

Sag C-489/23**Sammendrag af anmodning om præjudiciel afgørelse i henhold til artikel 98, stk. 1, i Domstolens procesreglement****Dato for indlevering:**

1. august 2023

Forelæggende ret:

Înalta Curte de Casație și Justiție (Rumænien)

Afgørelse af:

27. marts 2023

Sagsøger og kassationsappellant:

AF

Sagsøgte og kassationsindstævnte:

Guvernul României

Ministerul Sănătății

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

Hovedsagens genstand

Appel iværksat af kassationsappellanten AF, i en tvist mod Guvernul României (den rumænske regering), Ministerul Sănătății (sundhedsministeriet, Rumænien) og Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (den regionale sygeforsikringskasse i Mureș, Rumænien, herefter »den regionale sygeforsikringskasse«), til prøvelse af den civile dom af 30. december 2019, hvorved Curtea de Apel Târgu Mureș (appeldomstolen i Târgu Mureș, Rumænien) ikke gav kassationsappellanten medhold i et søgsmål med påstand om annullation af visse bestemmelser i Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 (regeringsbeslutning nr. 304/2014), påstand om annullation af beslutningerne om afslag på refusion og påstand om refusion af et beløb på 13 069 EUR, svarende til de udgifter, som AF betalte til sundhedsydelse på en klinik i Tyskland.

Genstand og retsgrundlag for anmodningen om præjudiciel afgørelse

I henhold til artikel 267 TEUF anmodes om en fortolkning af artikel 49 TEUF og 56 TEUF, af artikel 7, stk. 7, i direktiv 2011/24/EU, af artikel 22, stk. 1, litra c), i forordning (EØF) nr. 1408/71 samt af princippet om fri bevægelighed for patienter, princippet om fri udveksling af tjenesteydelser, effektivitetsprincippet og proportionalitetsprincippet.

Præjudicielle spørgsmål

1. Skal artikel 49 TEUF og artikel 56 TEUF samt artikel 7, stk. 7, i direktiv 2011/24/EU fortolkes således, at de er til hinder for en lovgivning, hvorefter refusion af udgifter afholdt af en person, der er omfattet af den lovpligtige sygeforsikring i bopælsmedlemsstaten, på automatisk vis er betinget af en medicinsk vurdering foretaget af en sundhedsprofessionel, der leverer tjenesteydelser til denne stats sygeforsikringsordning, og af denne professionelles efterfølgende udstedelse af en henvisning til indlæggelse, uden at det er tilladt at fremlægge tilsvarende lægeerklæringer udstedt af institutioner inden for det private sundhedsvæsen, selv i den situation, hvor indlæggelsen har fundet sted, og sundhedsydelse er blevet leveret i en anden medlemsstat end den forsikredes bopælsmedlemsstat?

2. Skal artikel 49 TEUF og artikel 56 TEUF samt artikel 22, stk. 1, litra c), i forordning nr. 1408/71, princippet om fri bevægelighed for patienter, princippet om fri udveksling af tjenesteydelser, effektivitetsprincippet og proportionalitetsprincippet fortolkes således, at de er til hinder for en national lovgivning, som i tilfælde af manglende forhåndstilladelse fastsætter størrelsen af de refunderede ydelser til det samme niveau som de udgifter, som bopælsmedlemsstaten ville have afholdt, hvis sundhedsydelse er blevet leveret på dens område, ved anvendelse af en beregningsformel, der væsentligt begrænser refusionsbeløbet i forhold til de udgifter, som den forsikrede faktisk har afholdt i den medlemsstat, der har leveret de konkrete sundhedsydelser?

Anførte EU-retlige forskrifter og anført praksis fra Domstolen

Artikel 49 TEUF og 59 TEUF

Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser, artikel 7

Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 af 14. juni 1971 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet, artikel 22

Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger, artikel 20, stk. 1 og 2

Dom af 9. oktober 2014, Petru (C-268/13), kendelse af 11. juli 2013, Luca (C-430/12), dom af 12. juli 2001, Vanbraekel m.fl. (C-368/98), dom af 5. oktober 2010, Elchinov (C-173/09), dom af 16. maj 2006, Watts (C-372/04), dom af 25. februar 2003, IKA (C-326/00), dom af 12. april 2005, Keller (C-145/03), dom af 15. juni 2010, Kommissionen mod Spanien (C-211/08), dom af 12. juli 2001, Smits og Peerbooms (C-157/99), dom af 13. maj 2003, Müller-Fauré og van Riet (C-385/99), dom af 19. april 2007, Stamatelaki (C-444/05), dom af 6. oktober 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate og Casa de Asigurări de Sănătate Constanța (C-538/19), og dom af 29. oktober 2020, Veselības ministrija (C-243/19)

