

Processo C-489/23**Resumo do pedido de decisão prejudicial em aplicação do artigo 98.º, n.º 1, do Regulamento de Processo do Tribunal de Justiça****Data de entrada:**

1 de agosto de 2023

Órgão jurisdicional de reenvio:

Înalta Curte de Casație și Justiție (Tribunal Superior de Cassação e Justiça, Roménia)

Data da decisão de reenvio:

27 de março de 2023

Recorrente em primeira instância e em cassação:

AF

Recorridos em primeira instância e em cassação:

Governo Romeno

Ministerul Sănătății (Ministério da Saúde)

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

Objeto do processo principal

Recurso interposto pelo recorrente AF contra o Guvernul României (Governo Romeno), o Ministerul Sănătății (Ministério da Saúde, Roménia) e a Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (Caixa Distrital de Seguro de Doença de Mureș, Roménia, a seguir também «CJAS») do Acórdão em matéria civil de 30 de dezembro de 2019, através do qual a Curtea de Apel Târgu Mureș (Tribunal de Recurso de Târgu Mureș, Roménia) julgou improcedente o recurso que interpôs para a anulação de algumas disposições da Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 (Decisão do Governo n.º 304/2014), a anulação das decisões de indeferimento do reembolso e o reembolso do montante de 13 069 euros que corresponde ao valor pago por AF pelos serviços de saúde de que beneficiou numa clínica na Alemanha.

Objeto e fundamento jurídico do pedido de decisão prejudicial

Pede-se, ao abrigo do artigo 267.º TFUE, a interpretação dos artigos 49.º e 56.º TFUE, do artigo 7.º, n.º 7, da Diretiva 2011/24/UE, do artigo 22.º, n.º 1, alínea c), do Regulamento (CEE) n.º 1408/71, bem como do princípio da livre circulação dos doentes e dos serviços, do princípio da eficiência e do princípio da proporcionalidade.

Questões prejudiciais

1. Devem os artigos 49.º e 56.º TFUE, bem como o artigo 7.º, n.º 7, da Diretiva 2011/24/UE ser interpretados no sentido de que se opõem a uma legislação que determina que o reembolso das despesas efetuadas pela pessoa abrangida pelo regime de seguro obrigatório no Estado-Membro de residência fica automaticamente sujeito a uma avaliação médica efetuada por um profissional de saúde que presta serviços de saúde no âmbito do regime de seguro de doença público desse Estado e à subsequente emissão de um pedido de internamento hospitalar por esse profissional, não sendo permitido apresentar documentos médicos equivalentes emitidos por estabelecimentos médicos privados, ainda que o internamento hospitalar tenha sido efetuado e o serviço de saúde tenha sido prestado num Estado-Membro diferente do Estado-Membro de residência da pessoa segurada?

2. Devem os artigos 49.º e 56.º TFUE, o artigo 22.º n.º 1, alínea c), do Regulamento n.º 1408/71, os princípios da livre circulação de doentes e de serviços, bem como o princípio da eficiência e o princípio da proporcionalidade ser interpretados no sentido de que se opõem a uma legislação nacional que, no caso de não ter sido obtida a autorização prévia, fixa o montante dos serviços que devem ser pagos ao nível dos custos que teriam sido suportados pelo Estado-Membro de residência se a assistência médica tivesse sido prestada no seu território, através de uma fórmula de cálculo que limita de forma significativa o montante da indemnização relativamente às despesas efetivamente suportadas pelo segurado no Estado-Membro que prestou os serviços médicos em questão?

Disposições de direito da União e jurisprudência da União invocadas

Artigos 49.º e 56.º TFUE

Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços; artigo 7.º

Regulamento (CEE) n.º 1408/71 do Conselho, de 14 de junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade; artigo 22.º

Regulamento (CE) n.º 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social; artigos 1.º e 2.º

