

Дело C-489/23**Резюме на преюдициалното запитване съгласно член 98, параграф 1 от
Процедурния правилник на Съда****Дата на постъпване:**

1 август 2023 г.

Запитваща юрисдикция:

Înalta Curte de Casație și Justiție (Румъния)

Дата на акта за преюдициално запитване:

27 март 2023 г.

Жалбоподател в първоинстанционното и в касационното производство:

AF

Ответници в първоинстанционното и в касационното производство:

Guvernul României

Ministerul Sănătății

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

Предмет на главното производство

Жалба, подадена от жалбоподателя AF срещу Guvernul României (Румънско правителство), Ministerul Sănătății (Министерство на здравеопазването, Румъния) и Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (Здравноосигурителна каса, окръг Муреш, Румъния) (наричана по-нататък и „CJAS“) срещу решението по гражданско дело от 30 декември 2019 г., с което Curtea de Apel Târgu Mureș (Апелативен съд Търгу Муреш, Румъния) отхвърля жалбата му за обявяване за недействителни на някои разпоредби на Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 (Решение № 304/2014 на правителството), за отмяна на решенията, с които се отказва възстановяване на разходите, както и за възстановяване на сумата от 13 069 EUR, представляваща престацията на AF за здравните услуги, които е получил в клиника в Германия.

Предмет и правно основание на преюдициалното запитване

На основание член 267 ДФЕС се иска тълкуване на членове 49 ДФЕС и 56 ДФЕС, член 7, параграф 7 от Директива 2011/24/ЕС, член 22, параграф 1, буква в) от Регламент (ЕИО) № 1408/71, както и на принципа на свободно движение на пациенти и услуги, принципа на ефективност и принципа на пропорционалност.

Преюдициални въпроси

- 1) Трябва ли членове 49 и 56 ДФЕС и член 7, параграф 7 от Директива 2011/24/ЕС да се тълкуват в смисъл, че не допускат правна уредба, която автоматично обвързва възстановяването на разходите, направени от задължително осигуреното лице в държавата членка на пребиваване, с извършването на медицинска преценка от медицински специалист, който предоставя здравни услуги в здравноосигурителната система на тази държава, както и с последващото издаване от този специалист на искане за хоспитализация, без да е разрешено да се представят равностойни медицински документи, издадени от частни медицински заведения, включително когато хоспитализацията е била извършена и здравната услуга е била предоставена в държава членка, различна от държавата на пребиваване на осигуреното лице?
- 2) Трябва ли членове 49 и 56 ДФЕС, член 22, параграф 1, буква в) от Регламент № 1408/71, принципите на свободно движение на пациенти и услуги и принципите на ефективност и на пропорционалност да се тълкуват в смисъл, че не допускат национална правна уредба, която — в случай че не е получено предварително разрешение — определя обема на услугите, които следва да бъдат заплатени на равнището на разходите, които биха били поети от държавата членка на пребиваване, ако медицинските грижи бяха предоставени на нейна територия, чрез формула за изчисление, която значително ограничава размера на това обезщетение в сравнение с действително направените от осигуреното лице разходи в държавата членка, която е предоставила разглежданите здравни услуги?

Цитирани разпоредби на правото на Съюза и съдебна практика

Членове 49 и 56 ДФЕС

Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 9 март 2011 година за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване; член 7

Регламент (ЕИО) № 1408/71 на Съвета от 14 юни 1971 година за прилагането на схеми за социална сигурност на заети лица, самостоятелно

заети лица и членове на техните семейства, които се движат в рамките на Общността; член 22

Регламент (ЕО) № 883/2004 на Европейския парламент и на Съвета от 29 април 2004 година за координация на системите за социална сигурност; членове 1 и 2

Решение от 9 октомври 2014 г., Petru (C-268/13), определение от 11 юли 2013, Luca (C-430/12), решение от 12 юли 2001 г., Vanbraekel и др. (C-368/98), решение от 5 октомври 2010 г., Елчинов (C-173/09), решение от 16 май 2006 г., Watts (C-372/04), решение от 25 февруари 2003 г., ИКА (C-326/00), решение от 12 април 2005 г., Keller (C-145/03), решение от 15 юни 2010 г., Комисия/Испания (C-211/08), решение от 12 юли 2001 г., Smits и Peerbooms (C-157/99), решение от 13 май 2003 г., Müller-Fauré и van Riet (C-385/99), решение от 19 април 2007 г., Stamatelaki (C-444/05), решение от 6 октомври 2021 г., Casa Națională de Asigurări de Sănătate и Casa de Asigurări de Sănătate Constanța (C-538/19) и решение от 29 октомври 2020 г., Veselības ministrija (C-243/19)

