Sprawa C-489/23

Streszczenie wniosku o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym zgodnie z art. 98 § 1 regulaminu postępowania przed Trybunałem Sprawiedliwości

Data wpływu:

1 sierpnia 2023 r.

Oznaczenie sądu odsyłającego:

Înalta Curte de Casație și Justiție (Rumunia)

Data wydania postanowienia o wystąpieniu z wnioskiem o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym:

27 marca 2023 r.

Strona skarżąca w postępowaniu w pierwszej instancji i strona wnosząca skargę kasacyjną:

AF

Druga strona postępowania w pierwszej instancji i druga strona postępowania kasacyjnego:

Guvernul României

Ministerul Sănătății

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

Przedmiot postępowania głównego

Skarga kasacyjna wniesiona przez AF przeciwko Guvernul României (rządowi rumuńskiemu), Ministerul Sănătății (ministerstwu zdrowia, Rumunia) i Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (regionalnej kasie ubezpieczenia zdrowotnego w okręgu Marusza, Rumunia; zwanej dalej również „CJAS”) od wyroku w sprawie cywilnej z dnia 30 grudnia 2019 r., w którym Curtea de Apel Târgu Mureș (sąd apelacyjny w Târgu Mureș, Rumunia) oddalił jego środek prawny dotyczący stwierdzenia nieważności niektórych przepisów Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 (dekretu rządowego nr 304/2014), stwierdzenia nieważności decyzji o odmowie zwrotu, a także zwrotu kwoty 13 069 EUR

DOKUMENT ROBOCZY

stanowiącej wynagrodzenie zapłacone przez AF za usługi zdrowotne, z których AF skorzystał w klinice w Niemczech.

Przedmiot i podstawa prawna odesłania prejudycjalnego

Na podstawie art. 267 TFUE sąd odsyłający wnosi o dokonanie wykładni art. 49 i 56 TFUE, art. 7 ust. 7 dyrektywy 2011/24/UE, art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia (EWG) nr 1408/71, a także zasady swobodnego przepływu pacjentów i usług, zasady skuteczności i zasady proporcjonalności.

Pytania prejudycjalne

1. Czy art. 49 i 56 TFUE oraz art. 7 ust. 7 dyrektywy 2011/24/UE należy interpretować w ten sposób, że stoją one na przeszkodzie uregulowaniu, które uzależnia w sposób automatyczny zwrot kosztów poniesionych przez osobę podlegającą obowiązkowemu ubezpieczeniu w państwie członkowskim miejsca zamieszkania od oceny lekarskiej dokonanej przez pracownika służby zdrowia świadczącego usługi zdrowotne w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego tego państwa, a następnie od wydania przez tego pracownika służby zdrowia wniosku o hospitalizację, przy czym przedstawienie równoważnych dokumentów medycznych wydanych przez prywatne placówki medyczne nie jest dozwolone nawet w sytuacji, w której hospitalizacja miała miejsce a usługa zdrowotna była świadczona w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie miejsca zamieszkania ubezpieczonego?

2. Czy art. 49 i 56 TFUE, art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71, zasady swobodnego przepływu pacjentów i usług oraz zasady skuteczności i proporcjonalności należy interpretować w ten sposób, że stoją one na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu, które w przypadku gdy nie uzyskano uprzedniej zgody, określa kwotę usług podlegających rozliczeniu na poziomie kosztów, które powinny zostać pokryte przez państwo członkowskie miejsca zamieszkania, gdyby opieka medyczna była świadczona na terytorium tego państwa, według wzoru obliczeniowego, który znacznie ogranicza kwotę tego świadczenia w stosunku do kosztów rzeczywiście poniesionych przez ubezpieczonego w państwie członkowskim, w którym dane usługi zdrowotne były świadczone?