Anførte nationale forskrifter

Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (regeringsbeslutning nr. 304/2014 om godkendelse af gennemførelsesbestemmelser vedrørende grænseoverskridende sundhedsydelse):

- Artikel 3, stk. (1), litra b), nr. (i), i de gennemførelsesbestemmelser, som er opført som bilag til regeringsbeslutningen, hvorefter sygeforsikringskassen efter den forsikredes skriftlige anmodning, ledsaget af behørig dokumentation, refunderer udgifterne til grænseoverskridende sundhedsydelse, der er blevet leveret på en EU-medlemsstats område, og som den forsikrede har afholdt, forudsat bl.a., at disse sundhedsydelse er blevet leveret på grundlag af en medicinsk vurdering foretaget af en sundhedsprofessionel, der leverer tjenesteydelse til Rumæniens sygeforsikringsordning, hvilken vurdering har resulteret i udstedelse af en henvisning til indlæggelse.
- Gennemførelsesbestemmelsernes artikel 3, stk. (2), der i det væsentlige fastsætter, at den i stk. (1) nævnte behørig dokumentation omfatter dels enhver lægeerklæring, herunder en henvisning til indlæggelse, hvoraf det fremgår, at den forsikrede har modtaget sundhedsydelse, [idet denne erklæring skal være] dateret og undertegnet af den sundhedsprofessionelle, som har udstedt den, dels dokumenterne vedrørende betalingen, hvoraf det fremgår, at den forsikrede har betalt sundhedsydelse i deres helhed.
- Gennemførelsesbestemmelsernes artikel 3, stk. (4), hvorefter sygeforsikringskassen, såfremt betingelserne i stk. (3) er opfyldt, udarbejder beregningsnotatet vedrørende refusion af udgifterne til grænseoverskridende sundhedsydelse ved brug af skabelonen til beregningsnotatet i bilag nr. 3.
- Gennemførelsesbestemmelsernes artikel 4, ifølge hvilken refusionen af udgifterne til grænseoverskridende sundhedsydelse i henhold til artikel 3, stk. (1),

i det væsentlige foretages på samme niveau som de udgifter, som refunderes for sundhedsydelser leveret på Rumæniens område.

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 nr. 397/836/2018 fra sundhedsministeriet og den nationale sygeforsikringskasse om godkendelse af gennemførelsesbestemmelserne i 2018 for regeringsbeslutning nr. 140/2018 om godkendelse af udbuddet af sundhedsydelser og af den rammeaftale, der regulerer betingelserne for levering af sundhedsydelser, lægemidler og medicinsk udstyr inden for sygeforsikringsordningen i årene 2018-2019)

Kort fremstilling af de faktiske omstændigheder og retsforhandlingerne i hovedsagen

- 1 AF blev diagnosticeret den 8. marts 2018 med adenocarcinom i prostata ifølge lægeerklæring udstedt af Clinica de Urologie și Andrologie Endoplus (urologisk og andrologisk klinik Endoplus) i Cluj-Napoca (Rumænien), som på baggrund heraf anbefalede radikal prostatektomi ved standard eller robotassisteret laparoskopisk indgreb.
- 2 AF blev oplyst om, at der var mulighed for at gennemgå et kirurgisk indgreb med Da Vinci-operationsrobot (Robot-assisted radical prostatectomy), hvilket indgreb giver fordele for patientens helbred og efterfølgende helbredelse, sammenlignet med klassisk radikal prostatektomi, og svarede til lægens anbefaling. Samtidigt fik AF at vide, at der var en Da Vinci-robot på det offentlige hospital i Cluj-Napoca (Rumænien), som dog ikke var i drift, fordi de nødvendige forbrugsartikler på daværende tidspunkt ikke var blevet indkøbt, hvorfor AF blev oplyst om, at der var mulighed for at gennemgå dette indgreb inden for det private sundhedsvæsen, på en klinik i Brașov (Rumænien), til en omkostning på ca. 13 000 EUR.
- 3 Da der allerede var gået omkring fire måneder siden diagnosen, besluttede AF at modtage behandlingen til den samme omkostning på et center med stor erfaring, som udelukkende er dedikeret til den omhandlede sygdom, på et hospital i Tyskland.
- 4 Eftersom behandlingen skulle gennemføres i udlandet, anmodede AF den regionale sygeforsikringskasse om udstedelse af blanket E 112 i henhold til forordning nr. 1408/71, men hans anmodning blev ikke modtaget.
- 5 Sideløbende med denne procedure, efter korrespondance med klinikken i Tyskland, blev AF tilbudt muligheden for at gennemgå dette kirurgiske indgreb den 9. maj 2018, eftersom en anden patient havde annulleret sin reservation for denne dato. I modsat tilfælde ville AF have skullet vente ca. otte uger mere, efter