Цитирани разпоредби на националното право

Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (Решение № 304/2014 на правителството за одобряване на методически правила за трансгранично здравно обслужване):

- член 3, параграф 1, буква b), подточка i) от методическите правила, съдържащи се в приложението към решението на правителството, съгласно които по писмено искане на осигуреното лице, придружено от оправдателни документи, здравноосигурителната каса възстановява паричната сума за трансграничното здравно обслужване, предоставено на територията на държава членка на Европейския съюз и платено от осигуреното лице, при условие, че, наред с другото, това здравно обслужване е предоставено след медицинска преценка, която е извършена от медицински специалист, предоставящ здравни услуги в здравноосигурителната система на Румъния, и е завършила с издаването на искане за хоспитализация;
- член 3, параграф 2 от методическите правила, който по същество предвижда, че оправдателните документи по параграф 1 са всички медицински документи, включително искането за хоспитализация, от които е видно, че осигуреното лице е получило здравни услуги, [документи, които трябва да бъдат] датирани и подписани от издалия ги медицински специалист, както и документи за плащането, от които е видно, че здравните услуги са били изцяло платени от осигуреното лице;
- член 3, параграф 4 от методическите правила, съгласно който, ако са спазени разпоредбите на параграф 3, здравноосигурителната каса изготвя

бележка за изчисление, свързана с възстановяването на платената сума за трансгранично здравно обслужване, като използва образеца на бележката за изчисление, предвиден в приложение 3;

- член 4 от методическите правила, съгласно който по същество възстановяването на платената сума за трансгранично здравно обслужване, предвидено в член 3, параграф 1, се извършва на равнището на плащаните разходи за здравни услуги, предоставяни на територията на Румъния.

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 (Наредба № 397/836/2018 на Министерство на здравеопазването и Casa Națională de Asigurări de Sănătate за одобряване на методическите правила за прилагане през 2018 г. на Решение № 140/2018 на правителството за одобряване на кръга услуги и на рамковия договор, който урежда условията за предоставяне на здравно обслужване, лекарства и медицински изделия в рамките на здравноосигурителната система за периода 2018—2019 г.)

Кратко представяне на фактите и главното производство

- 1 На 8 март 2018 г. на АF е диагностициран с аденокарцином на простатата, както е видно от медицинския документ, издаден от Clinica de Urologie și Andrologie Endoplus (Клиника по урология и андрология Endoplus) в Клуж-Напока (Румъния), съгласно който е препоръчана радикална простатектомия, която трябва да се извърши чрез традиционна лапароскопия или роботизирана хирургия.
- 2 АF е уведомен, че е възможно да се извърши хирургическа интервенция с робот DaVinci (Robot-assisted radical prostatectomy) — операция, която носи ползи за здравето и последващото възстановяване на пациента в сравнение с класическата радикална простатектомия, и препоръката на лекаря е направена в този смисъл. Освен това АF е уведомен, че робот DaVinci има в обществената болница в Клуж-Напока (Румъния), който обаче не работи, защото към тази дата не са били закупени необходимите за работата му консумативи, поради което АF е уведомен, че има възможност въпросната интервенция да се извърши в системата на частното здравеопазване в клиника в Брашов (Румъния) на приблизителна цена от 13 000 EUR.
- 3 Тъй като вече били изминали около 4 месеца от поставянето на диагнозата, АF решава да се подложи на лечение на същата цена в център, който има голям опит изключително с разглежданата патология, в болница в Германия.

