщена цената на най-евтината единична стая в клиника „Anthea“, последната не изпраща отговор.
- 26 В протокола от заседанието на медицинския съвет, състоял се в Брюксел (Белгия) на 10 декември 2009 г., изпратен на жалбоподателя с писмо от Разплащателната служба от 26 януари 2010 г., медицинският съвет потвърждава, че стойността на фактурираните дневни пари за болничен престой в общ размер от 57 600 EUR е прекалено висока, като се основава на информацията, предоставена от италианските лекари, според които размерът на този вид разноски в Италия е между 400 и 600 EUR без ДДС на ден (наричано по-нататък „решението от 26 януари 2010 г.“).
- 27 Жалбоподателката подава административна жалба на 16 април 2010 г., заведена в Комисията на 22 април 2010 г., на основание член 90, параграф 2 от Правилника. В жалбата си жалбоподателката смята, от една страна, че Разплащателната служба, адресат на фактурата от клиника „Anthea“, е трябвало своевременно да възрази срещу прекалено високата стойност на исканата сума за болничен престой и да не пристъпва към плащане. От друга страна, жалбоподателката смята, че разноските, свързани с хоспитализацията ѝ, трябва да ѝ бъдат възстановени на 100 %, поради това че заболяването, довело до нейната хоспитализация, е „тежко“ по смисъла на член 72, параграф 1, първа алинея от Правилника. Накрая, жалбоподателката изтъква, че тъй като продължителността на хоспитализацията, надвишаваща 30 дни, е оправдана, разноските за хоспитализация за последните десет дни трябва да бъдат възстановени на 100 %. Що се отнася до прекалено високата цена на разходите за болничен престой, жалбоподателката се оплаква, че вместо последните да бъдат фактурирани на стойност 300 EUR на ден за самостоятелна стая, сума, която двукратно ѝ е съобщена устно преди

хоспитализацията, клиника „Anthea“ изкуствено е увеличила разходите за болничен престой до 1 440 EUR на ден под претекст, че е настанена в луксозен апартамент, което не е вярно, тъй като посочената клиника не разполага с апартаменти за пациентите.

- 28 С оглед на жалбата органът по назначаване (наричан по-нататък „ОН“) иска становище от лекаря консултант на Разплащателната служба (наричан по-нататък „лекарят консултант“) по въпроса дали, от една страна, разноските за хоспитализация над 30 последователни дни са оправдани и от друга страна, дали патологията, довела до хирургическата интервенция, претърпяна от жалбоподателката, може да се приеме за тежко заболяване по смисъла на дял III, глава 5, точка 1 от ОРИ. В становището си от 18 май 2010 г. лекарят консултант заключава, че що се отнася до първия въпрос, изписването на пациентката от клиника „Anthea“ е било възможно още на 8 март 2009 г., като извършените след това терапевтични процедури и изследвания е можело да бъдат извършвани в домашни или амбулаторни условия. Колкото до втория въпрос, той смята, че поне два от основните критерии за признаване на дадено заболяване за тежко, а именно неблагоприятна прогноза и наличие или риск от инвалидност или тежко увреждане, не са изпълнени.
- 29 Съгласно член 35, параграф 2 от Общите правила ОН иска също така становище от Управителния комитет на ОЗОС (наричан по-нататък „управителният комитет“). На заседанието от 9 и 10 юни 2010 г. последният обсъжда въпросите, повдигнати в жалбата, и се обръща към медицинския съвет с въпроса дали продължителността на хоспитализацията е била необходима от медицинска гледна точка. Медицинският съвет отговоря на 24 юни 2010 г., че в преписката не се съдържат достатъчно доказателства относно необходимостта от хоспитализация над 30 дни и счита, че по отношение на жалбоподателката може да се приложи разпоредбата на дял II, глава 2, точка 1.3 от ОРИ относно възстановяването на 100 % от разноските за престой над 30 последователни дни. С оглед на отговора на медицинския съвет управителният комитет изразява положително становище за потвърждаване на решението на Разплащателната служба да не приложи по отношение на жалбоподателката възстановяване в размер от 100 % за тежко заболяване.
- 30 С решението за отхвърляне на административната жалба се отказва тя да бъде уважена по отношение както на прекалено високия размер на дневните пари за болничен престой, надхвърлящи 720 EUR с ДДС, така и на липсата на тежко заболяване по смисъла на дял III, глава 5, точка 1 от ОРИ. Що се отнася до въпроса дали хоспитализацията на жалбоподателката над 30 дни е била наложителна, ОН преценява за необходимо да изпрати преписката в Разплащателната служба, за да бъде поискана външна медицинска експертиза.
- 31 От решението за отхвърляне на жалбата също така е видно, че в становището, прието след заседанието от 9 и 10 юни 2010 г., управителният комитет моли Централната разплащателна служба и/или компетентната разплащателна служба да окаже съдействие на жалбоподателката с цел възстановяване от клиника „Anthea“ на прекалено високия размер на дневните пари за болничен престой. От преписката не е видно дали посочените разплащателни служби са дали ход на това искане на управителния комитет.

Искания на страните

- 32 Жалбоподателите искат от Съда:

— временно да спре или да забрани изпълнението на процедурата по принудително събиране на спорните суми и да забрани временно служебното удържане от пенсията на жалбоподателя (първо искане),

- да установи и да обяви, че жалбоподателката не може да бъде упреквана или обвинявана за размера или за плащането на разходите за болничен престой, изисквани от клиниката, в която е претърпяла операция (второ искане),
 - да квалифицира като „тежко“ заболяването, довело до хоспитализация на жалбоподателката, и операциите, които тя е претърпяла (трето искане),
 - да определи като неизбежна и правилна от терапевтична гледна точка продължителността на хоспитализацията (четвърто искане),
 - да обяви, че жалбоподателите са освободени от каквото и да било възстановяване на плащания, извършени от Разплащателната служба (пето искане),
 - да разпреди на Комисията да оттегли искането си за възстановяване на сумата от 41 833 EUR или на каквато и да било друга претендирана сума (шесто искане),
 - да разпреди на Комисията да се въздържа от всякакво служебно удържане на сумата от 41 833 EUR или на каквато и да било друга претендирана сума от пенсията на жалбоподателя (седмо искане),
 - да приеме различни мерки за събиране на доказателства (осмо искане),
 - да осъди Комисията да заплати съдебните разноски (девето искане).
- 33 По повод на отстраняването на нередовности в жалбата на 16 ноември 2010 г. жалбоподателите уточняват и разширяват исканията си в смисъл, че те молят Съда на публичната служба:
- да отмени решението на Комисията, съдържащо се в разплащателен документ № 10 от 1 октомври 2009 г.,
 - да отмени решението от 26 януари 2010 г.,
 - да отмени решението за отхвърляне на жалбата.
- 34 Комисията иска от Съда:
- да отхвърли жалбата като недопустима и/или неоснователна,
 - да осъди жалбоподателите да заплатят съдебните разноски.

