

**Byla C-489/23****Prašymo priimti prejudicinį sprendimą santrauka pagal Teisingumo Teismo procedūros reglamento 98 straipsnio 1 dalį****Gavimo data:**

2023 m. rugpjūčio 1 d.

**Prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas:**

*Înalta Curte de Casație și Justiție* (Rumunija)

**Sprendimo dėl prašymo priimti prejudicinį sprendimą priėmimo data:**

2023 m. kovo 27 d.

**Ieškovė ir kasatorė:**

AF

**Atsakovės ir kita kasacinio proceso šalys:**

*Guvernul României*

*Ministerul Sănătății*

*Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș*

**Pagrindinės bylos dalykas**

Ieškovo AF pateiktas kasacinis skundas *Guvernul României* (Rumunijos vyriausybė), *Ministerul Sănătății* (Sveikatos apsaugos ministerija, Rumunija) ir *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș* (Mureș rajono sveikatos draudimo kasa, Mureș, Rumunija) (toliau – CJAS) dėl 2019 m. gruodžio 30 d. sprendimo civilinėje byloje, kuriuo *Curtea de Apel Târgu Mureș* (Târgu Mureș apeliacinis teismas, Rumunija) atmetė jo ieškinį, kuriuo prašoma panaikinti tam tikras *Hotărârea Guvernului* Nr. 304/2014 (Vyriausybės nutarimas Nr. 304/2014) nuostatas, panaikinti sprendimus, kuriais atsisakyta kompensuoti išlaidas ir kompensuoti 13 069 EUR sumą, kuri yra AF sumokėtas atlygis už sveikatos priežiūros paslaugas, gautas klinikoje Vokietijoje.

## **Prašymo priimti prejudicinį sprendimą dalykas ir teisinis pagrindas**

Remiantis SESV 267 straipsniu, prašoma išaiškinti SESV 49 ir 56 straipsnius, Direktyvos 2011/24/ES 7 straipsnio 7 dalį, Reglamento (EEB) Nr. 1408/71 22 straipsnio 1 dalies c punktą, taip pat laisvo pacientų ir paslaugų judėjimo principą, veiksmingumo ir proporcingumo principus.

## **Prejudiciniai klausimai**

1. Ar SESV 49 ir 56 straipsniai bei Direktyvos 2011/24/ES 7 straipsnio 7 dalis turi būti aiškinami taip, kad pagal juos draudžiami teisės aktai, pagal kuriuos gyvenamosios vietos valstybėje narėje privalomai apdrausto asmens patirtų išlaidų kompensavimas automatiškai priklauso nuo to, ar sveikatos priežiūros specialistas, teikiantis sveikatos priežiūros paslaugas pagal šios valstybės sveikatos draudimo sistemą, atliko medicininį vertinimą ir ar šis specialistas vėliau pateikė prašymą dėl gydymo ligoninėje, ir neleidžiama pateikti lygiaverčių medicininių dokumentų, išduotų privačių medicinos įstaigų, net ir tuo atveju, kai buvo gydyta ligoninėje ir sveikatos priežiūros paslaugos buvo suteiktos ne apdraustojo gyvenamosios vietos valstybėje narėje?

2. Ar SESV 49 ir 56 straipsniai, Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 1 dalies c punktas, laisvo pacientų ir paslaugų judėjimo, veiksmingumo ir proporcingumo principai turi būti aiškinami taip, kad pagal juos draudžiami nacionalinės teisės aktai, pagal kuriuos tuo atveju, kai išankstinio leidimo negaunama, kompensuojamų išlaidų už paslaugas suma nustatoma atsižvelgiant į išlaidas, kurias gyvenamosios vietos valstybė narė būtų patyrusi, jei sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteiktos jos teritorijoje, taikant apskaičiavimo formulę, pagal kurią ši kompensacijos suma gerokai mažesnė nei išlaidos, kurias apdraustasis faktiškai patyrė atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugas suteikusioje valstybėje narėje?

