

Lieta C-489/23**Lūguma sniegt prejudiciālu nolēmumu kopsavilkums saskaņā ar
Tiesas Reglamenta 98. panta 1. punktu****Iesniegšanas datums:**

2023. gada 1. augusts

Iesniedzējtiesa:*Înalta Curte de Casație și Justiție* (Augstā kasācijas tiesa,
Rumānija)**Datums, kurā pieņemts iesniedzējtiesas nolēmums:**

2023. gada 27. marts

Prasītājs pirmajā instancē un kasācijas tiesvedībā:

AF

Atbildētājas pirmajā instancē un kasācijas tiesvedībā:*Guvernul României**Ministerul Sănătății**Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș***Pamatlietas priekšmets**

Kasācijas sūdzība, kuru prasītājs AF strīdā ar *Guvernul României* (Rumānijas valdība), *Ministerul Sănătății* (Veselības ministrija, Rumānija) un *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș* (Murešas apgabala veselības apdrošināšanas fonds, turpmāk tekstā arī – “CJAS”) iesniedza par *Curtea de Apel Târgu Mureș* (Targu Murešas apelācijas tiesa, Rumānija) 2019. gada 30. decembra spriedumu civillietā, ar kuru tika noraidīta tā prasība atcelt dažas *Hotărârea Guvernului nr. 304/2014* (valdības lēmums Nr. 304/2014) tiesību normas, atcelt lēmumus par atmaksas atteikumu un atmaksāt summu 13 069 EUR apmērā, kas ir maksa, ko AF ir samaksājis par veselības aprūpes pakalpojumiem, ko viņš saņēma klīnikā Vācijā.

Lūguma sniegt prejudiciālu nolēmumu priekšmets un juridiskais pamats

Saskaņā ar LESD 267. pantu iesniegtais lūgums interpretēt LESD 49. un 56. pantu, Direktīvas 2011/24/ES 7. panta 7. punktu, Regulas (EEK) Nr. 1408/71 22. panta 1. punkta c) apakšpunktu, kā arī pacientu un pakalpojumu brīvas aprites principu, efektivitātes principu un samērīguma principu.

Prejudiciālie jautājumi

1. Vai LESD 49. pants un 56. pants, kā arī Direktīvas 2011/24/ES 7. panta 7. punkts ir jāinterpretē tādējādi, ka tie nepieļauj tiesisko regulējumu, saskaņā ar kuru izdevumu, kuri radās dzīvesvietas dalībvalstī obligāti apdrošinātajai personai, atmaksai ir automātiski paredzēts nosacījums par medicīnisko slēdzienu, ko sniedz veselības aprūpes speciālists, kurš sniedz veselības aprūpes pakalpojumus minētās valsts veselības apdrošināšanas sistēmā, kā arī par sekojošo hospitalizācijas pieprasījumu, ko izsniedzis šis speciālists, neļaujot iesniegt līdzvērtīgus privāto veselības aprūpes medicīnas iestāžu izsniegtos medicīniskus dokumentus, arī situācijā, ja hospitalizācija ir notikusi un veselības aprūpes pakalpojums ir sniegts dalībvalstī, kas nav apdrošinātās personas dzīvesvietas dalībvalsts?

2. Vai LESD 49. pants un 56. pants, kā arī Regulas Nr. 1408/71 22. panta 1. punkta c) apakšpunkts, pacientu pārvietošanās brīvības un pakalpojumu brīvas aprites principi, kā arī efektivitātes princips un samērīguma princips ir jāinterpretē tādējādi, ka tie nepieļauj valsts tiesisko regulējumu, saskaņā ar kuru gadījumā, ja iepriekšēja atļauja nav saņemta, apmaksājamo pakalpojumu summa ir noteikta to izmaksu līmenī, kuras dzīvesvietas dalībvalsts segtu, ja medicīniskā aprūpe tiktu sniegta tās teritorijā, izmantojot aprēķina formulu, kas ievērojami ierobežo šīs kompensācijas apmēru salīdzinājumā ar izmaksām, kuras ir faktiski radušās apdrošinātajai personai dalībvalstī, kas ir sniegusi attiecīgos veselības aprūpes pakalpojumus?