- 4 За целите на провеждането на лечението в чужбина AF подава до CJAS заявление за издаване на формуляр E 112 съгласно Регламент № 1408/71, но заявлението му не е прието.
- 5 Успоредно с посочената процедура, вследствие на кореспонденцията с клиниката в Германия, на AF е дадена възможността да се възползва на 9 май 2018 г. от разглежданата хирургическа интервенция, понеже друг пациент е отменил резервацията си за тази дата. В противен случай AF е трябвало да изчака още около 8 седмици след получаване на одобрението на CJAS, за да се организира нова интервенция.
- 6 За да запази датата 9 май 2018 г. за интервенцията, AF я заплаща на 24 април 2018 г. Хирургическата интервенция се извършва на планираната дата в Германия, а хоспитализацията е определена за периода от 9 май 2018 г. до 14 май 2018 г.
- 7 След горепосоченото плащане и предвид отказа на CJAS да приеме заявлението му, AF решава да изпрати заявлението до CJAS по пощата с препоръчано писмо с обратна разписка и на 17 май 2018 г. е уведомен, че заявлението му не е изготвено по стандартния формуляр и че не съдържа всички необходими документи.
- 8 След връщането си в Румъния AF иска от CJAS да му преведе платената в Германия сума, като се позовава на Регламент № 1408/71 и на решение Елчинов.
- 9 Освен че отхвърля искането за плащане, CJAS заявява, че формуляр E 112 се издава преди заминаването на бенефициера и че за целите на възстановяването на сумата трябва да се спазва процедурата, предвидена в Решение № 304/2014 на правителството.
- 10 AF твърди, че е следвал тази процедура, но без успех. Поради това на 5 септември 2018 г. AF отправя искане CJAS да възстанови сумата от 13 069 EUR, която представлява престация за здравните услуги, платени на клиниката в Германия, като същевременно представя всички необходими документи, с изключение на искането за хоспитализация, издадено от медицински специалист, предоставящ здравни услуги в румънската здравноосигурителна система.
- 11 На 1 октомври 2018 г. това искане е отхвърлено с мотива, че той не е представил доказателство за извършена в Румъния медицинска преценка, завършила с искане за хоспитализация.
- 12 При тези обстоятелства AF подава жалба до Curtea de Apel Târgu Mureș (Апелативен съд Търгу Муреш, Румъния), с която иска да се обявят за недействителни разпоредбите относно условията за възстановяване на паричната престация за здравните услуги и на разпоредбите относно метода на изчисляване, свързано с предвиденото в методическите правила

възстановяване на възнаграденията за здравно обслужване, както и да се отменят решенията за отказ за последващо възстановяване на сумата от 13 069 EUR, която представлява престация за здравните услуги, платени в Германия.

- 13 В мотивите към жалбата си АФ посочва, че обжалваните разпоредби транспонират неправилно Директива 2011/24, тъй като нарушават принципа на предимство на правото на Съюза, и по-специално член 56 ДФЕС и Регламент 1408/71, както са тълкувани от Съда в решение Елчинов, както и Регламент № 883/2004, доколкото при всички положения изключват възстановяването на разходите във връзка с болничното лечение, проведено в друга държава членка без предварително разрешение.
- 14 АФ твърди, че искането му за възстановяване на сумата е отхвърлено незаконосъобразно, че отговаря на условията за издаване на формуляр Е 112 и че обстоятелството, че лечението и плащането на услугите са извършени преди ответникът да разгледа заявлението му за издаване на формуляра, не може да доведе до отпадане на субективното му право.
- 15 След отхвърлянето на тази жалба АФ подава жалба пред запитващата юрисдикция, Înalta Curte de Casație și Justiție (Върховен касационен съд, Румъния), който решава да отправи преюдициално запитване до Съда.

Основни доводи на страните в главното производство

- 16 АФ иска да бъде отправено преюдициално запитване до Съда, защото според него националното законодателство налага условия, които не са предвидени в текста на Директивата и не могат да бъдат изпълнени на практика. Освен това, въпреки че за целите на плащането на здравна услуга, предоставена на територията на Румъния, било необходимо да се представи като доказателство искане за хоспитализация, такова условие било несъвместимо с признатото от Директивата право, защото когато лечението се извършва в друга държава членка въпросът за искане за хоспитализация вече не се поставял, понеже била необходима само медицинска преценка, направена от лекар специалист. Освен това, макар правото на Съюза да давало възможност държавата членка да ограничи изплащаната сума, начинът, по който националното законодателство прави това, нарушавал принципа на пропорционалност и така накърнявал същността на правото на пациента.
- 17 CJAS се противопоставя на отправянето на преюдициално запитване до Съда, тъй като счита, че искането от АФ тълкуване не внасяло новост. В този смисъл тя се позовава на решение Petru и на определение Luca.
- 18 Що се отнася до тълкуването на член 7, параграф 2 от Директива 2011/24, от гледна точка на възможността държавата на произход на пациента да постави последващото възстановяване на платената сума за трансгранично здравно обслужване в зависимост от медицинска преценка, изрично

приключила с искане за хоспитализация, като се изключи всякакъв друг вид медицински документ, доказващ преценката, CJAS посочва, че при тълкуването на Регламент № 1408/71 Съдът е постановил множество решения, в които прави разграничение между планирано болнично лечение (решения Vanbraekel и др., Petru, Елчинов и Watts) и непланирано болнично лечение (решения ІКА, Keller и Комисия/Испания). Досежно изискването за предварително разрешение — доколкото то е оправдано от необходимостта да се гарантира достатъчен и непрекъснат достъп до балансирана поредица от качествени медицински грижи в съответната държава, да се осигури контрол на разходите и да се избегне разхищаването на финансови, технически и човешки ресурси — Съдът се произнесъл в решения Smits и Peerbooms, Müller Fauré и Van Riet, Stamatelaki и Vanbraekel и др.