Powołane przepisy prawa Unii i orzecznictwo Unii

Artykuły 49 i 56 TFUE

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej; art. 7

DOKUMENT ROBOCZY

Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie; art. 22

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego; art. 1 i 2

Wyrok z dnia 9 października 2014 r., Petru (C-268/13); postanowienie z dnia 11 lipca 2013 r., Luca (C-430/12); wyroki: z dnia 12 lipca 2001 r., Vanbraekel i in. (C-368/98); z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09); z dnia 16 maja 2006 r., Watts (C-372/04); z dnia 25 lutego 2003 r., IKA (C-326/00); z dnia 12 kwietnia 2005 r., Keller (C-145/03); z dnia 15 czerwca 2010 r., Komisja/Hiszpania (C-211/08); z dnia 12 lipca 2001 r., Smits i Peerbooms (C-157/99); z dnia 13 maja 2003 r., Müller-Fauré i van Riet (C-385/99); z dnia 19 kwietnia 2007 r., Stamatelaki (C-444/05); z dnia 6 października 2021 r., Casa Națională de Asigurări de Sănătate i Casa de Asigurări de Sănătate Constanța (C-538/19); z dnia 29 października 2020 r., Veselības ministrija (C-243/19)

Powołane przepisy prawa krajowego

Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (dekret rządu nr 304/2014 w sprawie zatwierdzenia przepisów wykonawczych dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej):

- artykuł 3 ust. 1 lit. b) ppkt (i) przepisów wykonawczych zawartych w załączniku do dekretu rządu, zgodnie z którymi na pisemny wniosek ubezpieczonego, do którego dołączono dokumenty potwierdzające, kasa ubezpieczenia zdrowotnego zwraca wynagrodzenie za transgraniczną opiekę zdrowotną świadczoną na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej i opłaconą przez ubezpieczonego, pod warunkiem między innymi, że ta opieka zdrowotna była świadczona po dokonaniu oceny lekarskiej przez pracownika służby zdrowia świadczącego usługi zdrowotne w ramach rumuńskiego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, w wyniku której to oceny lekarskiej wydano wniosek o hospitalizację;

- artykuł 3 ust. 2 przepisów wykonawczych, który stanowi zasadniczo, że dokumenty potwierdzające, o których mowa w ust. 1, oznaczają każdy dokument medyczny, w tym wniosek o hospitalizację, z którego wynika, że ubezpieczony korzystał z usług zdrowotnych, [a który to dokument musi być] opatrzony datą i podpisany przez pracownika służby zdrowia, który go wydał, a także dokumenty dotyczące zapłaty, z których wynika, że ubezpieczony zapłacił za usługi zdrowotne w całości;

- artykuł 3 ust. 4 przepisów wykonawczych, zgodnie z którymi, jeżeli przestrzegane są przepisy ust. 3, kasa ubezpieczenia zdrowotnego sporządza notę

DOKUMENT ROBOCZY

obliczeniową dotyczącą zwrotu wynagrodzenia z tytułu transgranicznej opieki zdrowotnej, korzystając ze wzoru noty obliczeniowej określonego w załączniku nr 3;

- art. 4 przepisów wykonawczych, zgodnie z którym zasadniczo przewidziany w art. 3 ust. 1 zwrot wynagrodzenia z tytułu transgranicznej opieki zdrowotnej jest dokonywany na poziomie kosztów poniesionych za usługi zdrowotne świadczone na terytorium Rumunii.

Ordinul Ministerului Sănătății și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018–2019 (dekret ministerstwa zdrowia i Casa Națională de Asigurări de Sănătate nr 397/836/2018 dotyczący zatwierdzenia przepisów wykonawczych w 2018 r. do dekretu rządu nr 140/2018 w sprawie zatwierdzenia koszyków usług i umowy ramowej regulującej warunki świadczenia opieki zdrowotnej, produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego w okresie 2018–2019)

Zwięzłe przedstawienie okoliczności faktycznych i postępowania głównego

1 W dniu 8 marca 2018 r. zdiagnozowano gruczolakoraka prostaty u AF, jak wynika z pisma lekarskiego wydanego przez Clinica de Urologie și Andrologie Endoplus (klinikę urologii i andrologii Endoplus) w Kłużu-Napoce (Rumunia), zgodnie z którym to pismem lekarskim zalecono przeprowadzenie prostatektomii radykalnej metodą tradycyjnej laparoskopii lub chirurgii robotycznej.