Производството

- 35 На 5 ноември 2010 г. секретарят на Съда на публичната служба съгласно член 36 от Процедурния правилник се обръща към представителя на жалбоподателите във връзка с отстраняване на нередовностите на жалбата, към която не са приложени нито актът, чиято отмяна се иска, нито удостоверение за упълномощаването на представителя на жалбоподателите, нито кратко изложение на спора и за тази цел му дава срок, изтичащ на 15 ноември 2010 г. Тъй като нередовностите са отстранени едва на 16 ноември 2010 г., втори състав на Съда на публичната служба, на който е разпределено делото, на заседанието си от 24 октомври 2010 г. с оглед на правото си на преценка, предоставено му от член 36 от Процедурния правилник, решава, че в конкретния случай неспазването на срока за отстраняване на нередовностите не трябва да доведе до недопустимост на жалбата.

- 36 На 15 ноември 2010 г. жалбоподателите внасят в секретариата на Съда отделна жалба, с която молят съдията по обезпечителното производство да постанови спиране на изпълнението на процедурата по принудително събиране чрез служебно удържане от пенсията за осигурителен стаж на жалбоподателя на невъзстановените суми, свързани с хоспитализацията на жалбоподателката. Тази жалба е заведена под номер F-104/10 R.
- 37 С определение от 15 февруари 2001 г. по дело De Pretis Cagnodo и Trampuz de Pretis Cagnodo/Комисия (F-104/10 R) председателят на Съда отхвърля молбата за спиране на изпълнението, тъй като жалбоподателите не са доказали, че в конкретния случай условието за неотложност е изпълнено.
- 38 На 11 април 2011 г. жалбоподателите изпращат на Съда на публичната служба външната медицинска експертиза, поискана от Разплащателната служба за привеждане в действие на решението за отхвърляне на жалбата — експертиза, която им е предоставена от здравноосигурителната служба на 30 март 2011 г. В този документ специалистът консултант заключава, че доказателствата по преписката позволяват да се оправдае необходимостта от хоспитализация на жалбоподателката над 30 дни. Разплащателната служба привежда в действие това становище и в разплащателен документ № 11 от 18 март 2011 г. осчетоводява 2 066 EUR в полза на жалбоподателя, които били приспаднати от общата сума, оставена за негова сметка. Вследствие на това, освен 28 800 EUR за болничен престой, преценени като прекалено високи от Разплащателната служба, за сметка на жалбоподателя остава сумата от 6 197,98 EUR.
- 39 На 26 октомври 2011 г. секретарят на Съда съобщава на страните процесуално-организационните действия, приети от Съда съгласно член 56 от Процедурния правилник, чиято цел е изясняване на някои въпроси и изслушване на жалбоподателите по възражението за недопустимост на жалбата, повдигнато от Комисията в нейното писмено становище.
- 40 В същото съобщение секретарят на Съда на публичната служба уведомява страните, че на основание член 77 от Процедурния правилник Съдът на публичната служба смята служебно да повдигне възражение за недопустимост, изведено от липсата на правен интерес на жалбоподателката, с мотива че разплащателен документ № 10 уврежда жалбоподателя, щом като единствено жалбоподателката е подала административна жалба, и че на пръв поглед не изглежда възможно тя да бъде пряко облагодетелствана от евентуална отмяна на посочения разплащателен документ, тъй като не е нито негов адресат, нито негов бенефициер.
- 41 На страните е даден триседмичен срок, в който да представят бележките си по процесуално-организационните действия, както и да представят становища по служебно повдигнатото възражение за недопустимост, и те се съобразяват с това в определения срок.
- 42 Съгласно член 68 от Процедурния правилник съдията докладчик преценява възможностите за доброволно уреждане на спора между жалбоподателите и Комисията и през март 2012 г. предлага разрешение, което би могло да сложи край на спора, разрешение, което не получава съгласието на страните. На своето заседание от 26 април 2012 г. съдебният състав установява, че опитът за доброволно уреждане на спора е неуспешен и решава да открие устната фаза на производството.
- 43 На заседанието от 21 юни 2012 г. представителят на жалбоподателите уведомява Съда, че оттегля четвъртото искане, насочено към отмяна на разплащателен документ № 10, във връзка с това, че документът не признава необходимостта от продължителна хоспитализация, доколкото с оглед на заключението на специалиста, консултиран в рамките на поисканата от Разплащателната служба външна медицинска експертиза, последната е взела решение да възстанови на 100 % разноските за хоспитализация на жалбоподателката над 30-дневния период.

По допустимостта

Доводи на страните

- 44 На първо място, в писмената си защита, без да прави изрично искане жалбата да бъде обявена за недопустима, Комисията изразява съмнения по отношение на допустимостта, поради това че страна в досъдебното производство е била само жалбоподателката, която не е осигурено лице по ОЗОС, докато по силата на член 90 и сл. от Правилника единствено осигуреното лице, а именно жалбоподателят, има правото да инициира административно производство. В това отношение Комисията разчита на преценката на Съда.
- 45 След това, в отговор на процесуално-организационните действия, Комисията от своя страна възприема служебно изтъкнатото от Съда възражение за недопустимост, изведено от липсата на правен интерес на жалбоподателката, отправя формално искане до Съда да обяви жалбата за недопустима, тъй като преди нея жалбоподателят не е подал административна жалба по смисъла на член 90, параграф 2 от Правилника, а той е единственият адресат на оспорвания разплащателен документ, издаден от Разплащателната служба, като неговата съпруга не е официален адресат на фактурата от клиника „Anthea“.
- 46 На второ място, в писмената си защита Комисията повдига възражение за недопустимост на жалбата с оглед на това, че тя не съответства на член 35 от Процедурния правилник, доколкото в нея не се посочват нито правните основания за обжалване, нито правните доводи в подкрепа на исканията на жалбоподателите.
- 47 На трето място, според Комисията жалбата е недопустима, тъй като с искането си Съдът да определи като „тежко“ заболяването на жалбоподателката жалбоподателите молят Съда да произнесе по въпроси от медицинско естество, които не са от компетенциите на последния.
- 48 На четвърто място, Комисията иска жалбата да бъде обявена за недопустима, поради това че с някои от исканията си жалбоподателите искат от Съда да ѝ даде разпореждания.
- 49 От своя страна жалбоподателите твърдят, че възражението за недопустимост поради липса на правен интерес на жалбоподателката е неоснователно. Всъщност член 90, параграф 2 от Правилника се отнася до всички лица, които имат интерес от прилагането му. В конкретния случай жалбата е внесена от жалбоподателката, която не разполага с никакви собствени доходи, а издръжката ѝ зависи изключително от получаваната от съпруга ѝ пенсия за осигурителен стаж. Следователно всяко събитие, което може да навреди на размера на този източник на средства, каквото е евентуалното удържане от пенсията на нейния съпруг на сумите, дължими за медицински разходи, я засяга пряко и лично. Подаването на жалбата единствено от жалбоподателката се обяснява с това, че именно тя е засегнатото от хоспитализацията лице и затова тя по-добре е запозната с подробностите от жалбоподателя. Жалбоподателите допъхват, че доколкото жалбоподателката подава жалбата в качеството на съпруга на жалбоподателя, тя я подава не само от свое име, а и от името и за сметка на последния, и заключават, че при всички случаи жалбата е внесена от двамата съпрузи, което трябва да разсее всякакви съмнения относно наличието на правен интерес на съответните искания, както и относно редовността на досъдебното производство. Жалбоподателите не взимат отношение по другите процесуални предпоставки, изтъкнати от Комисията.