Кратко представяне на мотивите за преюдициалното запитване

- 19 Запитващата юрисдикция посочва, че за да се произнесе по висящата пред нея жалба, подадена от АF, тя ще трябва да постанови окончателно решение, което съгласно националното право не подлежи на обжалване, по смисъла на член 267 ДФЕС.
- 20 Посочената юрисдикция твърди, от една страна, че макар опитът на АF да подаде в началото на април заявление за получаване на формуляр Е 112 да е доказан факт, отказът да се регистрира това заявление не е релевантен, тъй като в случая се разглежда въпросът за законосъобразността на административните актове, издадени след датата, на която е извършена трансграничната здравна интервенция и свързаните с нея разходи.
- 21 Що се отнася до основанието за обжалване, изведено от включването на медицинското лечение на АF в кръга на основните услуги, заплащани от Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (Единен национален социалноосигурителен фонд, Румъния, наричан по-нататък „националният фонд“), предвиден в Наредба № 397/836/2018, запитващата юрисдикция посочва — без да може да се произнесе с категоричност на този етап от производството по този аспект на законосъобразността — че проучването ѝ разкрива данни, които изглеждат противоречат на твърденията на CJAS, приети от Curtea de Apel (Апелативен съд, Румъния), че медицинската интервенция, на която е бил подложен АF, не е включена в кръга на основните услуги, заплащани от този фонд. Тази констатация на запитващата юрисдикция почива в частност на факта, че съгласно твърденията именно на ответниците в първоинстанционното и касационното производство (наричани по-нататък „ответниците“) списъкът, съдържащ се в посочената по-горе наредба, представлява списък на групите диагнози и че *медицинският метод или техника на лечение не са посочени като такива в националното законодателство*, което урежда предоставянето на здравно обслужване в рамките на здравноосигурителната система на Румъния.

- 22 Запитващата юрисдикция счита, че за да се произнесе по този въпрос, следва да се вземат предвид също точка 3 от диспозитива на решение Елчинов и съображение 34 от Директива 2011/24.
- 23 В случай че след произнасянето по това основание за обжалване се приеме, че медицинското лечение, на което се е подложил АF, е включено в кръга на основните услуги, заплащани от националния фонд на румънската държава, тогава [преюдициалните] въпроси имат връзка с изхода на делото.
- 24 **Първият** поставен **въпрос** се отнася до: i) условието да е била извършена преценка единствено от лекар от системата на държавното здравеопазване (а не на частното здравеопазване на съответната държава), и до ii) формалното условие да е било издадено искане за хоспитализация от държавата, от която идва пациентът, дори ако услугата се предоставя в друга държава членка.
- 25 При анализа на първия въпрос, по отношение на който ответниците твърдят, че е допустим съгласно член 7, параграф 7 от Директива 2011/24, запитващата юрисдикция припомня най-напред постановеното от Съда в точки 23, 30 и 34—37 от решение Stamatelaki и посочва, че налагането на такова формално условие във всички случаи, без обективна или отнесена към определен вид критична преценка на качеството на медицинския документ обосновка, изглежда непропорционално през призмата на целта да се гарантира финансово равновесие на системата за социално осигуряване.
- 26 До този извод води и постановеното от Съда в точки 40, 44, 45, 47, 51—53 и 55 от решение Casa Națională de Asigurări de Sănătate e Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, тъй като посоченото условие изглежда надхвърля изискванията на член 20 от Регламент № 883/2004.
- 27 Що се отнася до второто условие, досежно което CJAS посочва, че е допустимо съгласно член 7, параграф 7 от Директива 2011/24, докато АF твърди, че то не е предвидено в Директивата и че на практика е невъзможно да бъде изпълнено, запитващата юрисдикция твърди, че има сериозни затруднения да се обоснове релевантността на запазването на това условие за издаване на предварително разрешение (издаване на искане за хоспитализация съгласно изискванията на националното право), когато очевидно хоспитализацията не се извършва в болнично заведение на държавата членка и искането за хоспитализация като такова не служи за хоспитализация и в държавата членка по местоназначение.
- 28 За да се установи дали отказът за издаване на необходимото разрешение съгласно член 22 от Регламент № 1408/71 е обоснован, аспект, който трябва да бъде преценен от запитващата юрисдикция, е наложеното от националната правна уредба изискване за наличието на искане за хоспитализация, издадено като такова на АF. Според запитващата юрисдикция обаче с налагането на такова строго формално условие, при обстоятелствата в конкретния случай, в които се разглежда и съответствието