Atbilstošās Savienības tiesību normas un Tiesas judikatūra

LESD 49. un 56. pants.

Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2011/24/ES (2011. gada 9. marts) par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē; 7. pants.

Padomes Regula (EEK) Nr. 1408/71 (1971. gada 14. jūnijs) par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem, pašnodarbinātām personām un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā; 22. pants.

Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (EK) Nr. 883/2004 (2004. gada 29. aprīlis) par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu; 1. un 2. pants.

Spriedums, 2014. gada 9. oktobris, *Petru* (C-268/13), rīkojums, 2013. gada 11. jūlijs, *Luca* (C-430/12), spriedums, 2001. gada 12. jūlijs, *Vanbraekel* u.c. (C-368/98), spriedums, 2010. gada 5. oktobris, *Elchinov* (C-173/09), spriedums, 2006. gada 16. maijs, *Watts* (C-372/04), spriedums, 2003. gada 25. februāris, IKA (C-326/00), spriedums, 2005. gada 12. aprīlis, *Keller* (C-145/03), spriedums, 2010. gada 15. jūnijs, Komisija/Spānija (C-211/08), spriedums, 2001. gada 12. jūlijs, *Smits* un *Peerbooms* (C-157/99), spriedums, 2003. gada 13. maijs, *Müller-Fauré* un *van Riet* (C-385/99), spriedums, 2007. gada 19. aprīlis, *Stamatelaki* (C-444/05), spriedums, 2021. gada 6. oktobris, *Casa Națională de Asigurări de Sănătate* un *Casa de Asigurări de Sănătate Constanța* (C-538/19), un spriedums, 2020. gada 29. oktobris, Veselības ministrija (C-243/19).

Atbilstošās valsts tiesību normas

Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (valdības lēmums Nr. 304/2014, ar ko apstiprina metodiskos noteikumus par pārrobežu veselības aprūpi:

- valdības lēmuma pielikumā ietvertu metodisko noteikumu 3. panta 1. punkta b) apakšpunkta i) ievilkums, saskaņā ar kuru pēc apdrošinātās personas rakstiska lūguma, kuram pievieno apliecinošus dokumentus, veselības apdrošināšanas fonds atmaksā Eiropas Savienības dalībvalsts teritorijā sniegtās pārrobežu veselības aprūpes maksu, ko samaksāja apdrošinātā persona, ar nosacījumu, ka, cita starpā, šī veselības aprūpe tika nodrošināta pēc medicīniska slēdziena, ko sniedzis veselības aprūpes speciālists, kurš sniedz veselības aprūpes pakalpojumus Rumānijas veselības apdrošināšanas sistēmā, kā rezultātā ir izsniegts hospitalizācijas pieprasījums;
- metodisko noteikumu 3. panta 2. punkts, kurā būtībā ir paredzēts, ka 1. punktā minētie apliecinājoši dokumenti ir jebkurš medicīnisks dokuments, tostarp hospitalizācijas pieprasījums, no kura izriet, ka apdrošinātā persona ir saņēmusi veselības aprūpes pakalpojumus, [dokuments, kurā ir jābūt] datumam un to izdevušā veselības aprūpes speciālista parakstam, kā arī ar samaksu saistītie dokumenti, kuri liecina, ka apdrošinātā persona ir pilnībā apmaksājusi veselības aprūpes pakalpojumus;
- metodisko noteikumu 3. panta 4. punkts, saskaņā ar kuru, ja ir ievēroti 3. punkta noteikumi, veselības apdrošināšanas fonds sagatavo pārrobežu veselības aprūpes maksas atmaksas aprēķinu, izmantojot pielikumā Nr. 3 paredzēto aprēķina veidlapu;
- metodisko noteikumu 4. pants, saskaņā ar kuru būtībā 3. panta 1. punktā minētā pārrobežu veselības aprūpes maksas atmaksas notiek to izmaksu līmenī, kuras apmaksā par Rumānijas teritorijā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

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 (Veselības ministrijas un Casa Națională de Asigurări de Sănătate (Valsts veselības apdrošināšanas fonds, Rumānija) rīkojums Nr. 397/836/2018, ar ko apstiprina metodiskos noteikumus par valdības lēmuma Nr. 140/2018, ar ko apstiprina pakalpojumu kopumu un pamatlīgumu, kas regulē veselības aprūpes, zāļu un medicīnisko ierīču nodrošināšanas nosacījumus veselības apdrošināšanas sistēmā 2018.–2019. gadam, piemērošanu 2018. gadā).