Съображения на Съда на публичната служба

- 50 На първо място следва да се уточни, че Комисията неправилно поддържа, че досъдебното производство не се е развило правилно.

- 51 Всъщност по силата на член 90, параграфи 1 и 2 от Правилника всяко лице може да сезира ОН или с искане той да вземе решение, което се отнася до него, или с жалба, насочена срещу увреждащ го акт. Впрочем от член 72, параграф 1, първа алинея от Правилника е видно, че в качеството си на съпруга на бивше длъжностно лице жалбоподателката е здравно осигурена за рисковете от общо заболяване. Оттук следва, че жалбоподателката е „лице, за което се прилага [п]равилник[ът]“ по смисъла на член 90 от този текст.
- 52 Тази преценка се потвърждава от разпоредбите на Общите правила, по-специално на членове 12—14, по силата на които съпругът(съпругата) на осигуреното лице се осигурява от него, основно или допълнително, според това съответно дали разполага или не с доходи от професионална дейност.
- 53 Вярно е, че членове 27, 28 и 30 от Общите правила предоставят на осигурените лица възможността да внасят искания за предварително разрешение, молби за възстановяване, както и искания за аванси за посрещане на големи разходи.
- 54 Това не променя факта, че член 1 от Общите правила включва в понятието за бенефициери по ОЗОС както осигурените лица, така и осигурените от тях лица и че лицата, осигурявани от осигурени лица по силата на член 26 от Общите правила, както и самото осигурено лице, са регистрирани в централната здравноосигурителна служба и в компетентната здравноосигурителна служба по ОЗОС. Що се отнася до обстоятелството, че разплащателен документ № 10 е адресиран единствено до жалбоподателя, това е само последствие от факта, че според член 30 от Общите правила и точка 1 от глава 4 на дял III от ОРИ осигуреното лице е лицето за контакт на Разплащателната служба на ОЗОС при внасяне на искане за поемане на разходите. Дори ако в случая искането за поемане на разходите е внесено от жалбоподателката, тя е направила това от името на съпруга си и тази възможност е предвидена в самия формуляр.
- 55 В конкретния случай фактурите, изпратени от клиниката в Разплащателната служба и платени от последната, носят името на жалбоподателката и след изпращането на жалбоподателя на разплащателен документ № 10 жалбоподателката, която е по-добре запозната от съпруга си с реално предоставените от клиниката услуги, предприема постъпки пред Разплащателната служба, която я признава за лице за контакт и сезира медицинския съвет. Същото се случва, когато жалбоподателката внася жалбата на основание член 90, параграф 2 от Правилника срещу решението на Разплащателната служба. Всъщност вследствие на тази жалба ОН иска становището на лекаря консултант и това на управителния комитет, като медицинският съвет също е сезиран и в отговор приема решението за отхвърляне на жалбата. Решението е съобщено на жалбоподателката с писмо, адресирано до нея, с което тя е уведомена, че посоченото решение може да бъде обжалвано от нея пред Съда в тримесечен срок, считано от датата на получаване.
- 56 При тези условия, след като самата Комисия признава жалбоподателката за законен участник в рамките на досъдебното производство и по силата на правилото *nemo potest venire contra factum proprium*, съгласно което администрацията е длъжна да спазва собствените си актове, Съдът счита, че тя няма основание да твърди на този етап, че жалбоподателката не е имала самостоятелен правен интерес да представи от свое име, познавайки обстоятелствата, становище по изравнителната сметка, съдържаща се в разплащателен документ № 10, и дори да подаде административна жалба срещу посочената изравнителна сметка. Трябва да се допълни, че тъй като жалбата е подадена до Съда на публичната служба от двамата съпрузи жалбоподатели, трябва да се подразбира, че както в момента на подаване на молбата за директно плащане, така и в хода на досъдебното производство, макар че постъпките са извършени единствено от жалбоподателката и от нейно име, жалбоподателите са действали по общо съгласие. Оттук следва, че жалбата не е недопустима поради предполагаемата нередовност на досъдебното производство.

- 57 Що се отнася до евентуално нарушение, допуснато с жалбата, на член 35, параграф 1, буква д) от Процедурния правилник, следва да се напомни, че по смисъла на тази разпоредба жалбата трябва да съдържа предмета на спора, както и изложените основания, правни и фактически доводи. Според постоянната съдебна практика тези елементи трябва да са достатъчно ясни и точни, за да се позволи на ответника да подготви защитата си, а на Съда на публичната служба — да се произнесе по исквата молба или жалбата евентуално без да разполага с други данни (Решение на Съда на публичната служба от 1 декември 2010 г. по дело Gagalis/Съвет, F-89/09, точки 36 и 37).
- 58 Съдът установява, че в конкретния случай правните основания, правните и фактическите мотиви не са предмет на изброяване като такива. Внимателният прочит на жалбата обаче позволява те да бъдат открити в нейния текст.
- 59 Доколкото използването на образа на жалба, който се намира в частта от Curia — уебсайта на Съда на Европейския съюз, отнасяща се до Съда на публичната служба под рубриката „[...] полезна информация“, не е задължително за страните, когато Съдът на публичната служба проверява дали са изпълнени условията, поставени в член 35, параграф 1, буква д) от Процедурния правилник и доколкото могат да се установят изложените основания и правни и фактически доводи, той трябва да тълкува тази разпоредба достатъчно гъвкаво, за да спази правото, дадено на жалбоподателите от член 19, четвърта алинея от Статута на Съда на Европейския съюз, приложим за производството пред Съда на публичната служба съгласно член 7, параграф 1 от приложение I към същия статут, свободно да избират адвоката си независимо от държавата, в която този адвокат има правото да практикува своята професия.
- 60 При тези обстоятелства и с оглед на това, че твърдяното от Комисията непълно съдържание на жалбата не ѝ е попречило в конкретния случай тя да се защити, доколкото е можела да представи писмена защита, която засяга както допустимостта, така и делото по същество, жалбата не следва да се обяви за недопустима за нарушение на член 35, параграф 1, буква д) от Процедурния правилник.
- 61 Що се отнася до възражението за недопустимост, изтъкнато от Комисията срещу третото искане по жалбата, с което се цели Съдът да определи като „тежки“ заболяването, наложило хоспитализацията на жалбоподателката и операциите, които тя е претърпяла, следва да се припомни, че съгласно постоянната съдебна практика, макар и да е вярно, че способите за защита, предвидени в Правилника, по принцип не могат да се използват за оспорване на медицинските заключения като такива, като те трябва да се приемат за окончателни, когато са изготвени правомерно, това не променя обстоятелството, че Съдът на публичната служба е този, който, без да поставя под съмнение медицинските заключения, подкрепящи спорното решение, в конкретния случай — това за отказа заболяването на жалбоподателката да бъде признато за тежко, трябва да провери дали с приемането на спорното решение ОН правилно е преценил фактите и правилно е приложил съответните правни разпоредби (Решение на Съда на публичната служба от 18 септември 2007 г. по дело Votos/Комисия, F-10/07, точки 39 и 40). Оттук следва, че третото искане по жалбата не трябва да се обяви за недопустимо въз основа на изтъкнатите от Комисията доводи.
- 62 Комисията изтъква четвърто възражение за недопустимост срещу две от исканията в жалбата, а именно срещу шестото, с което се цели Съдът на публичната служба да разпорежи на Комисията да отмени искането за възстановяване на сумата от 41 833 EUR или на друга сума, която евентуално би била определена, която не подлежи на възстановяване от ОЗОС, и срещу седмото, с което се цели Съдът на публичната служба да разпорежи на Комисията да се въздържа от всякакво служебно удържане на посочената сума или на сума, която евентуално би била определена, от пенсията на жалбоподателя. Освен това Съдът на публичната служба