Acórdão de 9 de outubro de 2014, Petru (C-268/13), Despacho de 11 de julho de 2013, Luca (C-430/12), Acórdão de 12 de julho de 2001, Vanbraekel e o. (C-368/98), Acórdão de 5 de outubro de 2010, Elchinov (C-173/09), Acórdão de 16 de maio de 2006, Watts (C-372/04), Acórdão de 25 de fevereiro de 2003, IKA (C-326/00), Acórdão de 12 de abril de 2005, Keller (C-145/03), Acórdão de 15 de junho de 2010, Comissão/Espanha (C-211/08), Acórdão de 12 de julho de 2001, Smits e Peerbooms (C-157/99), Acórdão de 13 de maio de 2003, Müller-Fauré e van Riet (C-385/99), Acórdão de 19 de abril de 2007, Stamatelaki (C-444/05), Acórdão de 6 de outubro de 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate e Casa de Asigurări de Sănătate Constanța (C-538/19) e Acórdão de 29 de outubro de 2020, Veselības ministrija (C-243/19)

Disposições de direito nacional invocadas

Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (Decisão do Governo n.º 304/2014 que aprova as regras metodológicas relativas aos cuidados de saúde transfronteiriços):

- o artigo 3.º, n.º 1, alínea b), subalínea i), das regras metodológicas que figuram em anexo à decisão do Governo, segundo as quais, mediante pedido por escrito da pessoa segurada, acompanhado de documentos comprovativos, a caixa de seguro de doença reembolsa os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços prestados no território de um Estado-Membro da União Europeia e pagos pela pessoa segurada, desde que, nomeadamente, os referidos cuidados de saúde tenham sido prestados na sequência de uma avaliação médica efetuada por um profissional de saúde que preste serviços de saúde no sistema de seguro de saúde romeno que se tenha concluído com a emissão de um pedido de internamento hospitalar;

- o artigo 3.º, n.º 2, das regras metodológicas, que estabelece, em substância, que, por «documentos comprovativos» previstos no n.º 1, se entende qualquer documento médico, incluindo um pedido de internamento hospitalar, do qual resulte que a pessoa segurada beneficiou de serviços de saúde, [documento que deve ser] datado e assinado pelo profissional de saúde que o emitiu, bem como documentos relativos ao pagamento dos quais resulte que os serviços de saúde foram pagos na totalidade pela pessoa segurada;

- o artigo 3.º, n.º 4, das regras metodológicas, nos termos do qual, se o disposto no n.º 3 tiver sido respeitado, a caixa de seguro de doença elabora a nota de cálculo relativa ao reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços utilizando o modelo de nota de cálculo previsto no anexo n.º 3;

- o artigo 4.º das regras metodológicas, segundo o qual, em substância, o reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços previsto no artigo 3.º, n.º 1, é efetuado ao nível dos custos pagos pelos serviços de saúde prestados no território da Roménia.

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 (Decreto do Ministério da Saúde e da Casa Națională de Asigurări de Sănătate n.º 397/836/2018, relativo à aprovação das regras metodológicas aplicáveis em 2018 da Decisão do Governo n.º 140/2018 para a aprovação dos serviços prestados e do contrato-quadro que rege as condições de prestação de cuidados de saúde, medicamentos e dispositivos médicos no âmbito do sistema de seguro de saúde para 2018 e 2019)

Apresentação sucinta dos factos e do processo principal

- 1 Em 8 de março de 2018, AF foi diagnosticado com adenocarcinoma da próstata, conforme resulta do certificado médico emitido pela Clínica de Urologie și Andrologie Endoplus (Clínica de Urologia e Andrologia Endoplus) de Cluj-Napoca (Roménia), segundo o qual foi recomendada uma prostatectomia radical a realizar por laparoscopia tradicional ou por cirurgia robótica.
- 2 AF foi informado de que havia a possibilidade de efetuar uma intervenção cirúrgica com o robot DaVinci (prostatectomia radical assistida por robot), intervenção que apresenta vantagens para a saúde e posterior recuperação do doente em relação à operação clássica de prostatectomia radical, tendo a recomendação do médico sido nesse sentido. Além disso, AF foi informado de que existia um robot DaVinci no hospital público de Cluj-Napoca (Roménia) que, porém, não estava a funcionar porque, à data, não tinham sido adquiridos os materiais consumíveis necessários para o seu funcionamento; por este motivo, AF foi informado de que tinha a possibilidade de realizar a operação em questão em regime de saúde privado, numa clínica em Braşov (Roménia), por um custo aproximado de 13 000 euros.
- 3 Como já tinham decorrido cerca de quatro meses desde o estabelecimento do diagnóstico, AF decidiu submeter-se ao tratamento com os mesmos custos num centro com grande experiência, dedicado exclusivamente à patologia em questão, num hospital na Alemanha.
- 4 A fim de efetuar o tratamento no estrangeiro, AF enviou à CJAS um pedido de emissão do formulário E 112, nos termos do Regulamento n.º 1408/71, mas o seu pedido não foi admitido.