## **Nurodytos nacionalinės teisės nuostatos ir jurisprudencija**

SESV 49 ir 56 straipsniai

2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, 7 straipsnis

1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamentas (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims, savarankiškai dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje (OL L 149, p. 2; 2004 m. specialusis leidimas lietuvių k., 5 sk., 1 t., p. 35), 22 straipsnis

2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo, 1 ir 2 straipsniai

2014 m. spalio 9 d. Sprendimas *Petru* (C-268/13), 2013 m. liepos 11 d. Nutartis *Luca* (C-430/12), 2001 m. liepos 12 d. Sprendimas *Vanbraekel ir kiti* (C-368/98), 2010 m. spalio 5 d. Sprendimas *Elchinov* (C-173/09), 2006 m. gegužės 16 d. Sprendimas *Watts* (C-372/04), 2003 m. vasario 25 d. Sprendimas *IKA* (C-326/00), 2005 m. balandžio 12 d. Sprendimas *Keller* (C-145/03), 2010 m. birželio 15 d. Sprendimas *Komisija prieš Ispaniją* (C-211/08), 2001 m. liepos 12 d. Sprendimas *Smits ir Peerbooms* (C-157/99), 2003 m. gegužės 13 d. Sprendimas *Müller-Fauré ir van Riet* (C-385/99), 2007 m. balandžio 19 d. Sprendimas *Stamatelaki* (C-444/05), 2021 m. spalio 6 d. Sprendimas *Casa Națională de Asigurări de Sănătate ir Casa de Asigurări de Sănătate Constanța* (C-538/19) ir 2020 m. spalio 29 d. Sprendimas *Veselības ministrija* (C-243/19).

### Nurodytos nacionalinės teisės nuostatos

*Hotărârea Guvernului Nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră* (Vyriausybės nutarimas Nr. 304/2014 dėl metodinių taisyklių, susijusių su tarpvalstybinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, patvirtinimo):

- Vyriausybės nutarimo priede pateiktų metodinių taisyklių 3 straipsnio 1 dalies b punkto i papunktis, pagal kurį apdraustojų rašytiniu prašymu, prie kurio pridedami patvirtinamieji dokumentai, ligonių kasa kompensuoja tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų Europos Sąjungos valstybės narės teritorijoje ir už kurias sumokėjo apdraustasis, išlaidas, jeigu, be kita ko, šios sveikatos priežiūros paslaugos buvo suteiktos po to, kai sveikatos priežiūros specialistas, teikiantis sveikatos priežiūros paslaugas pagal Rumunijos sveikatos draudimo sistemą, parengė medicininį vertinimą, dėl kurio buvo išduotas prašymas gydyti ligoninėje;
- metodinių taisyklių 3 straipsnio 2 dalis, kurioje iš esmės nurodyta, kad 1 dalyje numatyti patvirtinamieji dokumentai reiškia bet kokią medicininį dokumentą, įskaitant prašymą dėl gydymo ligoninėje, iš kurio matyti, kad apdraustasis pasinaudojo sveikatos priežiūros paslaugomis, [dokumentas, kuriame turi būti] data ir kuris pasirašytas jį išdavusio sveikatos priežiūros specialisto, taip pat mokėjimo dokumentus, iš kurių matyti, kad apdraustasis sumokėjo už visas sveikatos priežiūros paslaugas;
- metodinių taisyklių 3 straipsnio 4 dalis, pagal kurią, jei laikomasi šio straipsnio 3 dalies reikalavimų, ligonių kasa parengia atlygio už tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas kompensavimo apskaičiavimo pažymą, naudodama 3 priede pateiktą apskaičiavimo pažymos pavyzdį;
- metodinių taisyklių 4 straipsnis, pagal kurį iš esmės 3 straipsnio 1 dalyje numatytas atlygis už tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas iš esmės

kompensuojamas pagal išlaidų, sumokėtų už Rumunijos teritorijoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, dydį.