посочва, че с второто искане в жалбата жалбоподателите искат от Съда на публичната служба да установи и да обяви, че жалбоподателят не може да бъде упрекнат или да бъде обвинен за размера или за плащането на разходите за болничен престой, изисквани от клиника „Anthea“.

- 63 Според постоянната съдебна практика не е от компетентността на съда на Съюза да дава задължителни указания на администрацията или да прави правни изявления в рамките на контрола за законосъобразност въз основа на член 91 от Правилника (Решение на Съда на публичната служба от 12 декември 2012 г. по дело BS/Комисия, F-90/11, точка 100 и цитираната съдебна практика, предмет на обжалване пред Общия съд на Европейския съюз, дело T-83/13 P). Оттук следва, че трите искания, посочени по-горе, трябва да се отхвърлят като недопустими.
- 64 Накрая, с първото искане по жалбата жалбоподателите искат от Съда временно да спре изпълнението на процедурата по принудително събиране на суми, които не са предмет на възстановяване от ОЗОС, и да забрани временно на Комисията да извършва служебно удържане от пенсията на жалбоподателя.
- 65 Тези искания са предмет на отделната жалба, подадена от жалбоподателите на 15 ноември 2010 г., по делото, приключило с постановяването на Определение De Pretis Cagnodo и Trampuz de Pretis Cagnodo/Комисия, посочено по-горе, с което посочените искания се отхвърлят.
- 66 Следователно, тъй като тези искания вече са отхвърлени, те не могат да бъдат представени пред Съда на публичната служба, нито да бъдат разгледани от него в рамките на настоящото производство.
- 67 По повод на отстраняването на нередовностите в жалбата жалбоподателите се стремят да уточнят исканията си с добавянето в допълнително писмено становище на три нови искания.
- 68 Така че докато недопустимостта на първото искане, а именно отмяната на разплащателен документ № 10 не подлежи на съмнение по отношение на това, че се припокрива с третото, четвъртото и петото искане от жалбата, нещата не стоят по същия начин за второто и третото искане от допълнителното становище, с които жалбоподателите искат отмяната съответно на решението от 26 януари 2010 г. и на решението за отхвърляне на жалбата, тъй като тези две искания не се съдържат в текста на жалбата.
- 69 Всъщност, тъй като отстраняването на нередовностите в жалбата съгласно член 36 от Процедурния правилник може да се отнася само до условията, изброени в член 35, параграф 1, буква а), б) и в), параграф 2 и параграф 5 от Процедурния правилник, на този етап е изключено предметът на жалбата да се разширява с добавяне на искания.
- 70 Оттук следва, че второто и третото искане по допълнителното становище са недопустими.

По съществуващото на спора

- 71 Тъй като първото, второто, шестото и седмото искане от жалбата, както и второто и третото искане от допълнителното становище на жалбоподателите са обявени за недопустими и в съдебното заседание жалбоподателите оттеглят четвъртото искане по жалбата, остава да бъдат разгледани само третото и петото искане по жалбата, както те са уточнени в първото искане от допълнителното становище. Съдът на публичната служба първо ще разгледа третото и след това петото искане, и двете от които целят отмяната на разплащателен документ № 10 от 1 октомври 2009 г., изменен с разплащателен документ № 11 от 18 март 2011 г. (наричан по-нататък „спорният разплащателен документ“).

По третото искане, както е уточнено в първото искане от допълнителното становище, насочено срещу решението на Разплащателната служба, съдържащо се в спорния разплащателен документ, за ограничаване на възстановяването на разходите за хоспитализация до 85 %, поради това че заболяването на жалбоподателката не се счита за „тежко“

- 72 В подкрепа на тези искания за отмяна жалбоподателите изтъкват едно-единствено правно основание, изведено от явна грешка в преценката.

Доводи на страните

- 73 Жалбоподателите изтъкват, че с отказа си да признае, че заболяването, довело до хоспитализация на жалбоподателката, е тежко заболяване, администрацията допуска явна грешка в преценката. Всъщност с оглед на вида на извършената по време на хоспитализацията хирургическа интервенция, на обстоятелството, че тя е трябвало да претърпи втора интервенция по спешност, на периода, през който е била на рехабилитация в друга клиника, както и на обстоятелството, че тя непрекъснато е трябвало да се придвижва с помощта на патерица, заболяването ѝ отговаряло на условията, изброени в дял III, глава 5, точка 1 от ОРИ, за да бъде определено като „тежко заболяване“ по смисъла на тази разпоредба. Последица от тази квалификация щяло да бъде увеличаването на 100 % на размера на сумата, подлежаща на възстановяване за хоспитализацията на жалбоподателката. В подкрепа на тази теза жалбоподателите представят становищата на двама специалисти и удостоверение, издадено от специалист от местна здравна служба.
- 74 Комисията поддържа, че решението за това, че заболяването не е тежко, е взето в съответствие с приложимото право. Тя се позовава на становището на лекаря консултант от Разплащателната служба от 18 май 2010 г., в което последният заключава, че в конкретния случай два от четирите основни критерия, определени от ОРИ, не са изпълнени.