at have modtaget godkendelsen fra den regionale sygeforsikringskasse, for at foretage en ny planlægning [af indgrebet].

- 6 For at reservere operationsdatoen den 9. maj 2018 betalte AF for indgrebet den 24. april 2018. Det kirurgiske indgreb fandt sted på den planlagte dato i Tyskland, og AF var indlagt på hospital fra den 9. maj 2018 til den 14. maj 2018.
- 7 Efter at have foretaget denne betaling og under hensyntagen til, at den regionale sygeforsikringskasse havde nægtet at modtage hans anmodning, besluttede AF at fremsende anmodningen til myndigheden via postvæsenet med rekommanderet brev med kvittering for modtagelse, og den 17. maj 2018 fik han at vide, at anmodningen ikke var udfærdiget på standardblanketten og ikke indeholdt alle nødvendige dokumenter.
- 8 Ved hjemkomsten til Rumænien anmodede AF den regionale sygeforsikringskasse om refusion af det i Tyskland betalte beløb under henvisning til forordning nr. 1408/71 og Elchinov-dommen.
- 9 Den regionale sygeforsikringskasse gav afslag på anmodningen om refusion og meddelte, at blanket E 112 skal udstedes før den forsikredes afrejse, og at proceduren ifølge regeringsbeslutning nr. 304/2014 skal følges med henblik på refusion af beløbet.
- 10 AF mente at have fulgt denne procedure uden held. Den 5. september 2018 anmodede AF derfor den regionale sygeforsikringskasse om at refundere beløbet på 13 069 EUR, svarende til udgifterne til de sundhedsydelse, der var blevet betalt til klinikken i Tyskland, og samtidigt indsendte han alle de nødvendige dokumenter, med undtagelse af henvisningen til indlæggelse udstedt af en sundhedsprofessionel, der leverer tjenesteydelse til Rumæniens sygeforsikringsordning.
- 11 Den 1. oktober 2018 blev der givet afslag på denne anmodning med den begrundelse, at den forsikrede ikke havde fremlagt bevis for en medicinsk vurdering foretaget i Rumænien, som havde resulteret i udstedelsen af en henvisning til indlæggelse.
- 12 På denne baggrund anlagde AF sag ved Curtea de Apel Târgu Mureș (appeldomstolen i Târgu Mureș, Rumænien) med påstand om annullation af de bestemmelser i gennemførelsesbestemmelserne, som fastsætter betingelserne for refusion af udgifter til sundhedsydelse og betingelserne for beregningsmetoden vedrørende refusion af udgifter til sundhedsydelse, samt om annullation af beslutningerne om afslag, med den konsekvens, at sygeforsikringskassen skulle tilpligtes at refundere beløbet på 13 069 EUR, svarende til udgifterne til de i Tyskland betalte sundhedsydelse.
- 13 Til støtte for sin påstand anførte AF, at de anfægtede bestemmelser udgør en fejlagtig gennemførelse af direktiv 2011/24, fordi de tilsidesætter princippet om EU-rettens forrang, og navnlig artikel 56 TEUF og forordning nr. 1408/71, som

fortolket af Domstolen i Elchinov-dommen, samt forordning nr. 883/2004, henset til, at de anfægtede bestemmelser i alle tilfælde udelukker refusion af udgifter til hospitalsbehandling ydet uden forhåndstilladelse i en anden medlemsstat.