- 5 Paralelamente ao procedimento acima referido, na sequência de correspondência trocada com a clínica na Alemanha, foi-lhe dada a possibilidade de beneficiar da intervenção cirúrgica em questão em 9 de maio de 2018, dado que outro paciente tinha cancelado a reserva para essa data. Caso contrário, AF ainda teria de esperar cerca de oito semanas depois de recebida a aprovação da CJAS para organizar um novo agendamento [da intervenção cirúrgica].
- 6 A fim de reservar a data de 9 de maio de 2018 para a realização da intervenção cirúrgica, AF efetuou o seu pagamento a em 24 de abril de 2018. A cirurgia teve lugar na data agendada, na Alemanha, e o internamento foi marcado para o período compreendido entre 9 de maio de 2018 e 14 de maio de 2018.
- 7 Posteriormente ao pagamento acima referido, e tendo em conta a recusa da CJAS em admitir o seu pedido, AF decidiu avançar com o pedido à CJAS por via postal, por carta registada com aviso de receção e, em 17 de maio de 2018, foi-lhe comunicado que o seu pedido não tinha sido apresentado de acordo com o formulário-tipo e que não continha todos os documentos necessários.
- 8 Quando regressou à Roménia, AF pediu à CJAS o pagamento do montante pago na Alemanha, invocando o Regulamento n.º 1408/71 e o Acórdão Elchinov.
- 9 A CJAS, além de indeferir o pedido de pagamento, afirmou que o formulário E 112 devia ter sido emitido antes da partida do beneficiário e que, para efeitos de reembolso desse montante, era necessário seguir o procedimento previsto na Decisão do Governo n.º 304/2014.
- 10 AF sustenta que seguiu esse procedimento, todavia, sem sucesso. Assim, em 5 de setembro de 2018, AF pediu à CJAS a restituição do montante de 13 069 euros, que corresponde ao custo dos serviços de saúde pagos à clínica na Alemanha, tendo apresentado, simultaneamente, todos os documentos necessários, exceto o pedido de internamento hospitalar emitido por um profissional de saúde que preste serviços de saúde no sistema de seguro de doença da Roménia.
- 11 Em 1 de outubro de 2018, esse pedido foi indeferido com o fundamento de que não apresentara prova de uma avaliação médica efetuada na Roménia que concluísse com um pedido de internamento hospitalar.
- 12 Neste contexto, AF interpôs na Curtea de Apel Târgu Mureș (Tribunal de Recurso de Târgu Mureș) um recurso pedindo a anulação das disposições relativas às condições de reembolso do custo dos serviços de saúde e das disposições respeitantes ao modo de cálculo do reembolso do custo dos cuidados de saúde previsto nas regras metodológicas e a anulação das decisões de indeferimento, com o conseqüente reembolso do montante de 13 069 euros correspondente ao custo dos serviços de saúde pagos na Alemanha.
- 13 Na fundamentação do seu recurso, AF alegou que as disposições impugnadas constituem uma transposição errada da Diretiva 2011/24, dado que violam o princípio do primado do direito da União, mais precisamente o artigo 56.º TFUE e

o Regulamento n.º 1408/71, conforme interpretados pelo Tribunal de Justiça no Acórdão Elchinov, bem como o Regulamento n.º 883/2004, na medida em que excluem, em qualquer caso, o reembolso das despesas efetuadas com tratamentos hospitalares prestados sem autorização prévia noutro Estado-Membro.