на националната норма, изключваща изготвянето на доклад за медицинска преценка от лекар, който не е част от националната здравноосигурителна система, изглежда се въвежда условие, което надхвърля предвиденото в член 20 от Регламент № 883/2004.

- 29 Като се позовава, от една страна, на съображения 8 и 43 и на член 7, параграфи 1 и 4 и член 8, параграф 1 от Директива 2011/24, и от друга, на точки 72—77 от решение *Veselības ministrija*, според тази юрисдикция съществуват съмнения дали разглежданото второ условие е логично обосновано.
- 30 Що се отнася до **втория [преюдициален] въпрос**, връзката му с изхода на делото възниква, в случай че след преценка на доводите по делото запитващата юрисдикция установи, от една страна, че отказът да се даде предварително разрешение е обоснован и законосъобразен, и от друга, че медицинското лечение, на което се е подложил АФ, е било включено в кръга от основни услуги, заплащани от националния фонд.
- 31 Според ответниците разпоредбите на член 4 от методическите правила, които определят максималния размер на възстановената сума, не представляват допълнителни условия, водещи до отказ или засягане на същността на правото на възстановяване, както твърди АФ, макар този максимален размер да води до намаляване на подлежащата на възстановяване сума. Тези разпоредби представляват транспониране на член 7, параграф 4 от Директива 2011/24, тъй като е нормално да съществува алгоритъм за изчисление. Ето защо съгласно обичайната практика за пациент, осигурен в здравноосигурителната система на Румъния, възстановяването на разходите за здравно обслужване, получено от този пациент на територията на друга държава членка, трябва да се извърши на равнището на изплащаните разходи за здравните услуги, предоставяни на територията на Румъния. Това ограничение, макар и драстично, е разрешено от правото на Съюза и е разумно, тъй като е обосновано от *съображения от общ интерес, свързани с общественото здраве*.
- 32 Според АФ въпреки че е признато правото на държавата членка да ограничава размера на изплащаната сума, това право не може да доведе до изпразване от съдържание на правото на пациента.
- 33 Макар ответниците да твърдят, че медицинското лечение, на което се е подложил АФ, не подлежи на заплащане в националната система и че те не са изчислили конкретно разходите за това лечение, в няколко документа, издадени от тях и съдържащи се в преписката, за 2018 г. са посочени суми между 1 367 RON (румънски леи) и 4 618 RON. Според доказателствата по делото обаче АФ е направил разходи в размер на 13 069 EUR (около 60 000 RON по обменния курс на Banca Națională a României (Национална банка на Румъния) от май 2018 г.).

- 34 Запитващата юрисдикция посочва, че ако след преценка на доказателствата, националното право и принципите на правото на Съюза приеме, че AF е трябвало и е могъл да получи в разумен срок, без да изложи на опасност живота или излекуването си при аналогични условия, изискваното с член 8 от Директива 2011/24 предварително разрешение, тя ще трябва да провери съответствието на националната разпоредба, установяваща формула за изчисление, която ограничава значително размера на това обезщетение в сравнение с действително направените от осигуреното лице разходи.
- 35 Като припомня постановеното от Съда в точка 29 от определение Lusa и в точка 80 от решение Елчинов, както и съображения 5, 7, 21 и 22, член 5, буква б) и член 7, параграф 3 от Директива 2011/24, запитващата юрисдикция посочва, че с втория си преюдициален въпрос иска да се установи дали методът за изчисляване на сумите за плащане в областта на здравеопазването, уреден от националното законодателство, е в съответствие с наложеното от член 5, буква б) от Директивата задължение и имплицитно, в случай на неспазване на условията за издаване на предварително разрешение, дали отказът за възстановяване или възстановяването в незначителна степен на разходите в сравнение с действително платената от осигуреното лице сума е в съответствие с принципа на пропорционалност, като се изхожда от предпоставката, че осигуреното лице реално не е било информирано за размера на сумата, която би могла да бъде възстановена.