Съображения на Съда на публичната служба

- 75 Съгласно член 72, параграф 1, първа алинея от Правилника размерът за възстановяване на здравните разходи достига 100 % по-конкретно при туберкулоза, полиомиелит, рак, умствено заболяване и други заболявания, признати за също толкова сериозни от ОН. Точка 1 от глава 5 от дял III от ОРИ установява критериите, които позволяват дадено заболяване да се определи като тежко. По силата на тази разпоредба за тежки заболявания са определени същите заболявания като тези, изброени в член 72, параграф 1, първа алинея от Правилника с уточнението, че заболяванията, „признати за също толкова сериозни от ОН“, се отнасят до състояния, съчетаващи в различна степен четири критерия, а именно неблагоприятна прогноза, хроничен ход на заболяването, необходимост от агресивни диагностични и/или терапевтични процедури, наличие или риск от сериозно увреждане.
- 76 Следва да се добави в това отношение, че Съдът на публичната служба вече е преценил, че споменатите в предишната точка критерии са кумулативни (Решение по дело Votos/Комисия, посочено по-горе, точка 42 и сл.). Затова обстоятелството, че само един от тези критерии не е изпълнен, обосновава приемането на решение, с което се отказва да се признае съществуването на тежко заболяване. Съдът на публичната служба вече е преценил по отношение на същите критерии, че те не изглеждат с явно неподходящ характер или неправилни от гледна точка на преследваната цел, а именно да се установят заболяванията, които са „също толкова сериозни“ като изрично споменатите в член 72 от Правилника (вж. Решение на Съда на публичната служба от 28 септември 2011 г. по дело Allen/Комисия, F-23/10, точка 49).

- 77 Всъщност визираните в член 72 от Правилника четири заболявания биха могли в определени случаи да имат особено сериозни физически или психически последици, да имат траен или хроничен характер и изискват тежки терапевтични мерки, за които е необходимо предварителната диагноза да бъде ясно поставена, което от своя страна предполага специализирани изследвания или проучвания. Тези заболявания могат да изложат засегнатото лице на риск от сериозно увреждане (вж. Решение по дело Allen/Комисия, посочено по-горе, точка 50).
- 78 Освен това от самия текст на член 72, параграф 1 от Правилника е видно, че дори да спадат към едно от четирите заболявания, изрично посочени в този член, единствено особено тежките случаи могат да се определят като тежки заболявания и така да дадат възможност на засегнатото лице да се ползва от по-благоприятния режим, който се прилага когато е признато подобно заболяване (вж. Решение по дело Allen/Комисия, посочено по-горе, точка 51).
- 79 Що се отнася до това да се провери дали отказът за заболяването на жалбоподателката да бъде признато за тежко, е неправилен, трябва да се припомни постоянната съдебна практика, спомената в точка 61 от настоящото решение, според която способите за защита, предвидени в Правилника, по принцип не могат да се използват за оспорване на медицинските заключения като такива, като те трябва да се приемат за окончателни, когато са направени в редовни условия (вж. в този смисъл Решение на Съда от 19 януари 1988 г. по дело Biedermann/Сметна палата, 2/87, точка 8, Решение на Първоинстанционния съд от 16 март 1993 г. по дело Blackman/Парламент, T-33/89 и T-74/89, точка 44).
- 80 Без да оспорва медицинските заключения, представени в подкрепа на решението, с което размерът на подлежащите на възстановяване разходи за хоспитализация се ограничавана на 85 %, Съдът на публичната служба трябва да провери дали, когато ОН е отказал да признае състоянието на жалбоподателката за тежко заболяване, ОН е преценил правилно фактите и е приложил точно относимите правни разпоредби (вж. в този смисъл Решение на Първоинстанционния съд от 7 ноември 2002 г. по дело G/Комисия, T-199/01, точка 59 и Решение на Първоинстанционния съд от 12 май 2004 г. по дело Несq/Комисия, T-191/01, точка 63).
- 81 В рамките на ограничения съдебен контрол, който трябва да упражнява в медицинската област, Съдът на публичната служба следва да провери дали с отказа да квалифицира като тежко заболяването, довело до хоспитализацията на жалбоподателката, ОН не допуска явна грешка, като прави предположение на базата на медицинските заключения, с които е запознат, по които Съдът на публичната служба не може да се произнесе, освен ако администрацията не е изопачила техния смисъл, че тези критерии не са кумулативно изпълнени (вж. Решение по дело Votos/Комисия, посочено по-горе, точка 41).
- 82 В конкретния случай решението за отхвърляне на жалбата ОН се основава на становището, изразено от лекаря консултант на 18 май 2010 г., който заключава, че „поне два от основните критерии [установени в точка 1 от глава 5 от дял III от ОРИ] не са изпълнени, а именно неблагоприятна прогноза и наличие или риск от инвалидност или от сериозно увреждане към настоящия момент“, и потвърждава решението на Разплащателната служба да не приложи размер на възстановяване от 100 % за тежко заболяване, а нормален размер от 85 %. Следователно ОН не допуска явна грешка, като на базата на медицинските заключения, с които е запознат, прави предположение, че условията, предвидени в ОРИ за определяне на дадено заболяване като тежко и оттук — за прилагане на размер на възстановяване от 100 %, не са изпълнени.
- 83 Остава да се разгледа дали, като се съобразява със становището на лекаря консултант, Разплащателната служба действително се основава на тези критерии, изброени в точка 75 от настоящото решение, на които е подчинено определянето на дадено заболяване като „тежко“.

- 84 В това отношение от съдебната практика е видно, че в сравнение с медицинските заключения като такива, изготвени от медицинска комисия или дори от комисия по инвалидност — комисии, чиито правила за функциониране осигуряват гаранции за баланс между страните и за обективност, становищата, изразени едностранно от лекарите консултанти към институциите, не предлагат същото равнище на гаранции в областта на баланса между страните (вж. Решение по дело Allen/Комисия, посочено по-горе, точки 68—70).
- 85 Така че когато се произнася по отказ за признаване на наличие на тежко заболяване, Съдът на публичната служба трябва да извърши по-задълбочен контрол от този, който извършва върху решенията, приети на основание член 73 или член 78 от Правилника след намеса на медицинската комисия или на комисията по инвалидност. Ясно е обаче, че съдията не разполага с необходимите компетенции в медицинската област, за да може да потвърди или да отхвърли медицинско заключение и дори да бъде арбитър между няколко противоречиви медицински заключения (вж. в този смисъл Решение по дело Allen/Комисия, посочено по-горе, точки 70 и 71).
- 86 В това отношение следва да се приеме за установено, че критериите за тежко заболяване (намаляване на продължителността на живота, хроничен ход на заболяването, необходимост от агресивни диагностични и/или терапевтични процедури, наличие или риск от сериозно увреждане) са от категорията на медицинските заключения, защото, за да се произнесе по въпроса дали един или друг от тези критерии са изпълнени, лекарят консултант или медицинският съвет на ОЗОС не се ограничава с констатиране на фактите, а извършва действителна преценка, за която е необходима компетентност в медицинската област (Решение по дело Allen/Комисия, посочено по-горе, точка 75).
- 87 Все пак, макар и неговият контрол да не се простира до чисто медицинските заключения, каквито са тези относно тежестта на дадено заболяване, когато, както в конкретния случай, жалбоподател оспорва преценката на неговото състояние, извършена от администрацията, като оспорва медицинското становище, на което се основава тази преценка, съдията трябва да се увери, че лекарят консултант е извършил конкретно и обстойно проучване на състоянието, което му е представено за разглеждане. В това отношение трябва да се уточни, че именно администрацията трябва да установи дали е извършена подобна преценка (Решение по дело Allen/Комисия, посочено по-горе, точка 76).
- 88 Според становището на лекаря консултант от 18 май 2010 г., от когото ОН е поискал да се произнесе дали патологията, довела до претърпяната от жалбоподателката хирургическа интервенция, може да се приеме за тежко заболяване по смисъла на дял III, глава 5, точка 1 от ОРИ:

„[...]