- 14 AF sustentou que o seu pedido de reembolso tinha sido ilegalmente indeferido, que preenchia as condições de concessão previstas no formulário E 112 e que o facto de o tratamento e o pagamento dos serviços terem sido efetuados antes de a recorrida examinar o seu pedido de concessão do formulário não podia ter por efeito comprometer o seu direito subjetivo.
- 15 Na sequência da improcedência do referido recurso, AF interpôs recurso no órgão jurisdicional de reenvio, o Înalta Curte de Casație și Justiție (Tribunal Superior de Cassação e Justiça, Roménia), que decidiu submeter ao Tribunal de Justiça um pedido de decisão prejudicial.

Argumentos essenciais das partes no processo principal

- 16 AF pede que seja submetido um pedido de decisão prejudicial ao Tribunal de Justiça, uma vez que, na sua opinião, a legislação nacional impõe condições que não estão previstas no texto da diretiva e que são impossíveis de realizar na prática. Além disso, ainda que para o pagamento de uma prestação de saúde concedida no território da Roménia seja necessário apresentar a prova de um pedido de internamento hospitalar, tal condição é incompatível com o direito reconhecido pela diretiva porque, no caso de o tratamento ser efetuado noutro Estado-Membro, não se coloca a questão do pedido de internamento hospitalar, dado que é apenas necessária a avaliação médica efetuada por um médico especialista. Ademais, embora o direito da União reconheça a possibilidade de o Estado-Membro limitar o montante pago, a forma como a legislação nacional o faz viola o princípio da proporcionalidade, prejudicando assim a essência do direito do doente.
- 17 A CJAS opõe-se a que seja submetido um pedido de decisão prejudicial ao Tribunal de Justiça, pois considera que a interpretação solicitada por AF não apresenta um elemento de novidade. Refere, a este respeito, o Acórdão Petru e o Despacho Luca.
- 18 No que diz respeito à interpretação do artigo 7.º, n.º 2, da Diretiva 2011/24, quanto à possibilidade de o Estado de origem do doente sujeitar o reembolso posterior do custo da prestação de saúde transfronteiriça a uma avaliação médica concretizada de forma taxativa num pedido de internamento hospitalar, com exclusão de qualquer outro tipo de documento médico comprovativo da avaliação, a CJAS afirma que, ao interpretar o Regulamento n.º 1408/71, o Tribunal de Justiça proferiu numerosos acórdãos em que estabelece uma distinção entre cuidados hospitalares agendados (Acórdãos Vanbraekel e o., Petru, Elchinov e Watts) e cuidados hospitalares não agendados (Acórdãos IKA, Keller e Comissão/Espanha). No que respeita à exigência de autorização prévia - na

medida em que esta é justificada pela necessidade de assegurar um acesso suficiente e contínuo a uma oferta equilibrada de cuidados médicos de qualidade no Estado em questão, de garantir o controlo dos custos e de evitar o desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos - o Tribunal de Justiça pronunciou-se no Acórdão Smits e Peerbooms, no Acórdão Müller Fauré e van Riet, no Acórdão Stamatelaki e no Acórdão Vanbraekel e o.

Apresentação sucinta da fundamentação do pedido de decisão prejudicial

- 19 O órgão jurisdicional de reenvio afirma que, para decidir o recurso que lhe foi submetido por AF, deverá proferir uma sentença definitiva que não é, nos termos do direito nacional, suscetível de recurso, nos termos do artigo 267.º TFUE.
- 20 O referido órgão jurisdicional considera, por um lado, que, embora a tentativa de AF de apresentar um pedido para obtenção do formulário E 112 no início de abril constitua facto provado, a recusa de registo do pedido não é relevante porque o que está em causa no presente processo é a legalidade dos atos administrativos emitidos após a data em que teve lugar a intervenção médica transfronteiriça e em que foram pagos os custos da mesma.
- 21 No que respeita ao fundamento de recurso relativo à inclusão do tratamento médico a que AF foi sujeito na oferta de serviços de base pagos pelo Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (Fundo nacional único de previdência social, Roménia; a seguir «Fundo nacional») previsto no Decreto n.º 397/836/2018, o órgão jurisdicional de reenvio afirma que, sem se poder pronunciar com certeza sobre o referido aspeto da legalidade nesta fase do processo, resultam das suas investigações elementos que parecem contradizer as posições da CJAS, aceites pela Curtea de Apel (Tribunal de Recurso, Roménia), segundo as quais a intervenção médica a que AF foi submetido não está incluída na oferta de serviços de base pagos pelo referido fundo. Esta conclusão do órgão jurisdicional de reenvio baseia-se, designadamente, no facto de a lista que figura no decreto acima mencionado constituir, segundo as afirmações dos recorridos em primeira instância e em cassação (a seguir «recorridos»), uma lista de categorias de diagnóstico e *o método ou a técnica médica de tratamento não estarem mencionados enquanto tais na legislação nacional* que regula a concessão de cuidados de saúde no âmbito do regime de seguro de doença da Roménia.
- 22 O órgão jurisdicional de reenvio considera que, para decidir sobre este aspeto, se deve tomar em consideração o ponto 3 do dispositivo do Acórdão Elchinov e o considerando 34 da Diretiva 2011/24.
- 23 Na hipótese de, na sequência da decisão sobre o referido fundamento de recurso, se considerar que o tratamento médico a que AF foi submetido está incluído na oferta de serviços de base pagos pelo Fondul național do Estado Romeno, então, as questões [prejudiciais] têm uma ligação com a resolução do litígio.