Īss pamatlīstas faktisko apstākļu un tiesvedības izklāsts

- 1 2018. gada 8. martā AF tika diagnosticēta prostatas adenokarcinoma, kā norādīts Klužas-Napokas [*Cluj-Napoca*] (Rumānija) Uroloģijas un androloģijas klīnikas Endoplus (*Clinica de Urologie și Andrologie Endoplus*) izdotajā medicīniskajā vēstulē, kurā ir ieteikts veikt radikālu prostatektomiju tradicionālā laparoskopijā vai ar robotizēto ķirurģiju.
- 2 AF tika informēts, ka ir iespēja veikt operāciju ar *DaVinci* ķirurģisko robotu (*Robot-assisted radical prostatectomy*), operāciju, kurai salīdzinājumā ar klasisko radikālas prostatektomijas operāciju ir priekšrocības pacienta veselībai un turpmākai atveseļošanai, un ārsta ieteikums ir bijis šādā nozīmē. Turklāt AF tika informēts, ka Klužas-Napokas (Rumānija) valsts slimnīcā ir *DaVinci* robots, kas tomēr nedarbojas, jo tolaik nebija iegādāti tā darbībai nepieciešamie palīgmateriāli, tāpēc AF tika paziņots, ka ir iespēja veikt attiecīgo operāciju privātā veselības aprūpes iestādē Brašovas (Rumānijas) klīnikā, ar aptuvenām izmaksām 13 000 EUR.
- 3 Tā kā kopš diagnozes noteikšanas bija pagājuši jau aptuveni 4 mēneši, AF nolēma ārstēties slimnīcā Vācijā ar tādām pašām izmaksām centrā ar lielu pieredzi, kas ir veltīts tikai attiecīgajai patoloģijai.
- 4 Lai veiktu ārstēšanu ārvalstīs, AF vērsās *CJAS* ar lūgumu izsniegt veidlapu E 112, saskaņā ar Regulu Nr. 1408/71, taču viņa pieprasījums netika saņemts.
- 5 Paralēli minētajai procedūrai pēc sarakstes ar klīniku Vācijā AF tika piedāvāta iespēja veikt šo operāciju 2018. gada 9. maijā, jo cits pacients bija atcēlis savu rezervāciju uz šo datumu. Pretējā gadījumā AF būtu bijis jāgaida vēl aptuveni 8 nedēļas pēc *CJAS* apstiprinājuma saņemšanas, lai organizētu jaunu [operācijas] grafiku.
- 6 Lai rezervētu 2018. gada 9. maija datumu operācijas veikšanai, AF veica maksājumu uzreiz 2018. gada 24. aprīlī. Operācija notika paredzētajā datumā

Vācijā un hospitalizācija tika noteikta uz laikposmu no 2018. gada 9. maija līdz 2018. gada 14. maijam.