2 AF został poinformowany o możliwości przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego za pomocą robota DaVinci (Robot-assisted radical prostatectomy), który to zabieg ma korzystny wpływ na zdrowie i późniejszy powrót pacjenta do zdrowia w porównaniu z klasycznym zabiegiem prostatektomii radykalnej, i w tym zakresie wydano zalecenie lekarza. Ponadto AF został poinformowany, że robot DaVinci znajduje się w szpitalu publicznym w Kłużu-Napoce (Rumunia), który jednak nie działał, ponieważ w tym dniu materiały eksploatacyjne niezbędne do jego działania nie zostały zakupione, w związku z czym z tego powodu poinformowano AF, że istnieje możliwość przeprowadzenia rozpatrywanego zabiegu w ramach prywatnego systemu opieki zdrowotnej w klinice w Braszowie (Rumunia) za przybliżoną kwotę 13 000 EUR.

3 Ponieważ od postawienia diagnozy upłynęło już około 4 miesięcy, AF postanowił poddać się leczeniu za tę samą kwotę w ośrodku o dużym doświadczeniu, zajmującym się wyłącznie rozpatrywaną chorobą, w szpitalu w Niemczech.

DOKUMENT ROBOCZY

4 W celu przeprowadzenia leczenia za granicą AF skierował do CJAS wniosek o wydanie formularza E 112 na podstawie rozporządzenia nr 1408/71, lecz jego wniosek nie został przyjęty.

5 Równolegle do wspomnianej wyżej procedury, w następstwie korespondencji prowadzonej z kliniką w Niemczech zaproponowano AF możliwość skorzystania z rozpatrywanego zabiegu chirurgicznego w dniu 9 maja 2018 r., ponieważ inny pacjent odwołał rezerwację na ten dzień. W przeciwnym razie AF musiałby czekać jeszcze około 8 tygodni po otrzymaniu zgody CJAS w celu zorganizowania nowego harmonogramu zabiegu.

6 AF dokonał płatności w dniu 24 kwietnia 2018 r., aby zarezerwować termin 9 maja 2018 r. w celu poddania się zabiegowi. Zabieg chirurgiczny miał miejsce w wyznaczonym terminie w Niemczech, a hospitalizacja została ustalona na okres od dnia 9 maja 2018 r. do dnia 14 maja 2018 r.

7 Po dokonaniu wspomnianej wyżej płatności i w związku z odmową przyjęcia przez CJAS wniosku AF postanowił złożyć wniosek do CJAS pocztą listem poleconym za potwierdzeniem odbioru, a w dniu 17 maja 2018 r. poinformowano go, że jego wniosek nie został sporządzony na standardowym formularzu oraz że nie zawierał on wszystkich niezbędnych dokumentów.

8 Po powrocie do Rumunii AF zwrócił się do CJAS o zapłatę kwoty uiszczonej w Niemczech, powołując się na rozporządzenie nr 1408/71 i wyrok Elchinov.

9 Oprócz odrzucenia wniosku o płatność CJAS stwierdziła, że wydanie formularza E 112 ma miejsce przed wyjazdem beneficjenta oraz że należy zastosować procedurę przewidzianą w dekrecie rządu nr 304/2014 w celu zwrotu kwoty.

10 AF utrzymuje, że zastosował tę procedurę, lecz bezskutecznie. W związku z tym w dniu 5 września 2018 r. AF złożył do CJAS wniosek o zwrot kwoty 13 069 EUR, stanowiącej wynagrodzenie za usługi zdrowotne zapłacone na rzecz kliniki w Niemczech, i jednocześnie przedstawił wszystkie niezbędne dokumenty, z wyjątkiem wniosku o hospitalizację wydanego przez pracownika służby zdrowia świadczącego usługi zdrowotne w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Rumunii.

11 W dniu 1 października 2018 r. wniosek ten został odrzucony ze względu na to, że AF nie przedstawił dowodu na dokonanie w Rumunii oceny lekarskiej, która zakończyła się wnioskiem o hospitalizację.