- 24 **A primeira questão** apresentada diz respeito à i) condição de que tenha sido efetuada uma avaliação exclusivamente por um médico do sistema de saúde do Estado (e não do sistema de saúde privado do Estado em questão) e à ii) condição formal de que tenha sido emitido um pedido de internamento hospitalar por parte do Estado de onde o doente é oriundo, ainda que o serviço seja prestado noutro Estado-Membro.
- 25 Na análise da primeira questão, relativamente à qual os recorridos alegaram que é permitida pelo artigo 7.º, n.º 7, da Diretiva 2011/24, o órgão jurisdicional de reenvio recorda, antes de mais, o que é declarado pelo Tribunal de Justiça nos n.ºs 23, 30 e 34 a 37 do Acórdão Stamatelaki e constata que a imposição da referida condição formal, em qualquer caso e sem uma justificação objetiva ou subsumida num determinado tipo de apreciação crítica da qualidade do documento médico, se afigura desproporcionada em relação ao objetivo de assegurar o equilíbrio financeiro do sistema de segurança social.
- 26 As declarações do Tribunal de Justiça constantes dos n.ºs 40, 44, 45, 47, 51-53 e 55 do Acórdão Casa Națională de Asigurări de Sănătate e Casa de Asigurări de Sănătate Constanța conduzem igualmente a esta conclusão, visto que a condição acima mencionada parece exceder os requisitos do artigo 20.º do Regulamento n.º 883/2004.
- 27 No que respeita à segunda condição, em relação à qual a CJAS afirma que é permitida pelo artigo 7.º, n.º 7, da Diretiva 2011/24, ao passo que AF alega que não está prevista na diretiva e que é impossível, na prática, preenchê-la, o órgão jurisdicional de reenvio alega que existem sérias dificuldades em justificar a pertinência da manutenção de tal condição para a concessão da autorização prévia (deferimento de um pedido de internamento hospitalar nos termos do direito nacional) quando, manifestamente, o internamento hospitalar não tem lugar num estabelecimento hospitalar do Estado-Membro e esse pedido de internamento hospitalar, enquanto tal, não serve o objetivo de internamento hospitalar nem sequer no Estado-Membro de destino.
- 28 A fim de demonstrar a justeza da recusa de concessão da autorização necessária nos termos do artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71, um elemento que deve ser objeto da apreciação do órgão jurisdicional de reenvio é o requisito imposto pela legislação nacional da existência do pedido de internamento hospitalar concedido enquanto tal a AF. Ora, segundo o órgão jurisdicional de reenvio, a imposição de uma tal condição estritamente formal, nas circunstâncias do caso em apreço, em que é igualmente posta em causa a conformidade da legislação nacional que exclui a elaboração de um relatório de avaliação médica por um médico que não pertence ao sistema nacional do seguro de saúde, parece impor uma condição que vai além do previsto no artigo 20.º do Regulamento n.º 883/2004.
- 29 O órgão jurisdicional acima referido considera, fazendo referência, por um lado, aos considerandos 8 e 43, bem como aos artigos 7.º, n.ºs 1 e 4, e 8.º, n.º 1, da Diretiva 2011/24 e, por outro lado, aos n.ºs 72 a 77 do Acórdão Veselības

ministrija, que subsistem d vidas quanto ao facto de a segunda condi o em análise ser razoavelmente justificada.