*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. 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 (Sveikatos apsaugos ministerijos ir Casa Națională de Asigurări de Sănătate (Nacionalinis sveikatos draudimo fondas) dekretas Nr. 397/836/2018 dėl Vyriausybės nutarimo Nr. 140/2018 dėl siūlomų paslaugų ir preliminariosios sutarties, reglamentuojančios sveikatos priežiūros paslaugų, vaistų ir medicinos priemonių teikimo sąlygas sveikatos draudimo sistemoje 2018-2019 m., metodinių taisyklių taikymo 2018 m. patvirtinimo)*

### **Glaustas faktinių aplinkybių ir pagrindinės bylos aprašymas**

- 1 2018 m. kovo 8 d. AF buvo diagnozuota prostatos adenokarcinoma, kaip matyti iš *Clinica de Urologie și Andrologie Endoplus* (Urologijos ir andrologijos klinika *Endoplus*), esančios Kluž-Napokoje (Rumunija), išduoto gydytojo rašto, pagal kurį rekomenduota atlikti radikalią prostatektomiją tradicinės laparoskopijos arba robotinės chirurgijos būdu.
- 2 AF buvo informuotas, kad yra galimybė atlikti operaciją, naudojant roboto padedamą radikalią prostatektomiją (*DaVinci*) – operaciją, kuri, palyginti su klasikine radikalią prostatektomijos operacija, daro teigiamą poveikį paciento sveikatai ir vėlesniam pasveikimui; tokia gydytojo rekomendacija ir buvo pateikta. Be to, AF buvo informuota, kad Kluž-Napokos (Rumunija) valstybinėje ligoninėje yra *DaVinci* robotas, tačiau jis neveikia, nes tuo metu nebuvo nupirktos jo veikimui reikalingos eksploatacinės medžiagos, todėl AF buvo pasakyta, kad yra galimybė nagrinėjama procedūrą atlikti pagal privačios sveikatos priežiūros sistemą Brašovo (Rumunija) klinikoje už apytikslę 13 000 EUR kainą.
- 3 Kadangi nuo diagnozės nustatymo jau buvo praėję apie keturis mėnesius, AF nusprendė už tą pačią kainą gydytis Vokietijos ligoninėje esančiame didelę patirtį turinčiame centre, skirtame tik aptariamai patologijai gydyti.
- 4 Siekdamas gydytis užsienyje, AF kreipėsi į CJAS su prašymu išduoti E 112 formą pagal Reglamentą Nr. 1408/71, tačiau jo prašymas nebuvo priimtas.
- 5 Tuo pat momentu, po susirašinėjimo su klinika Vokietijoje, AF buvo pasiūlyta galimybė atlikti aptariamą operaciją 2018 m. gegužės 9 d., nes kitas pacientas tos dienos vizitą atšaukė. Priešingu atveju gavus CJAS patvirtinimą AF būtų reikėję laukti apie aštuonias savaites, kad galėtų gauti naują vizitą [operacijai atlikti].