12 W tym kontekście AF wniósł do Curtea de Apel Târgu Mureș (sądu apelacyjnego w Târgu Mureș, Rumunia) środek prawny, w którym wniósł o stwierdzenie nieważności przewidzianych w przepisach wykonawczych przepisów dotyczących warunków zwrotu wynagrodzenia za usługi zdrowotne oraz przepisów dotyczących sposobu obliczania zwrotu wynagrodzenia za opiekę zdrowotną, a także o stwierdzenie nieważności decyzji odmownych i w konsekwencji o zwrot

DOKUMENT ROBOCZY

kwoty 13 069 EUR stanowiącej wynagrodzenie za usługi zdrowotne zapłacone w Niemczech.

13 W uzasadnieniu środka prawnego AF podniósł, że zaskarżone przepisy stanowią błędną transpozycję dyrektywy 2011/24, ponieważ naruszają zasadę pierwszeństwa prawa Unii, a konkretnie art. 56 TFUE i rozporządzenie nr 1408/71, zgodnie z ich wykładnią dokonaną przez Trybunał w wyroku Elchinov, a także rozporządzenie nr 883/2004, gdyż wykluczają one w każdym przypadku zwrot kosztów poniesionych w związku z leczeniem szpitalnym przeprowadzonym bez uprzedniej zgody w innym państwie członkowskim.

14 AF utrzymywał, że jego wniosek o zwrot został odrzucony niezgodnie z prawem, że spełnia on przesłanki wydania formularza E 112 oraz że okoliczność, iż leczenie i zapłata za usługi zostały dokonane przed rozpatrzeniem przez drugą stronę postępowania jego wniosku o wydanie formularza, nie może skutkować utratą jego prawa podmiotowego.

15 W następstwie oddalenia tego środka prawnego AF wniósł skargę kasacyjną do sądu odsyłającego, Înalta Curte de Casație și Justiție (najwyższego sądu kasacyjnego, Rumunia), który postanowił zwrócić się do Trybunału z wnioskiem o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym.

Główne argumenty stron w postępowaniu głównym

16 AF zwraca się o wystąpienie do Trybunału z odesłaniem prejudycjalnym, ponieważ jego zdaniem uregulowanie krajowe ustanawia przesłanki, które nie są przewidziane w tekście dyrektywy i których spełnienie w praktyce jest niemożliwe. Ponadto, nawet jeśli w celu uzyskania zwrotu kosztów usługi zdrowotnej wyświadczonej na terytorium Rumunii konieczne jest przedstawienie dowodu złożenia wniosku o hospitalizację, przesłanka taka jest niezgodna z prawem uznanym w dyrektywie, ponieważ w przypadku gdy leczenie jest przeprowadzane w innym państwie członkowskim, kwestia wniosku o hospitalizację już nie występuje, gdyż konieczna jest jedynie ocena lekarska dokonana przez lekarza specjalistę. Co więcej, chociaż w prawie Unii uznaje się możliwość ograniczenia przez państwo członkowskie kwoty podlegającej zapłacie, sposób, w jaki czyni się to w uregulowaniu krajowym, narusza zasadę proporcjonalności, a tym samym podważa istotę prawa pacjenta.

17 CJAS sprzeciwia się wystąpieniu z odesłaniem prejudycjalnym do Trybunału, ponieważ uważa, że wykładnia, o którą wnosi AF, nie będzie zawierała elementu nowości. Powołuje się ona w tym względzie na wyrok Petru i na postanowienie Luca.