- 2) патологията на [жалбоподателката], довела до хирургическата интервенция, не може да се признае за тежко заболяване според критериите, определени от ОРИ (дял III, глава 5, точка 1).

Всъщност става дума за ортопедична патология [...]

Тази патология по самото си естество не определя съществуване на неблагоприятна прогноза, освен това пациентката никога не е била с опасност за живота дори по време на хоспитализацията.

В настоящия момент според декларацията на специалиста по ортопедия, който лекува [жалбоподателката] (доклад от 22 [март] 2010 г.), положението на пациентката е напълно задоволително.

„Клиничните и радиологичните резултати са отлични“ [...].

Поне два от основните критерии за признаване на тежко заболяване не са спазени, а именно неблагоприятната прогноза и наличие или риск от инвалидност или сериозно увреждане към настоящия момент“.

- 89 Трябва да се уточни, че в конкретния случай жалбоподателката не е спазила процедурата, установена в точка 3 на глава 5 от дял III на ОРИ относно молбите за признаване на тежко заболяване, което, в случай че бъде одобрено, позволява осигуряване на 100 % на разносните, причинени от тежкото заболяване, считано от датата на медицинското удостоверение, придружаващо молбата за признаване, и за максимален срок от 5 години, а тя се е ограничила по повод на бележките относно разплащателен документ № 10, както и в подадената от нея административна жалба, с искането за признаване на заболяването, довело до хоспитализацията, за тежко за целите на възстановяването на 100 % единствено на разносните за хоспитализация. При тези обстоятелства преценката на четирите критерия, посочени в точка 1 от глава 5 от дял III на ОРИ, трябва да се извърши по отношение на медицинското положение на жалбоподателката, каквото е било непосредствено преди хоспитализацията.
- 90 Така че от самия текст на становището на лекаря консултант от 18 май 2010 г. е видно, че по отношение на наличие или риск от инвалидност или сериозно увреждане, от една страна, последният се основава на медицинските данни, съдържащи се в доклада от 23 март 2010 г. на специалиста ортопед, лекуващ жалбоподателката, т.е. повече от година след хирургическите интервенции, претърпени от жалбоподателката, и от друга страна, преценката на посочения критерий е извършена по отношение на медицинското състояние на жалбоподателката през май 2010 г., а не на това непосредствено преди хоспитализацията през февруари 2009 г.
- 91 Оттук следва, че не е извършена редовна преценка на възможността за риск от сериозно увреждане преди хоспитализацията на жалбоподателката.
- 92 Тази грешка при прилагането на действащите правила не може да доведе обаче до отмяна на решението на Разплащателната служба, с което се отказва дадено заболяване да бъде определено като тежко. Всъщност от текста на становището на лекаря консултант от 18 май 2010 г. е видно също така, че лекарят консултант не се ограничава с проучването на това дали един-единствен от четирите критерия от точка 1, глава 5, дял III от ОРИ е изпълнен или не, а се произнася и по втори критерий, а именно този за неблагоприятната прогноза. В това отношение в гореспоменатото становище той посочва, че ортопедичната патология, довела до хоспитализация на жалбоподателката, по естеството си не предопределя съществуването на неблагоприятна прогноза и че жалбоподателката никога не е била с опасност за живота си дори по време на хоспитализацията.
- 93 При тези обстоятелства, тъй като четирите критерия за признаване на тежко заболяване са кумулативни и непременно трябва да бъдат изпълнени едновременно, дори и в различна степен, фактът, че в конкретния случай един от тях не е изпълнен, е достатъчен, за да се отхвърли възможността състоянието, причинило хоспитализацията на жалбоподателката, да бъде признато за тежко. Следователно Разплащателната служба не допуска явна грешка в преценката, когато отказва да приеме заболяването на жалбоподателката за тежко на базата на становището на лекаря консултант от 18 май 2010 г., който заключава, че не е налице неблагоприятна прогноза.
- 94 Тъй като единственото правно основание, изтъкнато в подкрепа на третото искане, е неоснователно, не следва да се отмени решението на Разплащателната служба, съдържащо се в спорния разплащателен документ, за ограничаване на възстановяването на разносните за хоспитализация до 85 %, поради това че заболяването на жалбоподателката не е прието за „тежко“.

Относно петото искане, уточнено в първото искане от допълнителното становище, насочено срещу решението на Разплащателната служба, така както то е представено в спорния разплащателен документ, да остави за сметка на жалбоподателите сумата от 28 800 EUR като дневни пари за болничен престой, считани за прекалено високи

- 95 В подкрепа на това искане жалбоподателите изтъкват едно-единствено правно основание, изведено от нарушение на принципа за добра администрация и на задължението за полагане на грижа.