- 14 AF gjorde gældende, at afslaget på hans anmodning om refusion var retsstridigt, at han opfyldte betingelserne for udstedelse af blanket E 112, og at den omstændighed, at behandlingen og betalingen af ydelserne blev foretaget, inden den regionale sygeforsikringskasse behandlede hans anmodning om udstedelse af blanketten, ikke kunne bevirke, at hans subjektive ret blev ophævet.
- 15 Da AF ikke fik medhold i søgsmålet, har AF iværksat appel ved den forelæggende ret, Înalta Curte de Casație și Justiție (kassationsdomstol, Rumænien), som har besluttet at anmode Domstolen om en præjudiciel afgørelse.

De væsentligste argumenter, der anføres af hovedsagens parter

- 16 AF har anmodet om, at sagen forelægges Domstolen, idet den nationale lovgivning efter hans opfattelse pålægger betingelser, som ikke er fastsat i direktivets tekst, og som det er umuligt at opfylde i praksis. Selv hvis det med henblik på refusion af sundhedsydelser, der leveres på Rumæniens område, er nødvendigt at fremlægge bevis for en henvisning til indlæggelse, er en sådan betingelse endvidere uforenelig med den i direktivet sikrede ret, fordi en henvisning til indlæggelse ikke længere er nødvendig, hvis behandlingen udføres i en anden medlemsstat, idet det er tilstrækkeligt med en medicinsk vurdering foretaget af en speciallæge. Til trods for, at medlemsstaten i henhold til EU-retten kan begrænse refusionsbeløbet, udgør den måde, som den nationale lovgivning gør dette på, endvidere en tilsidesættelse af proportionalitetsprincippet, således at substansen i patientens ret påvirkes.
- 17 Den regionale sygeforsikringskasse har modsat sig forelæggelsen for Domstolen, idet den mener, at den fortolkning, som AF har foreslået, ikke indeholder nye aspekter. I denne forbindelse har den regionale sygeforsikringskasse henvist til Petru-dommen og Luca-kendelsen.
- 18 Med hensyn til fortolkningen af artikel 7, stk. 2, i direktiv 2011/24, set ud fra perspektivet vedrørende muligheden for, at patientens oprindelsesmedlemsstat lader den efterfølgende refusion af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser være betinget af en medicinsk vurdering, der på obligatorisk vis i praksis udgøres af en henvisning til indlæggelse, idet enhver anden form for lægeerklæring, der beviser vurderingen, er udelukket, har den regionale sygeforsikringskasse anført, at Domstolen i forbindelse med fortolkningen af forordning nr. 1408/71 har truffet flere afgørelser, hvor der sondres mellem planlagt hospitalsbehandling (dommen i sagen Vanbraekel m.fl., Petru-dommen, Elchinov-dommen og Watts-dommen) og ikke-planlagt hospitalsbehandling (IKA-dommen, Keller-dommen og dommen i sagen Kommissionen mod Spanien). Med hensyn til kravet om forhåndstilladelse – i det omfang en sådan tilladelse er begrundet i behovet for at sikre, at der på den pågældende

medlemsstats område er en tilstrækkelig og vedvarende adgang til et afbalanceret udbud af hospitalsydelser af høj kvalitet, at styre omkostningerne og i videst muligt omfang at undgå ethvert spild af økonomiske, tekniske og menneskelige ressourcer – har Domstolen allerede udtalt sig i dommen i sagen Smits og Peerbooms, dommen i sagen Müller-Fauré og van Riet, Stamatelaki-dommen og dommen i sagen Vanbraekel m.fl.