- 30 No que diz respeito   **segunda questão [prejudicial]**, a liga o desta questão com a resolu o do litígio verifica-se na hipótese de o órgão jurisdiccional de reenvio constatar, na sequência da aprecia o dos argumentos do processo, por um lado, que a recusa de concessão da autoriza o prévia era justificada e legal e, por outro, que o tratamento médico a que AF foi submetido estava incluído na oferta de serviços de base pagos pelo Fundo nacional.
- 31 Na opinião dos recorridos, as disposi es do artigo 4.  das regras metodológicas que fixam o limite máximo do montante reembolsado não constituem condi es suplementares que conduzam a uma recusa ou que afetem a essência do direito ao reembolso, como alega a AF, mesmo que esse limite máximo conduza a uma redu o do montante a reembolsar. As referidas disposi es constituem, em seu entender, a transposi o do artigo 7. , n.  4, da Diretiva 2011/24, uma vez que   normal que exista um algoritmo de cálculo. Por conseguinte, de acordo com a prática habitual, no caso de um doente segurado ao abrigo do regime de seguro de doença da Roménia, o reembolso dos custos dos cuidados de saúde de que esse doente beneficia no território de outro Estado-Membro deve ser efetuado ao nível dos custos pagos pelos cuidados de saúde prestados no território da Roménia. Esta limita o, ainda que drástica,   permitida pelo direito da União e   razoável, porque   justificada por *razões de interesse geral relacionadas com a saúde pública*.
- 32 AF alega que, embora seja reconhecido o direito do Estado-Membro de limitar o montante pago, este direito não pode ter por efeito privar de conteúdo o direito do paciente.
- 33 Embora os recorridos tenham declarado que o tratamento médico a que AF foi submetido não beneficia de pagamento no sistema nacional e tenham evitado fazer um cálculo concreto dos custos desse tratamento, foram mencionados em vários documentos dos recorridos e nos autos figuram montantes que oscilam entre 1 367 leus romenos (RON) e 4 618 leus romenos (RON) relativamente ao ano de 2018. Ora, de acordo com as provas dos autos, AF incorreu num custo de 13 069 euros [cerca de 60 000 leus romenos (RON) segundo a taxa de câmbio do Banca Na ional  a Rom niei (Banco Nacional da Roménia) aplicável em maio de 2018].
- 34 O  rg o jurisdiccional de reenvio observa que, na hipótese de se considerar, na sequência da aprecia o das provas, do direito nacional e dos princípios do direito da União, que AF devia e podia obter, num prazo razoável e sem pôr em perigo a sua vida ou a sua recupera o em condi es análogas, a autoriza o prévia imposta pelo artigo 8.  da Diretiva 2011/24, o mesmo deverá examinar a conformidade da disposi o nacional que estabelece uma fórmula de cálculo que limita significativamente o montante da indemniza o em rela o aos custos efetivamente suportados pelo segurado.

- 35 Recordando o que foi proferido pelo Tribunal de Justiça no n.º 29 do Despacho Luca e no n.º 80 do Acórdão Elchinov, bem como os considerandos 5, 7, 21 e 22, o artigo 5.º, alínea b), e o artigo 7.º, n.º 3, da Diretiva 2011/24, o órgão jurisdicional de reenvio afirma que, com a sua segunda questão prejudicial, pretende determinar se o método de cálculo do pagamento dos cuidados de saúde regulado pela legislação nacional respeita a obrigação imposta pelo artigo 5.º, alínea b), da diretiva e, implicitamente, em caso de incumprimento das condições de concessão da autorização prévia, se a recusa do reembolso ou o reembolso numa proporção irrisória do montante efetivamente pago pelo segurado respeitam o princípio da proporcionalidade, partindo do pressuposto de que o segurado não dispõe de informações concretas quanto ao montante que poderia ter sido reembolsado.