18 Co się tyczy wykładni art. 7 ust. 2 dyrektywy 2011/24, w odniesieniu do możliwości uzależnienia przez państwo pochodzenia pacjenta późniejszego zwrotu wynagrodzenia za transgraniczną opiekę zdrowotną od oceny lekarskiej, która w praktyce ma mieć bezwzględnie postać wniosku o hospitalizację,

DOKUMENT ROBOCZY

z wyłączeniem jakiegokolwiek innego rodzaju dokumentu medycznego potwierdzającego ocenę, CJAS twierdzi, że Trybunał, dokonując wykładni rozporządzenia nr 1408/71, wydał wiele orzeczeń, w których dokonuje rozróżnienia między planowaną opieką szpitalną (wyroki: Vanbraekel i in.; Petru; Elchinov; Watts) a nieplanowaną opieką szpitalną (wyroki: IKA; Keller; Komisja/Hiszpania). Trybunał wypowiedział się w odniesieniu do przesłanki dotyczącej uzyskania uprzedniej zgody – w zakresie, w jakim jest ona uzasadniona koniecznością zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonej gamy usług lekarskich dobrej jakości, zapewnienia kontroli nad kosztami i uniknięcia jakiegokolwiek marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich – w wyrokach: Smits i Peerbooms; Müller Fauré i van Riet; Stamatelaki; Vanbraekel i in.

Zwięzłe przedstawienie uzasadnienia odesłania prejudycjalnego

19 Sąd odsyłający wskazuje, że w celu wydania rozstrzygnięcia w przedmiocie wniesionej do niego przez AF skargi kasacyjnej będzie musiał wydać prawomocny wyrok, od którego zgodnie z prawem krajowym nie przysługuje już środek zaskarżenia w rozumieniu art. 267 TFUE.

20 Sąd ten stwierdza, po pierwsze, że chociaż próba złożenia przez AF na początku kwietnia wniosku o wydanie formularza E 112 stanowi udowodnioną okoliczność faktyczną, to odmowa zarejestrowania tego wniosku nie ma znaczenia, ponieważ w niniejszej sprawie przedmiotem sporu jest zgodność z prawem aktów administracyjnych wydanych po dniu, w którym przeprowadzono transgraniczny zabieg medyczny i w którym poniesiono związane z nim koszty.

21 W odniesieniu do zarzutu dotyczącego uwzględnienia leczenia, któremu został poddany AF, w koszyku podstawowych usług, których koszty są pokrywane z przewidzianego w dekrecie nr 397/836/2018 Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (krajowego funduszu ubezpieczeń zdrowotnych, Rumunia; zwanego dalej „funduszem krajowym”), sąd odsyłający wskazuje, że, nie mogąc wypowiedzieć się w sposób pewny w przedmiocie tego aspektu zgodności z prawem na tym etapie postępowania, z jego ustaleń wynikają elementy, które wydają się przeczyć zaakceptowanemu przez Curtea de Apel (sąd apelacyjny, Rumunia) stanowisku CJAS, zgodnie z którym zabieg medyczny, któremu poddano AF, nie jest objęty koszykiem podstawowych usług, których koszty są pokrywane ze wspomnianego funduszu. To stwierdzenie sądu odsyłającego opiera się między innymi na okoliczności, że zawarty we wspomnianym wyżej dekrecie wykaz stanowi, zgodnie z tym, co stwierdziły same podmioty występujące jako druga strona postępowania w pierwszej instancji i postępowania kasacyjnego (zwane dalej „podmiotami występującymi jako druga strona postępowania”), wykaz grup diagnoz oraz na okoliczności, że *metoda lub technika medyczna leczenia nie są wymienione jako takie w uregulowaniu krajowym* dotyczącym zapewnienia opieki zdrowotnej w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Rumunii.

DOKUMENT ROBOCZY

22 Sąd odsyłający uważa, że w celu rozstrzygnięcia tej kwestii należy również wziąć pod uwagę pkt 3 sentencji wyroku Elchinov i motyw 34 dyrektywy 2011/24.

23 W przypadku gdyby w następstwie orzeczenia w przedmiocie tego zarzutu skargi kasacyjnej uznano, że leczenie, któremu poddał się AF, jest uwzględnione w koszyku podstawowych usług, których koszty są pokrywane z krajowego funduszu państwa rumuńskiego, wówczas pytania [prejudycjalne] mają związek z rozstrzygnięciem sprawy.