- 7 Pēc minētā maksājuma un ņemot vērā CJAS atteikumu pieņemt viņa pieprasījumu, AF nolēma nosūtīt CJAS pieprasījumu pa pastu, ierakstītā vēstulē ar saņemšanas apstiprinājumu, un 2018. gada 17. maijā viņš tika informēts, ka viņa pieprasījums nebija sastādīts, izmantojot standarta veidlapu, un tam nebija pievienoti visi nepieciešamie dokumenti.
- 8 Pēc atgriešanās Rumānijā AF lūdza CJAS samaksāt Vācijā samaksāto summu, atsaucoties uz Regulu Nr. 1408/71 un spriedumu *Elchinov*.
- 9 CJAS noraidīja maksājuma pieprasījumu un norādīja, ka veidlapa E 112 tiek izsniegta pirms saņēmēja izceļošanas un ka summas atmaksai būtu jāievēro valdības lēmumā Nr. 304/2014 paredzētā procedūra.
- 10 AF apgalvo, ka ir ievērojis šo procedūru, taču nesekmīgi. Tātad 2018. gada 5. septembrī AF lūdza CJAS atmaksāt summu 13 069 EUR apmērā, kas ir Vācijas klīnikai samaksātā maksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, un vienlaikus iesniedza visus nepieciešamos dokumentus, izņemot hospitalizācijas pieprasījumu, ko izsniedzis veselības aprūpes speciālists, kurš sniedz veselības aprūpes pakalpojumus Rumānijas veselības apdrošināšanas sistēmā.
- 11 2018. gada 1. oktobrī šis pieprasījums tika noraidīts ar pamatojumu, ka tajā nebija sniegti pierādījumi par Rumānijā veiktu medicīnisku slēdzienu, kā rezultātā ir izsniegts hospitalizācijas pieprasījums.
- 12 Tādos apstākļos AF cēla prasību *Curtea de Apel Târgu Mureș* (Targu Murešas apelācijas tiesa, Rumānija), lūdzot atcelt metodisko noteikumu tiesību normas, kuras attiecas uz veselības aprūpes pakalpojumu maksas atmaksas nosacījumiem un tiesību normas, kuras attiecas uz veselības aprūpes maksas atmaksas aprēķina metodi, kā arī atcelt lēmumus par atteikumu, tādējādi atmaksājot summu 13 069 EUR apmērā, kas ir Vācijā samaksātā maksa par veselības aprūpes pakalpojumiem.
- 13 Prasības pamatojumā AF norāda, ka ar apstrīdētajām tiesību normām esot kļūdaini transponēta Direktīva 2011/24, jo tās pārkāpjot Savienības tiesību pārākuma principu, precīzāk, LESD 56. pantu un Regulu Nr. 1408/71, kā tie interpretēti Tiesas spriedumā *Elchinov*, kā arī Regulu Nr. 883/2004, ņemot vērā, ka ar tām ir visos gadījumos izslēgta tādu izdevumu atmaksa, kuri rodas saistībā ar stacionāro ārstēšanu citā dalībvalstī bez iepriekšējas atļaujas.
- 14 AF apgalvo, ka viņa atmaksas pieprasījums esot noraidīts prettiesiski, ka tas atbilstot veidlapas E 112 izsniegšanas nosacījumiem un ka apstāklis, ka ārstēšana un pakalpojumu apmaksa notika pirms tam, kad atbildētāja izskatīja viņa pieprasījumu izsniegt veidlapu, nevar atcelt viņa subjektīvas tiesības.

- 15 Pēc šī prasības pieteikuma noraidīšanas AF cēla prasību iesniedzējtiesā, *Înalta Curte de Casație și Justiție* (Augstā kasācijas tiesa, Rumānija), kas nolēma iesniegt Tiesā lūgumu sniegt prejudiciālu nolēmumu.