Доводи на страните

- 96 Жалбоподателите са съгласни с преценката на Разплащателната служба относно прекалено високите разходи за болничен престой, фактурирани от клиника „Anthea“. Действително сумата от 1 440 EUR на ден с ДДС била прекалено висока тарифа по отношение на предоставените услуги, а именно, от една страна, обикновена стая с нормални размери и стандартни мебели, включващи едно болнично легло и един стол, идентична с всички други стаи в клиниката, и от друга страна, храна, която според жалбоподателката била обикновена и дори напълно посредствена.
- 97 По отношение на въпроса кой трябва да заплати сумата от 28 800 EUR в качеството на считани за прекалено високи разходи от Разплащателната служба, жалбоподателите изтъкват, на първо място, че предвид високата сума, фактурирана като разходи за болничен престой, Разплащателната служба не е трябвало да заплати тази сума на клиника „Anthea“, без предварително да ги уведоми. Тази информация щяла да им позволи да оспорят плащането с оглед на обстоятелството, че преди хоспитализацията клиника „Anthea“ е уведомила жалбоподателката, че разходите за болничен престой възлизат на 300 EUR на ден. Начинът на действие на Разплащателната служба попречил на жалбоподателите да реагират своевременно и ги поставил пред свършен факт по отношение на определянето за тяхна сметка на сумата, считана за прекалено висока от Разплащателната служба.
- 98 На второ място, жалбоподателите посочват, че в нито един момент администрацията не ги е уведомила за необходимостта да изпратят на Разплащателната служба на проформа фактура относно дневните пари за болничен престой.
- 99 На трето място, те смятат, че поведението на Разплащателната служба е недопустимо и причиняващо сериозни вреди не само по отношение на тях, а най-вече по отношение на ОЗОС, на който е наложено да плати надвзета сума. При тези обстоятелства, тъй като Комисията била единствената, оправомощена да предяви искане срещу клиника „Anthea“ за възстановяване на надвзетата сума, тя не е трябвало да прехвърля сумата в тежест на жалбоподателите.
- 100 На четвърто място, жалбоподателите поддържат, че във всички случаи вредата, причинена от липсата на внимание, благоразумие и предпазливост от страна на Разплащателната служба, не може да им бъде вменена.
- 101 Комисията смята, че твърденията на жалбоподателите са неоснователни.
- 102 На първо място, Комисията изтъква, че възлагането в тежест на жалбоподателите, след становище на медицинския съвет, от страна на Разплащателната служба на частта от разходите за болничен престой, която се счита за прекалено висока в сравнение с нормалните цени в държавата, в която е направен разходът, се основава на член 20, параграф 2 от Общите правила. В това отношение Комисията припомня, че жалбоподателят е получил копие от писмото от 5 февруари 2009 г., с което Разплащателната служба съобщава на клиниката, че поема разходите за хоспитализация на жалбоподателката, придружено с информационна

брошура от служба „Управление и плащания по индивидуални права“ (РМО, наричана по нататък „информационната брошура“) относно максималните размери за възстановяване и събиране на авансово платени суми, в която по-специално се напомня, че сумите, платени от ОЗОС, не се възстановяват задължително по смисъла на член 72 от Правилника, а могат да бъдат предмет на възстановяване от страна на осигуреното лице.

- 103 На второ място, след оспорването от страна на жалбоподателката на разплащателен документ № 10 Комисията положила необходимата грижа, като проверила условията за настаняване и като ѝ предоставила задоволителни обяснения. Освен това съгласно член 41 от Общите правила лекарят консултант е представил преписката за разглеждане от страна на медицинския съвет, който дал становището си на заседанието от 10 декември 2009 г. Според Комисията от протокола от заседанието е видно, че изчисляването на разходите, които подлежат на възстановяване, е извършено на основата на приложимото законодателство, като за референтна стойност се приема нормалната цена в държавата, в която е направен разходът, за същия вид престой.

Съображения на Съда на публичната служба

- 104 Безспорно е, че по силата на член 20, параграф 2 от Общите правила, за услуги, за които не е определен максимален размер на възстановяване, каквито са дневните пари за болничен престой при хоспитализация, частта от разходите, която се счита за прекалено висока в сравнение с нормалните цени в държавата, в която е направен разходът, не подлежи на възстановяване. Също така по силата на същата разпоредба е безспорно, че частта от разходите, която се счита за прекалено висока, се определя за всеки отделен случай от Разплащателната служба на ОЗОС.
- 105 В конкретния случай страните са съгласни да приемат, че тарифата от 1 440 EUR на ден, фактурирана от клиника „Anthea“, е прекалено висока в сравнение със средната цена в Италия за такъв тип услуги, но най-вече в сравнение с тарифата от 300 EUR на ден с ДДС, съобщена устно на жалбоподателката от служителка на клиника „Anthea“ преди хоспитализацията. В това отношение жалбоподателката прилага към преписката декларация от свидетел, която я придружава на 13 януари 2009 г., когато иска информация от клиника „Anthea“ относно дневните пари за болничен престой. От свидетелските показания, предоставени от жалбоподателите, е видно, че според устната информация от горепосочената служителка тарифите, приложими към онзи момент от клиника „Anthea“, са били 216 EUR на ден, ако стаята не е самостоятелна и пациентът е здравно осигурен от държавна здравна каса, и 300 EUR на ден, ако пациентът е сам в стая и ако той притежава частна здравна застраховка.
- 106 Мненията на страните се различават по отношение на това дали, както твърдят жалбоподателите, дневните пари за болничен престой, считани за прекалено високи от Разплащателната служба, а именно 28 800 EUR, трябва да бъдат платени от Разплащателната служба, поради това че то не се е свързало с жалбоподателите, преди да плати фактурата, изпратена от клиника „Anthea“, или, както твърди Комисията, те трябва да останат за сметка на жалбоподателя и да бъдат приспаднати от пенсията му за осигурителен стаж.
- 107 На пръв поглед следва да се приеме за установено, че възможността за осигурените лица съгласно член 30 от Общите правила да могат да ползват авансови плащания, за да посрещнат големи разходи под формата на поемане на разходите при хоспитализация, представлява за тях безспорно предимство. С периодичното изпращане на информационна брошура на бенефициерите по ОЗОС при подаване на молба за поемане на разходи бенефициерите се насърчават да се осведомят от болничното заведение за евентуалната цена, която може да бъде начислена, и да я сравнят с действащите ОРИ, за да избегнат значителни разходи, които могат

да се окажат невъзстановяеми от ОЗОС и така да останат за тяхна сметка. В това отношение следва да се добави, че що се отнася до дневните пари за болничен престой при хоспитализация, ОРИ не предвиждат максимален размер.