- 6 Tam, kad galėtų rezervuoti 2018 m. gegužės 9 d. datą operacijai atlikti, 2018 m. balandžio 24 d. AF už ją sumokėjo. Operacija buvo atlikta numatyta dieną Vokietijoje, o gydymo ligoninėje laikotarpis buvo nustatytas nuo 2018 m. gegužės 9 d. iki 2018 m. gegužės 14 d.
- 7 Atlikęs minėtą apmokėjimą ir atsižvelgdamas į tai, kad CJAS atsisakė priimti jo prašymą, AF nusprendė iš anksto pateikti prašymą CJAS paštu, registruotu laišku su gavimo patvirtinimu, ir 2018 m. gegužės 17 d. buvo informuotas, kad jo prašymas parengtas ne pagal standartinę formą ir kad jame nėra visų reikiamų dokumentų.
- 8 Grįžęs į Rumuniją, AF, remdamasis Reglamentu Nr. 1408/71 ir Sprendimu *Elchinov*, kreipėsi į CJAS, prašydamas sumokėti Vokietijoje sumokėtą sumą.
- 9 CJAS ne tik atmetė mokėjimo prašymą, bet ir nurodė, kad E 112 forma išduodama prieš pacientui išvykstant ir kad gražinant sumą reikia laikytis Vyriausybės nutarime Nr. 304/2014 nustatytos tvarkos.
- 10 AF teigia, kad laikėsi šios tvarkos, bet pastangos buvo nesėkmingos. Taigi 2018 m. rugsėjo 5 d. AF kreipėsi į CJAS su prašymu gražinti 13 069 EUR sumą, kuri yra atlygis, sumokėtas Vokietijos klinikai už sveikatos priežiūros paslaugas, ir kartu pateikė visus reikiamus dokumentus, išskyrus prašymą dėl gydymo ligoninėje, kurį išdavė sveikatos priežiūros specialistas, teikiantis sveikatos priežiūros paslaugas pagal Rumunijos sveikatos draudimo sistemą.
- 11 2018 m. spalio 1 d. šis prašymas buvo atmestas, motyvuojant tuo, kad nebuvo pateikta įrodymų apie Rumunijoje atliktą medicininį vertinimą, patvirtinantį prašymą dėl gydymo ligoninėje.
- 12 Šiomis aplinkybėmis AF kreipėsi į *Curtea de Apel Târgu Mureș* (Târgu Mureș apeliacinis teismas, Rumunija), prašydamas panaikinti nuostatas dėl atlygio už sveikatos priežiūros paslaugas kompensavimo sąlygų ir nuostatas dėl metodinėse taisyklėse nurodyto atlygio už sveikatos priežiūros paslaugas kompensavimo apskaičiavimo metodo, taip pat panaikinti sprendimus dėl atsisakymo kompensuoti ir nurodyti gražinti 13 069 EUR sumą, kuri yra atlygis už Vokietijoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas.
- 13 Grįsdamas ieškinį AF nurodė, kad ginčijamomis nuostatomis neteislingai perkeliama Direktyva 2011/24, nes jomis pažeidžiamas Sąjungos teisės viršenybės principas, konkrečiai SESV 56 straipsnis ir Reglamentas Nr. 1408/71, kaip juos išaiškino Teisingumo Teismas Sprendime *Elchinov*, taip pat Reglamentas Nr. 883/2004, nes pagal jį bet kuriuo atveju neleidžiama kompensuoti išlaidų, patirtų dėl be išankstinio leidimo kitoje valstybėje narėje suteikto gydymo ligoninėje.
- 14 AF teigė, kad jo prašymas kompensuoti išlaidas buvo atmestas neteisėtai, kad jis atitiko E 112 formos išdavimo sąlygas ir kad tai, jog gydymas ir apmokėjimas už

paslaugas buvo atliktas prieš atsakovei išnagrinėjant jo prašymą dėl formos išdavimo, negali panaikinti jo subjektinės teisės.

- 15 Atmetus šį ieškinį, AF kreipėsi su kasaciniu skundu į prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikusį teismą, *Înalta Curte de Casație și Justiție* (Aukščiausiasis Kasacinis ir Teisingumo Teismas, Rumunija); šis teismas nusprendė pateikti Teisingumo Teismui prejudicinius klausimus.