Kort fremstilling af begrundelsen for forelæggelsen

- 19 Den forelæggende ret har anført, at den skal tage stilling til AF's appel ved at afsige en endelig dom, som i henhold til national ret ikke længere kan appelleres som omhandlet i artikel 267 TEUF.
- 20 Den forelæggende ret har først og fremmest konstateret, at selv om AF's forsøg i begyndelsen af april på at indgive en anmodning om udstedelse af blanket E 112 udgør en godtgjort faktisk omstændighed, er afslaget på at registrere denne anmodning ikke relevant, eftersom spørgsmålet i det foreliggende tilfælde omfatter lovligheden af forvaltningsakter udstedt efter datoen for gennemførelsen af det grænseoverskridende medicinske indgreb og for betalingen af de respektive udgifter.
- 21 Vedrørende anbringendet om, at den medicinske behandling, som AF modtog, burde indgå blandt de grunddydelser, som refunderes af Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (den samlede nationale sygeforsikringsfond, Rumænien, herefter »den nationale fond«), hvilken fond er indført ved dekret nr. 397/836/2018, har den forelæggende ret – uden at være i stand til at udtale sig med vished om dette lovlighedsaspekt på dette trin i proceduren – anført, at dens undersøgelser har vist elementer, der synes at modsige den regionale sygeforsikringskasses synspunkt, som appeldomstolen derimod tiltrådte, ifølge hvilket de sundhedsydelser, som AF modtog, ikke indgår blandt de grunddydelser, som refunderes af den nævnte fond. Den forelæggende ret har baseret denne konstatering på bl.a. det forhold, at fortegnelsen i det nævnte dekret, som netop anført af de sagsøgte, nu kassationsindstævnte (herefter »de kassationsindstævnte«), udgør en fortegnelse over diagnosegrupper, og at *behandlingsmetoden eller den medicinske behandlingsteknik ikke er nævnt som sådanne i den nationale lovgivning*, som regulerer levering af sundhedsydelser inden for Rumæniens sygeforsikringsystem.
- 22 Efter den forelæggende rets opfattelse skal der i forbindelse med afklaring af dette aspekt også tages hensyn til domskonklusionens nr. 3 i Elchinov-dommen og 34. betragtning til direktiv 2011/24.
- 23 Såfremt det efter afgørelsen om dette anbringende skal konkluderes, at den medicinske behandling, som AF modtog, indgår blandt de grunddydelser, som refunderes af den rumænske stats nationale fond, er de [præjudicielle] spørgsmål relevante for bilæggelsen af sagen.

- 24 **Det første spørgsmål** vedrører (i) betingelsen om, at der kræves en vurdering udelukkende foretaget af en læge inden for det statslige sundhedssystem (og ikke fra det private sundhedsvæsen i den pågældende stat), og (ii) den formelle betingelse om udstedelse af en henvisning til indlæggelse fra patientens oprindelsesmedlemsstat, selv om ydelsen leveres i en anden medlemsstat.
- 25 I forbindelse med analysen af den første betingelse, som ifølge de kassationsindstævnte er tilladt i henhold til artikel 7, stk. 7, i direktiv 2011/24, har den forelæggende ret indledningsvis erindret om Domstolens konklusioner i Stamatelaki-dommens præmis 23, 30 og 34-37, og konstateret, at pålæggelsen af denne formelle betingelse i alle tilfælde, uden en objektiv begrundelse eller uden nogen form for kritisk vurdering af lægeerklæringens kvalitet, synes at være uforholdsmæssig i forhold til formålet om at sikre den sociale sikringsordnings økonomiske ligevægt.
- 26 Domstolens udtalelser i præmis 40, 44, 45, 47, 51-53 og 55 i dommen i sagen Casa Națională de Asigurări de Sănătate og Casa de Asigurări de Sănătate Constanța fører til samme konklusion, henset til, at den omhandlede betingelse synes at gå ud over kravene i artikel 20 i forordning nr. 883/2004.
- 27 Med hensyn til den anden betingelse, som ifølge den regionale sygeforsikringskasse er tilladt i henhold til artikel 7, stk. 7, i direktiv 2011/24, mens AF har gjort gældende, at den ikke er fastsat i direktivet, og at den er umulig at opfylde i praksis, finder den forelæggende ret, at der er alvorlige vanskeligheder med at begrunde relevansen af at opretholde denne betingelse om udstedelse af forhåndstilladelse (udstedelse af en henvisning til indlæggelse ifølge den nationale lovgivning), for så vidt som indlæggelsen åbenbart ikke sker i en hospitalsinstitution i medlemsstaten, og henvisningen til indlæggelse som sådan heller ikke er nødvendig med henblik på indlæggelse i bestemmelsesmedlemsstaten.
- 28 For at fastlægge, hvorvidt beslutningen om i henhold til artikel 22 i forordning nr. 1408/71 at nægte at udstede en nødvendig tilladelse var grundet, skal den forelæggende ret vurdere et element bestående i det i den nationale lovgivning fastsatte krav om, at AF skulle have været i besiddelse af en henvisning til indlæggelse. Efter den forelæggende rets opfattelse synes pålæggelsen af en så streng formel betingelse under de i den foreliggende sag konkrete omstændigheder – hvor der også er rejst spørgsmål om, hvorvidt den nationale bestemmelse, ifølge hvilken en sådan lægelig udtalelse ikke kan udstedes af en læge uden for det nationale sygeforsikringssystem, er forenelig med EU-retten – at gå ud over bestemmelserne i artikel 20 i forordning nr. 883/2004.
- 29 Med henvisning til dels 8. og 43. betragtning til samt artikel 7, stk. 1 og 4, og artikel 8, stk. 1, i direktiv 2011/24, dels Veselības ministrija-dommens præmis 72-77 hersker der ifølge den forelæggende ret tvivl om, hvorvidt der findes en rimelig begrundelse for denne anden betingelse.