Pamatlietas pušu galvenie argumenti

- 16 AF lūdz iesniegt Tiesā lūgumu sniegt prejudiciālu nolēmumu, jo, viņa skatījumā, valsts tiesiskajā regulējumā esot noteikti nosacījumi, kuri direktīvas tekstā nav paredzēti un kurus nav iespējams īstenot praksē. Turklāt arī tad, ja Rumānijas teritorijā sniegtā veselības aprūpes pakalpojuma apmaksai ir nepieciešams iesniegt pierādījumu par hospitalizācijas pieprasījumu, šāda veida nosacījums nav savienojams ar direktīvā atzītajām tiesībām, jo gadījumā, ja ārstēšana notiek citā dalībvalstī, vairs nerodas hospitalizācijas pieprasījuma problēma, jo ir nepieciešams vienīgi ārsta–speciālista sastādītais medicīniskais slēdziens. Turklāt, lai arī Savienības tiesībās ir atzīta dalībvalsts iespēja ierobežot apmaksāto summu, valsts tiesiskajā regulējumā izmantotais paņēmieni pārkāpjot samērīguma principu un šādā veidā graujot pacienta tiesību būtību.
- 17 CJAS iebilst pret lūguma sniegt prejudiciālu nolēmumu iesniegšanu Tiesā, jo uzskata, ka AF pieprasītajā interpretācijā neesot jaunu elementu. Šajā ziņā tas atsaucas uz spriedumu *Petru* un rīkojumu *Luca*.
- 18 Runājot par Direktīvas 2011/24 7. panta 2. punkta interpretāciju, saistībā ar pacienta izcelsmes valsts iespēju pakārtot turpmāku pārrobežu veselības aprūpes pakalpojuma maksas atmaksu medicīniskam slēdzienam, kas praksē izpaužas tikai kā hospitalizācijas pieprasījums, izslēdzot jebkāda cita veida medicīnisku dokumentu slēdziena pierādīšanai, CJAS apgalvo, ka, interpretējot Regulu Nr. 1408/71, Tiesa ir pieņēmusi vairākus nolēmumus, kuros tā nošķīra starp plānveida stacionāro ārstēšanu (spriedums *Vanbraekel* u.c., spriedums *Petru*, spriedums *Elchinov* un spriedums *Watts*) un stacionāro ārstēšanu, kas nav plānveida (spriedums *IKA*, spriedums *Keller* un spriedums Komisija/Spānija). Runājot par prasību par iepriekšēju atļauju – ciktāl tā ir pamatota ar nepieciešamību nodrošināt pietiekamu un pastāvīgu piekļuvi līdzsvarotam kvalitatīvas ārstēšanas pakalpojumu klāstam attiecīgajā dalībvalstī, nodrošināt izmaksu kontroli un novērst finanšu, tehnisko un personāla resursu nelietderīgu izmantošanu – Tiesa ir izteikusies spriedumā *Smits* un *Peerbooms*, spriedumā *Müller Fauré* un *van Riet*, spriedumā *Stamatelaki*, un spriedumā *Vanbraekel* u.c.

Īss lūguma sniegt prejudiciālu nolēmumu motīvu izklāsts

- 19 Iesniedzējtiesa norāda, ka, lemjot par tajā izskatāmo AF celto prasību, tai būs jāpieņem galīgais spriedums, kas saskaņā ar valsts tiesībām vairs nav pārsūdzams LESD 267. panta izpratnē.
- 20 Minētā tiesa apgalvo, pirmkārt, ka, lai gan AF mēģinājums aprīļa sākumā iesniegt pieprasījumu veidlapas E 112 saņemšanai ir pierādīts fakts, atteikumam reģistrēt

minēto pieprasījumu nav nozīmes, jo konkrētajā gadījumā strīds ir par to administratīvo aktu likumību, kuri tika izdoti pēc tam, kad tika sniegta pārrobežu veselības aprūpe un samaksātas ar to saistītās izmaksas.