### Svarbiausi pagrindinės bylos šalių argumentai

- 16 AF prašo kreiptis į Teisingumo Teismą su prašymu priimti prejudicinį sprendimą, nes, jo nuomone, nacionalinės teisės aktuose yra nustatytos sąlygos, kurios nenumatytos direktyvos tekste ir kurių praktiškai neįmanoma įvykdyti. Be to, sąlyga, pagal kurią, norint gauti kompensaciją už Rumunijos teritorijoje suteiktą sveikatos priežiūros paslaugą, būtina pateikti įrodymą, kad buvo prašoma gydymo ligoninėje, yra nesuderinama su direktyvoje pripažįstama teise, nes, kai gydymas suteikiamas kitoje valstybėje narėje, prašymo dėl gydymo ligoninėje klausimo nebelineka – reikia tik gydytojo specialisto medicininio vertinimo. Be to, nors Sąjungos teisėje pripažįstama valstybės narės galimybė apriboti mokėtiną sumą, būdas, kuriuo tai daroma pagal nacionalinės teisės aktus, pažeidžia proporcingumo principą ir taip kenkia paciento teisės esmei.
- 17 CJAS nepitaria prašymui kreiptis į Teisingumo Teismą dėl prejudicinio sprendimo, nes mano, kad AF prašomas išaiškinimas nebūtų naujas. Šiuo klausimu ji remiasi Sprendimu *Petru* ir Nutartimi *Luca*.
- 18 Kiek tai susiję su Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 2 dalies išaiškinimu atsižvelgiant į paciento kilmės valstybės galimybę nustatyti, kad vėlesnis atlygio už tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas kompensavimas galimas, tik jei, atliktus medicininį vertinimą, pateiktas prašymas gydyti ligoninėje, ir kad bet koks kitas medicininis dokumentas, kuriame pateikiamas vertinimas, yra atmestinas, CJAS nurodo, kad, aiškindamas Reglamentą Nr. 1408/71, Teisingumo Teismas yra priėmęs daug sprendimų, kuriuose atskiria planinį gydymą ligoninėje (sprendimai *Vanbraekel ir kt.*, *Petru*, *Elchinov* ir *Watts*) ir neplaninį gydymą ligoninėje (sprendimai *IKA*, *Keller* ir *Komisija prieš Ispaniją*). Dėl reikalavimo gauti išankstinį leidimą – tiek, kiek jis pateisinamas būtinybe užtikrinti pakankamą ir nuolatinę galimybę gauti subalansuotą kokybiškos medicininės priežiūros paslaugas atitinkamoje valstybėje, užtikrinti išlaidų kontrolę ir išvengti finansinių, techninių ir žmogiškųjų išteklių švaistymo – Teisingumo Teismas pasisakė Sprendime *Smits ir Peerbooms*, Sprendime *Müller Fauré ir van Riet*, Sprendime *Stamatelaki* ir Sprendime *Vanbraekel ir kt.*

### Glaustas prašymo priimti prejudicinį sprendimą pagrindimas

- 19 Prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas nurodė, kad norėdamas priimti sprendimą dėl AF pateikto kasacinio skundo, jis turės priimti galutinį

sprendimą, kurio pagal nacionalinę teisę nebegalima apskūsti, kaip tai suprantama pagal SESV 267 straipsnį.

- 20 Minėtas teismas pirmiausia konstatavo, kad nors AF bandymas balandžio pradžioje pateikti E 112 formos prašymą yra įrodyta aplinkybė, atsisakymas registruoti tokį prašymą nėra svarbus, nes šioje byloje nagrinėjamas administracinių aktų, priimtų po to, kai buvo atlikta tarpvalstybinė medicininė procedūra ir apmokėtos su ja susijusios išlaidos, teisėtumas.
- 21 Dėl kasacinio skundo pagrindo, susijusio su AF medicininio gydymo įtraukimu į pagrindinių paslaugų, apmokamų iš Nutarime Nr. 397/836/2018 nurodyto *Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate* (Bendras nacionalinis sveikatos draudimo fondas, Rumunija; toliau – Nacionalinis fondas), pasiūlymą, prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas nurodė, kad, nors šioje proceso stadijoje jis negali tiksliai nuspręsti dėl šio teisėtumo aspekto, iš atlikto tyrimo gali matyti, jog yra įrodymų, kurie, atrodo, prieštarauja *Curtea de Apel* (Apeliacinis teismas, Rumunija) patvirtintai CJAS pozicijai, kad medicininė procedūra, kuri buvo atlikta AF, nebuvo įtraukta į pagrindinių paslaugų, apmokamų iš minėto fondo, pasiūlymą. Ši prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismo išvada grindžiama, be kita ko, tuo, kad, kaip teigia atsakovės ir kitos kasacinio proceso šalys (toliau – atsakovės), minėtame nutarime pateiktas sąrašas yra diagnostinių grupių sąrašas ir kad *medicininis gydymo metodas ar technika kaip tokie nėra nurodyti nacionalinės teisės aktuose*, reglamentuojančiuose sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pagal Rumunijos sveikatos draudimo sistemą.
- 22 Prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas mano, kad, siekiant priimti sprendimą šiuo aspektu, taip pat reikia atsižvelgti į Sprendimo *Elchinov* rezoliucinės dalies 3 punktą ir Direktyvos 2011/24 34 konstatuojamąją dalį.
- 23 Jeigu, priėmus sprendimą dėl šio kasacinio skundo pagrindo būtų laikoma, kad AF gautas medicininis gydymas yra įtrauktas į pagrindinių paslaugų, apmokamų iš Rumunijos valstybės nacionalinio fondo, pasiūlymą, [prejudiciniai] klausimai yra susiję su ginčo išsprendimu.
- 24 **Pirmasis** pateiktas **klausimas** yra susijęs su i) sąlyga, kad vertinimą atliktų tik valstybinės sveikatos sistemos gydytojas (o ne atitinkamos valstybės privatus sveikatos priežiūros subjektas), ir ii) formalia sąlyga, kad prašymą dėl gydymo ligoninėje išduotų paciento kilmės valstybė, net jei paslauga teikiama kitoje valstybėje narėje.
- 25 Analizuodamas pirmąjį klausimą, kurį, atsakovių teigimu, leidžiama nagrinėti pagal Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalį, prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas pirmiausia priminė Teisingumo Teismo Sprendimo *Stamatelaki* 23, 30 ir 34–37 punktuose pateiktas išvadas ir konstatavo, kad tokios formalios sąlygos, bet kuriuo atveju nepagrįstos objektyviais argumentais arba susijusios su tam tikru kritiniu medicininio dokumento kokybės vertinimu,