24 **Pierwsze z** przedstawionych **pytań** dotyczy (i) przesłanki, zgodnie z którą ocena została dokonana wyłącznie przez lekarza w ramach państwowego systemu opieki zdrowotnej (a nie w ramach prywatnego systemu opieki zdrowotnej w danym państwie) oraz (ii) przesłanki formalnej, zgodnie z którą wniosek o hospitalizację został wydany przez państwo, z którego pochodzi pacjent, nawet jeśli usługa jest świadczona w innym państwie członkowskim.

25 W ramach analizy pytania pierwszego, w odniesieniu do którego podmioty występujące jako druga strona postępowania utrzymywały, że jest ono dopuszczalne na podstawie art. 7 ust. 7 dyrektywy 2011/24, sąd odsyłający przypomina przede wszystkim to, co Trybunał orzekł w pkt 23, 30, 34–37 wyroku Stamatelaki, i stwierdza, że ustanowienie takiej przesłanki formalnej w każdym razie bez uzasadnienia obiektywnego lub stanowiącego pewnego rodzaju krytyczną ocenę jakości dokumentu medycznego wydaje się nieproporcjonalne w stosunku do celu polegającego na zapewnieniu równowagi finansowej systemu ubezpieczeń społecznych.

26 Ustalenia Trybunału zawarte w pkt 40, 44, 45, 47, 51–53, 55 wyroku Casa Națională de Asigurări de Sănătate i Casa de Asigurări de Sănătate Constanța również prowadzą do takiego wniosku, ponieważ wspomniana wyżej przesłanka wydaje się wykraczać poza wymogi określone w art. 20 rozporządzenia nr 883/2004.

27 Jeśli chodzi o drugą przesłankę, w odniesieniu do której CJAS podnosi, że jest ona dozwolona na mocy art. 7 ust. 7 dyrektywy 2011/24, podczas gdy AF podnosi, że nie jest ona przewidziana w dyrektywie oraz że nie można jej spełnić w praktyce, sąd odsyłający twierdzi, że istnieją poważne trudności w uzasadnieniu znaczenia utrzymania tej przesłanki udzielenia uprzedniej zgody (wydanie wniosku o hospitalizację zgodnie z prawem krajowym), gdy w sposób oczywisty hospitalizacja nie ma miejsca w szpitalu w państwie członkowskim, a wniosek o hospitalizację jako taki nie służy hospitalizacji również w państwie członkowskim przeznaczenia.

28 W celu ustalenia zasadności odmowy udzielenia zgody wymaganej na podstawie art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 elementem, który powinien być przedmiotem oceny sądu odsyłającego, jest wynikający z uregulowania krajowego wymóg istnienia wniosku o hospitalizację wydanego jako taki na rzecz AF. Jednakże zdaniem sądu odsyłającego ustanowienie takiej ściśle formalnej przesłanki

DOKUMENT ROBOCZY

w okolicznościach niniejszej sprawy, w której kwestionowana jest również zgodność przepisu krajowego wykluczającego sporządzenie oceny lekarskiej przez lekarza nieobjętego krajowym systemem ubezpieczenia zdrowotnego, wydaje się ustanawiać przesłankę wykraczającą poza to, co przewiduje art. 20 rozporządzenia nr 883/2004.

29 Sąd ten uważa, powołując się, po pierwsze, na motywy 8 i 43, a także na art. 7 ust. 1 i 4 oraz art. 8 ust. 1 dyrektywy 2011/24, a po drugie, na pkt 72–77 wyroku Veselības ministrija, że istnieją wątpliwości co do racjonalnego uzasadnienia drugiej ze wspomnianych przesłanek.

30 Co się tyczy **drugiego pytania [prejudycjalnego]**, związek między tym pytaniem a rozstrzygnięciem niniejszej sprawy powstaje w przypadku, gdyby sąd odsyłający mógł, po dokonaniu oceny argumentów w niniejszej sprawie, stwierdzić, po pierwsze, że odmowa udzielenia uprzedniej zgody była uzasadniona i zgodna z prawem, a po drugie, że leczenie, któremu poddał się AF, zostało uwzględnione w koszyku podstawowych usług, których koszty są pokrywane z funduszu krajowego.