- 21 Attiecībā uz prasības pamatu, kas attiecas uz AF veiktās medicīniskas procedūras iekļaušanu *Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate* (Vienotais Valsts veselības apdrošināšanas fonds, Rumānija; turpmāk tekstā – “valsts fonds”) apmaksātajā pamatpakalpojumu klāstā, kas ir paredzēts rīkojumā Nr. 397/836/2018, iesniedzējtiesa norāda, ka, lai gan nespējot droši izteikties par šo leģitimitātes aspektu šajā tiesvedības posmā, no tās pētījumiem izriet elementi, kuri šķiet pretrunā *CJAS* nostājām, kuras ir atbalstījuši *Curtea de Apel* (Apelācijas tiesa, Rumānija) un saskaņā ar kurām AF veiktā medicīniska procedūra neesot iekļauta minētā fonda apmaksātajā pamatpakalpojumu klāstā. Šis iesniedzējtiesas konstatējums tostarp ir pamatots ar faktu, ka minētajā rīkojumā ietvertais saraksts – saskaņā ar atbildētāju pirmajā instancē un kasācijas tiesvedībā (turpmāk tekstā – “atbildētāji”) apgalvojumiem – ir diagnožu grupu saraksts un ka *ārstēšanas metode vai medicīniska tehnika kā tādas nav minētas valsts tiesiskajā regulējumā*, kas regulē veselības aprūpes nodrošināšanu Rumānijas veselības apdrošināšanas sistēmā.
- 22 Iesniedzējtiesa uzskata, ka, lemjot par šo aspektu, ir jāņem vērā arī sprieduma *Elchinov* rezolūtvās daļas 3. punkts un Direktīvas 2011/24 34. apsvērums.
- 23 Gadījumā, ja pēc lēmuma pieņemšanas par šo prasības pamatu būtu jāuzskata, ka AF veiktā medicīniska procedūra ir iekļauta Rumānijas valsts fonda apmaksātajā pamatpakalpojumu klāstā, tad [prejudiciālajiem] jautājumiem ir saikne ar lietas iznākumu.
- 24 **Pirmais** iesniegtais **jautājums** attiecas uz (i) nosacījumu par slēdzienu, kas ir jā sagatavo vienīgi valsts veselības aprūpes sistēmas (un nevis šis valsts privātās veselības aprūpes sistēmas) ārstam, un (ii) formālo nosacījumu par pacienta izcelsmes valsts izdoto hospitalizācijas pieprasījumu, pat ja pakalpojums ir sniegts citā dalībvalstī.
- 25 Analizējot pirmo nosacījumu, attiecībā uz kuru atbildētāji apgalvo, ka Direktīvas 2011/24 7. panta 7. punkts to pieļauj, iesniedzējtiesa vispirms atgādina Tiesas atziņas sprieduma *Stamatelaki* 23., 30. un 34.–37. punktā un konstatē, ka šāda formāla nosacījuma uzlikšana visos gadījumos bez objektīva pamatojuma vai ietveršana noteikta veida kritiskajā medicīniskā dokumenta kvalitātes vērtējumā, šķiet nesamērīga ar mērķi garantēt sociālā nodrošinājuma sistēmas finansiālo līdzsvaru.
- 26 Šādu secinājumu liek izdarīt arī Tiesas atziņas sprieduma *Casa Națională de Asigurări de Sănătate* un *Casa de Asigurări de Sănătate Constanța* 40., 44., 45., 47., 51.–53. un 55. punktā, jo šķiet, ka minētais nosacījums pārsniedz Regulas Nr. 883/2004 20. panta prasības.

- 27 Runājot par otro nosacījumu, attiecībā uz kuru CJAS apgalvo, ka Direktīvas 2011/24 7. panta 7. punkts to pieļauj, AF savukārt apgalvo, ka direktīvā tas neesot paredzēts un ka praksē to neesot iespējams izpildīt, iesniedzējtiesa uzskata, ka rodas nopietnas grūtības, attaisnojot šī nosacījuma par iepriekšējas atļaujas izsniegšanu (hospitalizācijas pieprasījuma izsniegšana saskaņā ar valsts tiesību aktiem) saglabāšanas lietderību, ja ir acīmredzami, ka hospitalizācija nenotiek dalībvalsts ārstniecības iestādē un arī hospitalizācijai galamērķa dalībvalstī hospitalizācijas pieprasījums kā tāds nav vajadzīgs.
- 28 Lai konstatētu atteikuma piešķirt atļauju, kura ir nepieciešama saskaņā ar Regulas Nr. 1408/71 22. pantu, pamatotību iesniedzējtiesai ir jāanalizē elements, kas ir valsts tiesiskajā regulējumā noteiktā prasība par AF hospitalizācijas pieprasījuma esamību. Tomēr, iesniedzējtiesas skatījumā, šāda strikti formāla nosacījuma uzlikšana aplūkojamā gadījuma apstākļos, kad tiek apstrīdēta arī tādas valsts tiesību normas atbilstība, ar kuru netiek pieļauts medicīniskais slēdziens, kuru ir sagatavojis ārsts, kas nepieder pie valsts veselības apdrošināšanas sistēmas, šķiet, paredz nosacījumu, kas pārsniedz Regulas Nr. 883/2004 20. panta prasības.
- 29 Minētā tiesa uzskata, atsaucoties uz, pirmkārt, Direktīvas 2011/24 8. un 43. apsvērumu, kā arī uz tās 7. panta 1. un 4. punktu un 8. panta 1. punktu, un, otrkārt, uz sprieduma Veselības ministrija 72.–77. punktu, ka pastāv šaubas par otrā aplūkotā nosacījuma saprātīgu pamatojumu.
- 30 Runājot par **otro (prejudiciālo) jautājumu**, tā saikne ar lietas iznākumu rodas gadījumā, ja iesniedzējtiesa, izvērtējot lietas dalībnieku argumentus, varētu konstatēt, pirmkārt, ka atteikums izdot iepriekšēju atļauju ir bijis pamatots un leģitīms un, otrkārt, ka AF veiktā medicīniska procedūra ir iekļauta valsts fonda apmaksātajā pamatpakalpojumā klāstā.
- 31 Atbildētāju skatījumā, metodisko noteikumu 4. panta tiesību normas, kurās ir paredzēts atmaksājamās summas maksimālais apmērs, nerada papildu nosacījumus, kuru dēļ tiek liegta vai ietekmēta tiesību uz atmaksu būtība, kā savukārt to apgalvo AF, arī, ja minētā maksimālā apmēra dēļ atmaksājamā summa tiek samazināta. Ar minētajām tiesību normām esot transponēts Direktīvas 2011/24 7. panta 4. punkts, jo ir normāli, ka pastāv aprēķina algoritms. Tādēļ saskaņā ar ierasto praksi pacientam, kurš ir reģistrēts Rumānijas veselības apdrošināšanas sistēmā, izmaksu atmaksa par veselības aprūpi, kuru šis pacients ir guvis citas dalībvalsts teritorijā, ir jāveic to izmaksu apmērā, kuras tiek apmaksātas par Rumānijas teritorijā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Lai arī šis ierobežojums ir drastisks, Savienības tiesības to pieļauj un tas ir saprātīgs, jo ir pamatots ar *svarīgākiem vispārējas intereses iemesliem, kas saistīti ar sabiedrības veselību*.
- 32 AF apgalvo, ka, lai gan dalībvalstij ir atzītas tiesības ierobežot apmaksāto summu, šīs tiesības nevar iztukšot pacienta tiesību saturu.