nustatymas atrodo neproporcingas, atsižvelgiant į tikslą užtikrinti socialinės apsaugos sistemos finansinę pusiausvyrą.

- 26 Tokią išvadą leidžia daryti ir Teisingumo Teismo Sprendimo *Casa Națională de Asigurări de Sănătate ir Casa de Asigurări de Sănătate Constanța* 40, 44, 45, 47, 51–53 ir 55 punktuose pateiktos išvados, nes minėta sąlyga, atrodo, viršija Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnio reikalavimus.
- 27 Dėl antrosios sąlygos, dėl kurios CJAS teigia, kad ji leidžiama pagal Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalį, o AF nurodo, kad ji nenumatyta direktyvoje ir kad jos neįmanoma praktiškai įvykdyti, prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas teigia, kad yra rimtų sunkumų pagrįsti tokios išankstinio leidimo išdavimo (prašymo gydyti ligoninėje patenkinimas pagal nacionalinės teisės sąlygas) sąlygos išlaikymo svarbą, kai akivaizdu, kad gydymas neatliekamas valstybės narės ligoninės įstaigoje, o pats prašymas dėl gydymo ligoninėje kaip toks taip pat nėra naudojamas tokio gydymo tikslais paskirties valstybėje narėje.
- 28 Siekdamas nustatyti, ar pagrįstai atsisakyta išduoti Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnyje reikalaujamą leidimą, prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas turi įvertinti nacionalinės teisės aktuose nustatytą reikalavimą, kad dėl AF gydymo ligoninėje būtų išduotas prašymas. Prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismo nuomone, tokia griežtai formali sąlyga šios bylos aplinkybėmis, kai kyla abejonių taip pat dėl nacionalinės teisės normos, draudžiančios gydytojui, nepriklausančiam nacionalinei sveikatos draudimo sistemai, parengti medicininio vertinimo ataskaitą, atitiktis, laikytina sąlyga, viršijanti tai, kas numatyta Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnyje.
- 29 Minėtas teismas, remdamasis, pirma, Direktyvos 2011/24 8 ir 43 konstatuojamosiomis dalimis, taip pat jos 7 straipsnio 1 ir 4 dalimis bei 8 straipsnio 1 dalimi ir, antra, Sprendimo *Veselības ministrija* 72–77 punktais, mano, kad kyla abejonių dėl antrosios nagrinėjamos sąlygos pagrįstumo.
- 30 Kiek tai susiję su **antruoju [prejudiciniu] klausimu**, jis būtų susijęs su bylos baigtimi, jei prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas, įvertinęs byloje pateiktus argumentus, konstatuotų, pirma, kad atsisakymas suteikti išankstinį leidimą buvo pagrįstas ir teisėtas ir, antra, kad medicininis gydymas, kuriuo pasinaudojo AF, buvo įtrauktas į pagrindinių paslaugų, apmokamų iš nacionalinio fondo, pasiūlymą.
- 31 Atsakovių nuomone, metodinių taisyklių 4 straipsnio nuostatose, kuriose įtvirtinta kompensuotinos sumos viršutinė riba, nėra papildomų sąlygų, dėl kurių būtų atsisakyta suteikti teisę į kompensaciją arba dėl kurių tokiai teisei būtų daromas poveikis iš esmės, kaip teigia AF, net jei dėl šios viršutinės ribos sumažėtų kompensuotina suma. Šiomis nuostatomis į nacionalinę teisę perkeliama Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 4 dalis ir dėl to įprasta, kad yra apskaičiavimo algoritmas. Taigi pagal įprastą praktiką pacientui, kuris yra apdraustas Rumunijos