- 30 **Det andet [præjudicielle] spørgsmål** er relevant for bilæggelsen af sagen, såfremt den forelæggende ret efter vurderingen af de i sagen fremsatte argumenter kan konstatere, dels at nægtelsen af at udstede forhåndstilladelsen var grundet og lovlig, dels at den medicinske behandling, som AF modtog, indgår blandt de grundtydelser, som refunderes af den nationale fond.
- 31 Efter de kassationsindstævntes opfattelse udgør bestemmelserne i gennemførelsesbestemmelsernes artikel 4, som fastsætter loftet for refusionsbeløbet, ikke yderligere betingelser, der fører til at nægte eller påvirke substansen i retten til refusion, sådan som AF derimod har gjort gældende, selv om dette loft indebærer en nedsættelse af refusionsbeløbet. Disse bestemmelser gennemfører artikel 7, stk. 4, i direktiv 2011/24, under hensyntagen til, at det er normalt at anvende en beregningsalgoritme. Derfor skal en patient, der er forsikret i Rumæniens sygeforsikringssystem, ifølge sædvanlig praksis modtage refusion af udgifter til de sundhedsydelse, som denne har modtaget på en anden medlemsstats område, på det samme niveau som de udgifter, som refunderes for sundhedsydelse leveret på Rumæniens område. Denne begrænsning er ganske vist drastisk, men er tilladt i henhold til EU-retten og rimelig, fordi den er begrundet ud fra *tvungene almene hensyn vedrørende folkesundheden*.
- 32 AF har gjort gældende, at selv om medlemsstaten har beføjelse til at begrænse refusionsbeløbet, kan denne beføjelse ikke medføre, at patientens ret mister sit indhold.
- 33 Selv om de kassationsindstævnte har gjort gældende, at den medicinske behandling, som AF modtog, ikke refunderes inden for det nationale system, og at de derfor ikke foretog en konkret beregning af udgifterne til denne behandling, nævner flere dokumenter, som er udarbejdet af de kassationsindstævnte og indgivet til sagsakterne, beløb mellem 1 367 og 4 618 rumænske lei (RON) for år 2018. Ifølge beviserne i sagsakterne afholdt AF imidlertid udgifter på 13 069 EUR (ca. 60 000 RON ifølge den vekselkurs, som Banca Națională a României (Den Rumænske Nationalbank) anvendte i maj 2018).
- 34 Den forelæggende ret har anført, at såfremt det efter vurderingen af beviserne fastlægges, at AF ifølge den nationale lovgivning og EU-rettens principper i rimelig tid, under lignende betingelser, og uden at hans liv eller helbredelse blev bragt i fare, burde og kunne have opnået den forhåndstilladelse, der er nødvendig i henhold til artikel 8 i direktiv 2011/24, skal den forelæggende ret undersøge, om den nationale bestemmelse er forenelig med EU-retten, såfremt den fastsætter en beregningsformel, som væsentligt begrænser refusionsbeløbet i forhold til de af den forsikrede faktisk afholdte udgifter.
- 35 Med henvisning til dels Domstolens udtalelser i Luca-kendelsens præmis 29 og Elchinov-dommens præmis 80, dels 5., 7., 21. og 22. betragtning til samt artikel 5, litra b), og artikel 7, stk. 3, i direktiv 2011/24 har den forelæggende ret anført, at den med det andet præjudicielle spørgsmål nærmere bestemt ønsker oplyst, hvorvidt den i den nationale lovgivning fastsatte metode til at beregne refusionen

af udgifter til sundhedsydelser er i overensstemmelse med pligten i direktivets artikel 5, litra b), og implicit, i tilfælde af manglende opfyldelse af betingelserne for udstedelse af forhåndstilladelse, hvorvidt afslag på refusion såvel som bevilling af en urimelig lav refusion i forhold til det af den forsikrede faktisk betalte beløb er i overensstemmelse med proportionalitetsprincippet, ud fra den forudsætning, at den forsikrede mangler reelle oplysninger om det beløb, som denne kan forvente at få refunderet.

ARBEJDSDOKUMENT