- 33 Lai gan atbildētājas apgalvo, ka AF veiktā medicīniska procedūra valsts sistēmā netiek apmaksāta un izvairās veikt konkrētu šīs procedūras izmaksu aprēķinu, vairākos to izdotajos dokumentos, kuri ir pievienoti lietas materiāliem, par 2018. gadu ir minētas summas no 1367 RON (Rumānijas lejas) līdz 4618 RON. Tomēr, pamatojoties uz lietā esošajiem pierādījumiem, AF radās izmaksas 13 069 EUR apmērā (apmēram 60 000 RON saskaņā ar *Banca Națională a României* (Rumānijas Banka) 2018. gada maija valūtas maiņas kursu).
- 34 Iesniedzējtiesa apgalvo, ka gadījumā, ja pēc pierādījumu, valsts tiesību un Savienības tiesību principu analīzes būtu jāuzskata, ka saprātīgā termiņā un neapdraudot savu dzīvību vai atveseļošanos līdzīgos apstākļos AF bija jāsaņem un viņš varēja saņemt iepriekšēju atļauju, kas ir pieprasīta Direktīvas 2011/24 8. pantā, tai būs jāpārbauda tādas valsts tiesību normas atbilstība, kurā ir paredzēta aprēķina formula, kas ievērojami ierobežo šīs kompensācijas apmēru salīdzinājumā ar izmaksām, kuras ir faktiski radušās apdrošinātajai personai.
- 35 Atgādinot Tiesas atziņas rīkojuma *Luca* 29. punktā un sprieduma *Elchinov* 80. punktā, kā arī Direktīvas 2011/24 5., 7., 21. un 22. apsvērumu, 5. panta b) punktu un 7. panta 3. punktu, iesniedzējtiesa norāda, ka ar tās otro prejudiciālo jautājumu tā seko noskaidrot, vai valsts tiesiskajā regulējumā paredzētā veselības aprūpes apmaksas aprēķināšanas metode atbilst direktīvas 5. panta b) apakšpunktā noteiktajam pienākumam, un netieši, gadījumā, ja nav izpildīti nosacījumi iepriekšējas atļaujas piešķiršanai, vai atmaksas atteikums vai atmaksa necīgā proporcijā salīdzinot ar apdrošinātās personas faktiski samaksāto summu, atbilst samērīguma principam, sākot no priekšnoteikuma, ka apdrošinātajai personai nav reālas informācijas par summu, kas varētu tikt atmaksāta.