31 Zdaniem podmiotów występujących jako druga strona postępowania przepisy art. 4 przepisów wykonawczych, które ustanawiają maksymalny pułap kwoty podlegającej zwrotowi, nie stanowią dodatkowych przesłanek prowadzących do odmowy lub do naruszenia prawa do zwrotu w jego istocie, jak natomiast utrzymuje AF, nawet jeśli ten maksymalny pułap pociąga za sobą obniżenie kwoty podlegającej zwrotowi. Przepisy te stanowią transpozycję art. 7 ust. 4 dyrektywy 2011/24, ponieważ istnienie algorytmu obliczeniowego jest normalną rzeczą. I tak, zgodnie ze zwykłą praktyką, w przypadku pacjenta objętego systemem ubezpieczenia zdrowotnego w Rumunii zwrot kosztów opieki zdrowotnej, z której pacjent ten korzystał na terytorium innego państwa członkowskiego, musi być dokonany na poziomie kosztów poniesionych z tytułu usług zdrowotnych świadczonych na terytorium Rumunii. Choć ograniczenie to jest drastyczne, jest ono dozwolone przez prawo Unii i jest racjonalne, ponieważ jest uzasadnione *względami interesu ogólnego związanymi ze zdrowiem publicznym*.

32 AF podnosi, że chociaż uznaje się prawo państwa członkowskiego do ograniczenia wysokości kwoty podlegającej zapłacie, to prawo to nie może skutkować pozbawieniem prawa pacjenta jego istoty.

33 Chociaż podmioty występujące jako druga strona postępowania twierdziły, że koszty leczenia AF nie są pokrywane z systemu krajowego, i unikały dokonania konkretnego obliczenia kosztów tego leczenia, w szeregu pochodzących od nich dokumentów zawartych w aktach sprawy wskazano za 2018 r. kwoty od 1367 lei rumuńskich (RON) do 4618 RON. Tymczasem zgodnie z dowodami zawartymi w aktach sprawy AF poniósł koszt wynoszący 13 069 EUR [około 60 000 RON według kursu wymiany Banca Națională a României (narodowego banku Rumunii) z maja 2018 r.].

DOKUMENT ROBOCZY

34 Sąd odsyłający wskazuje, że w przypadku gdyby po dokonaniu oceny dowodów, prawa krajowego i zasad prawa Unii uznał on, że AF powinien i mógł uzyskać – w rozsądnym terminie i bez narażania swojego życia lub powrotu do zdrowia w podobnych warunkach – uprzednią zgodę wymaganą na mocy art. 8 dyrektywy 2011/24, będzie on musiał zbadać zgodność przepisu krajowego ustanawiającego wzór obliczeniowy, który znacznie ogranicza wysokość tego świadczenia w stosunku do kosztów rzeczywiście poniesionych przez ubezpieczonego.

35 Przypominając to, co Trybunał orzekł w pkt 29 postanowienia Luca i w pkt 80 wyroku Elchinov, a także motywy 5, 7, 21 i 22, art. 5 lit. b) i art. 7 ust. 3 dyrektywy 2011/24, sąd odsyłający wskazuje, że poprzez drugie pytanie prejudycjalne zmierza do ustalenia, czy uregulowany w przepisach krajowych sposób obliczania zapłaty w dziedzinie opieki zdrowotnej jest zgodny z obowiązkiem ustanowionym w art. 5 lit. b) dyrektywy oraz, w sposób dorozumiany, w przypadku niespełnienia przesłanek udzielenia uprzedniej zgody, czy odmowa zwrotu kosztów lub zwrot kosztów w niewielkiej części w stosunku do kwoty rzeczywiście zapłaconej przez ubezpieczonego są zgodne z zasadą proporcjonalności, wychodząc z założenia, że ubezpieczony nie otrzymał rzeczywistych informacji dotyczących przewidywanej kwoty, która mogłaby zostać zwrócona.

DOKUMENT ROBOCZY