- 108 В конкретния случай, въпреки че жалбоподателката се е осведомила от клиника „Anthea“ за дневните пари за болничен престой, които биха били начислени, тя е получила само устна информация, а не писмен документ с доказателствена стойност. Все пак трябва да се добави, че дори да е желателно осигурените лица да разполагат с подобен документ, не съществува разпоредба нито в Общите правила, нито в ОРИ, която да ги задължава да се снабдят с надлежно изготвена проформа фактура и да я изпратят в Разплащателната служба с молбата за поемане на разходи.
- 109 При тези условия жалбоподателите не могат да бъдат упрекнати, че не са изпълнили някакво задължение или правило. Всъщност, от една страна, поради липса на установен в ОРИ максимален размер на дневните пари за болничен престой при хоспитализация те не са могли да сравнят сумата на разходите, която е обявена пред тях от клиника „Anthea“ с евентуалната сума, която подлежи на възстановяване. От друга страна, дори да се приеме, че те са се свързали с Разплащателната служба, за да се заинтересуват дали разходите за болничен престой на стойност 300 EUR на ден биха били възстановени, при всички случаи отговорът е щял да бъде утвърдителен, поради това че в разплащателен документ № 10 посочената служба възстановява посочените разноски в размер от 720 EUR на ден.
- 110 Що се отнася до Комисията, тя има двояка роля при поемането на разходите при хоспитализация.
- 111 От една страна, според член 27 от Регламент № 1605/2002, приложим по аналогия към управлението на ОЗОС по силата на член 43 от Общите правила, Комисията трябва да гарантира изпълнението на приходите и разходите съгласно принципа на разумно финансово управление в съответствие с принципите на икономичност, ефикасност и ефективност.
- 112 В това отношение от член 52 от Общите правила е видно, че Комисията управлява ОЗОС по делегация от другите институции и е длъжна да определя правилата за управление на възстановяването на медицинските разноски с цел запазване на финансовото равновесие на режима между приходите и разходите. По силата на принципа за разумно управление Комисията и оттук — разплащателните служби на ОЗОС, чието създаване е част от управленските функции на последната и контролът над които, що се отнася до спазването на принципите на разумно финансово управление, се осъществява от централната здравноосигурителна служба, трябва да проявяват бдителност, за да не ангажират средствата на ОЗОС за плащане на фактури за хоспитализация, чийто размер е на пръв поглед прекалено голям в сравнение със средната цена за подобни услуги в държавата, в която е направен разходът. В конкретния случай поради местоположението на своето седалище Разплащателната служба може да се информира за средната цена на болничните заведения в Италия по отношение на дневните пари за болничен престой и да реагира на това, че клиника „Anthea“ в конкретния случай е фактурирала 57 600 EUR за четиридесетдневния престой на жалбоподателката.
- 113 В рамките на поемането на разходи за хоспитализация Комисията, от друга страна, е длъжна да изпълнява задължението за полагане на грижа по отношение на служителите на институциите на Съюза, бенефициери по ОЗОС.
- 114 Това задължение за полагане на грижа задължава Комисията и оттук — разплащателните служби на ОЗОС, при получаване на фактура като тази, изпратена в Разплащателната служба от клиника „Anthea“, а именно фактура с прекалено висока сума, в която, докато медицинските услуги са изброени и описани, разходите за болничен престой са фактурирани общо за 40 дни по

1 440 EUR на ден без никакви подробности относно вида на стаята или допълнителните услуги, които да могат да оправдаят толкова висока сума, да не плаща незабавно подобна фактура дори при наличие на поемане на разходи, а да получи информация в писмен вид от страна на болничното заведение, издало фактурата, и също така да уведоми осигуреното лице, което в крайна сметка би било задължено от страна на Разплащателната служба в повечето случаи да поеме поне процент от фактурираните разходи за хоспитализация и евентуално, както в конкретния случай, цялата сума на разходите, преценени като прекалено високи.

- 115 В настоящото дело, ако Разплащателната служба се беше свързала с жалбоподателите преди плащане на фактурата, която му е изпратена от клиника „Anthea“, те своевременно биха могли да посочат, че цената, която е била обявена пред тях, е 300 EUR на ден.
- 116 За сметка на това поради поведението на Разплащателната служба, която плаща фактурата, без да зададе нито един въпрос, от една страна, разходите на ОЗОС са се увеличили неоправдано, доколкото, вместо да възстанови 85 % от дневните пари за болничен престой за 30 дни на стойност 300 EUR на ден, Разплащателната служба възстановява дневни пари за болничен престой в размер от 720 EUR на ден.
- 117 От друга страна, жалбоподателите се оказват задължени да платят не само сумата от 28 800 за дневни пари за болничен престой, считани за прекалено високи от Разплащателната служба, но и 15 % от сумата, съответстваща на 30 дни престой на стойност 720 EUR на ден, докато, ако престоят е бил фактуриран на обявената пред жалбоподателката сума, сумата за тяхна сметка е щяла да бъде значително по-ниска.
- 118 Следователно трябва да се приеме за установено, че след като преди плащането на фактурата не е поискано уточнения от клиника „Anthea“ относно сумата, фактурирана като дневни пари за болничен престой, и не е информирало жалбоподателите за посочената сума, Разплащателната служба и оттук — Комисията, не са изпълнили принципа за разумно управление, както и задължението за полагане на грижа по отношение на жалбоподателите.
- 119 Тъй като правното основание, изтъкнато в подкрепа на петото искане, е основателно, следва да се отмени решението на Разплащателната служба, съдържащо се в спорния разплащателен документ, да се остави за сметка на жалбоподателите сумата от 28 800 EUR за разходи за болничен престой, считани за прекалено високи.
- 120 Предвид гореизложените съображения молбата на жалбоподателите, предмет на осмото искане по жалбата, да разпорежи предложените от тях процесуално-организационни действия, не следва да бъде уважена.

По съдебните разноски

- 121 Съгласно член 87, параграф 1 от Процедурния правилник, без да се засяга действието на другите разпоредби на дял II, осма глава от посочения правилник, загубилата делото страна се осъжда да заплати съдебните разноски, ако е направено такова искане. При все това по силата на член 88 от посочения правилник „спечелила делото страна може да бъде осъдена да заплати съдебните разноски частично и дори изцяло, ако това изглежда оправдано от нейното поведение, включително преди образуване на съдебното производство, особено ако се прецени, че тя необосновано или злонамерено е причинила разходи на насрещната страна“.
- 122 В конкретния случай, макар че от гореизложените съображения следва, че жалбоподателите получават само частично удовлетворение по отношение на исканията срещу спорния разплащателен документ, което означава, че Комисията губи частично, по отношение на

посочените искания следва също така, че действията на разплащателната служба, определени за незаконосъобразни, са довели до допълнителни разходи за жалбоподателите, доколкото цената на престоя, предмет на възстановяване на 85 %, е значително по-висока от очакваната.

- 123 Предвид конкретните обстоятелства по делото и с уточнението, че прилагането на член 88 от Процедурния правилник не се ограничава до случаите, в които администрацията причинява ненужни или притеснителни разходи на жалбоподателите, Комисията трябва да понесе направените от нея съдебни разходи, включително и свързаните с обезпечителното производство, и тя се осъжда да понесе разходите на жалбоподателите, включително и свързаните с обезпечителното производство.

По изложените съображения

СЪДЪТ НА ПУБЛИЧНАТА СЛУЖБА (втори състав)

реши:

- 1) **Отменя решението на Разплащателната служба в Испра (Италия), така както то е отразено в разплащателен документ № 10 от 1 октомври 2009 г., съгласно което в тежест на г-н De Pretis Cagnodo се възлага да заплати сумата от 28 800 EUR за дневни пари за болничен престой на г-жа Trampuz de Pretis Cagnodo, преценена като прекалено висока.**
- 2) **Отхвърля жалбата в останалата ѝ част.**
- 3) **Осъжда Европейската комисия да понесе наред с всички направени от нея съдебни разходи и всички съдебни разходи, направени от г-н De Pretis Cagnodo и г-жа Trampuz de Pretis Cagnodo.**

Rofes i Pujol

Boruta

Bradley

Постановено в публично съдебно заседание в Люксембург на 16 май 2013 година.

Секретар
W. Hakenberg

Председател
M. I. Rofes i Pujol