sveikatos draudimo sistemoje, išlaidos už sveikatos priežiūros paslaugas, kurias šis pacientas gavo kitos valstybės narės teritorijoje, turi būti kompensuojamos atsižvelgiant į išlaidų, kurios būtų patirtos už tokias Rumunijos teritorijoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, dydį. Šis apribojimas, nors ir drastiškas, yra leidžiamas pagal ES teisę ir yra pagrįstas, nes pateisinamas su *visuomenės sveikata susijusiomis privalomomis bendrojo intereso priežastimis*.

- 32 AF teigia, kad nors valstybės narės teisė apriboti mokėtinos sumos dydį pripažįstama, dėl jos negali išnykti paciento teisės prasmė.
- 33 Nors atsakovės nurodė, kad AF suteiktas medicininis gydymas nėra apmokamas pagal nacionalinę sistemą, ir nors jos vengė konkrečiai apskaičiuoti tokio gydymo išlaidas, keliuose atsakovių dokumentuose ir byloje esančiuose dokumentuose (už 2018 m.) buvo nurodytos sumos nuo 1 367 RON (Rumunijos lėjos) iki 4 618 RON. Remiantis byloje esančiais įrodymais, AF patyrė 13 069 EUR [apie 60 000 RON pagal 2018 m. gegužės mėnesio *Banca Națională a României* (Rumunijos nacionalinis bankas) valiutos kursą] išlaidų.
- 34 Prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas pažymi: jei įvertinęs įrodymus, nacionalinę teisę ir Sąjungos teisės principus manys, kad AF turėjo ir galėjo per protingą terminą ir nesukeldamas pavojaus savo gyvybei ar pasveikimui panašiomis sąlygomis gauti Direktyvos 2011/24 8 straipsnyje nustatytą išankstinį leidimą, jis turės patikrinti nacionalinės nuostatos, įtvirtinančios apskaičiavimo formulę, pagal kurią šios kompensacijos suma yra labai maža, palyginti su faktiškai patirtomis apdraustojų išlaidomis, atitiktį.
- 35 Primindamas Teisingumo Teismo išvadas, padarytas Nutarties *Luca* 29 punkte ir Sprendimo *Elchinov* 80 punkte, taip pat Direktyvos 2011/24 5, 7, 21 ir 22 konstatuojamąsias dalis, 5 straipsnio b punktą ir 7 straipsnio 3 dalį, prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismas nurodo, kad antruoju klausimu jis siekia išsiaiškinti, ar nacionalinės teisės aktuose reglamentuojamas mokėjimo apskaičiavimo metodas sveikatos priežiūros sektoriuje atitinka direktyvos 5 straipsnio b punkte nustatytą pareigą, ir netiesiogiai, ar tuo atveju, jei nesilaikoma išankstinio leidimo išdavimo sąlygų, ar atsisakymas kompensuoti išlaidas arba išlaidų, sudarančių mažą apdraustojų faktiškai sumokėtos sumos dalį, kompensavimas atitinka proporcingumo principą, remiantis prielaida, kad apdraustasis iš tiesų nebuvo informuotas apie tai, kokia suma jam galėjo būti kompensuota.