

Zadeva C-489/23

**Povzetek predloga za sprejetje predhodne odločbe v smislu člena 98(1)
Poslovnika Sodišča**

Datum vložitve:

1. avgust 2023

Predložitevno sodišče:

Înalta Curte de Casație și Justiție (Romunija)

Datum predložitvene odločbe:

27. marec 2023

Tožeča stranka in vlagateljica kasacijske pritožbe:

AF

Tožene stranke in nasprotne stranke v postopku s kasacijsko pritožbo:

Guvernul României

Ministerul Sănătății

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

Predmet postopka v glavni stvari

Pritožba osebe AF zoper sodbo v civilni zadevi z dne 30. decembra 2019, s katero je Curtea de Apel Târgu Mureș (pritožbeno sodišče v Târgu Mureșu, Romunija) zavrnilo zahtevo v zvezi z razglasitvijo ničnosti nekaterih določb Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 (sklep vlade št. 304/2014) in odločb o zavrženem povračilu ter v zvezi s povračilom zneska v višini 13.069 EUR, ki ga je oseba AF plačala za zdravstvene storitve na kliniki v Nemčiji, pri čemer so nasprotne stranke Guvernul României (romunska vlada), Ministerul Sănătății (ministrstvo za zdravje, Romunija) in Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (okrožna zdravstvena zavarovalnica v Mureșu, Romunija) (v nadaljevanju tudi: CJAS).

Predmet in pravna podlaga predhodnega odločanja

Na podlagi člena 267 PDEU se prosi za razlago členov 49 in 56 PDEU, člena 7(7) Direktive 2011/24/EU, člena 22(1)(c) Uredbe (EGS) št. 1408/71 ter načel prostega gibanja pacientov in prostega pretoka storitev, načela učinkovitosti in načela sorazmernosti.

Vprašanji za predhodno odločanje

1. Ali je treba člena 49 in 56 PDEU ter člen 7(7) Direktive 2011/24/EU razlagati tako, da nasprotujejo ureditvi, ki povračilo stroškov osebi z obveznim zavarovanjem v državi članici stalnega prebivališča samodejno pogojuje z medicinsko oceno zdravstvenega delavca, ki opravlja zdravstvene storitve v okviru sistema zdravstvenega zavarovanja navedene države, in s poznejšo izdajo zahtevka za hospitalizacijo s strani navedenega delavca, pri čemer ni dovoljeno predložiti enakovrednih zdravstvenih dokumentov, ki jih izdajo zasebne zdravstvene ustanove, tudi v primeru, ko je do hospitalizacije prišlo v državi članici, ki ni država članica stalnega prebivališča zavarovanca in kjer je bila zdravstvena storitev opravljena?

2. Ali je treba člena 49 in 56 PDEU, člen 22(1)(c) Uredbe št. 1408/71, načeli prostega gibanja pacientov in prostega pretoka storitev ter načeli učinkovitosti in sorazmernosti razlagati tako, da nasprotujejo nacionalni ureditvi, ki v primeru, da ni pridobljena predhodna odobritev, določa znesek storitev, ki ga je treba plačati, na ravni stroškov, ki bi jih morala kriti država članica stalnega prebivališča, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju, in sicer na podlagi izračuna, ki znatno omejuje znesek takega nadomestila v primerjavi s stroški, ki jih je zavarovanec dejansko imel v državi članici, v kateri so bile zagotovljene zadevne zdravstvene storitve?

Navedene nacionalne določbe in nacionalna sodna praksa

Člena 49 in 56 PDEU

Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu; člen 7

Uredba Sveta (EGS) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti; člen 22

Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti; člena 1 in 2

Sodba z dne 9. oktobra 2014, Petru (C-268/13); sklep z dne 11. julija 2013, Luca (C-430/12); sodba z dne 12. julija 2001, Vanbraekel in drugi (C-368/98); sodba z

dne 5. oktobra 2010, Elchinov (C-173/09); sodba z dne 16. maja 2006, Watts (C-372/04); sodba z dne 25. februarja 2003, IKA (C-326/00); sodba z dne 12. aprila 2005, Keller (C-145/03); sodba z dne 15. junija 2010, Komisija/Španija (C-211/08); sodba z dne 12. julija 2001, Smits in Peerbooms (C-157/99); sodba z dne 13. maja 2003, Müller-Fauré in van Riet (C-385/99); sodba z dne 19. aprila 2007, Stamatelaki (C-444/05); sodba z dne 6. oktobra 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate in Casa de Asigurări de Sănătate Constanța (C-538/19), in sodba z dne 29. oktobra 2020, Veselības ministrija (C-243/19)

Navedene nacionalne določbe

Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (sklep vlade št. 304/2014 o odobritvi metodoloških pravil o čezmejnem zdravstvenem varstvu):

- člen 3(1)(b)(i) metodoloških pravil iz priloge k sklepu vlade, v skladu s katerim zdravstvena zavarovalnica na podlagi pisnega zahtevka zavarovanca, ki so mu priložena dokazila, povrne stroške čezmejnega zdravstvenega varstva, ki je bilo opravljeno na ozemlju države članice Evropske unije in ki ga je zavarovanec plačal, če je bilo zdravstveno varstvo med drugim zagotovljeno po medicinski oceni zdravstvenega delavca, ki zagotavlja zdravstvene storitve v okviru romunskega sistema zdravstvenega zavarovanja, in na podlagi katere je bil izdan zahtevk za hospitalizacijo;
- člen 3(2) metodoloških pravil, ki v bistvu določa, da dokazila iz odstavka (1) pomenijo vsak zdravstveni dokument, vključno z zahtevkom za hospitalizacijo, iz katerega je razvidno, da je zavarovanec koristil zdravstvene storitve, [dokument, ki ga mora] datirati in podpisati zdravstveni delavec, ki ga je izdal, ter dokumente v zvezi s plačilom, iz katerih je razvidno, da je zavarovanec zdravstvene storitve plačal v celoti;
- člen 3(4) metodoloških pravil, v skladu s katerim zdravstvena zavarovalnica, če so izpolnjeni pogoji iz odstavka (3), pripravi obračun za povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva po vzorcu obračuna iz priloge št. 3;
- člen 4 metodoloških pravil, v skladu s katerim se povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva iz člena 3(1) v bistvu izvede na ravni stroškov, plačanih za zdravstvene storitve, opravljene na ozemlju Romunije.

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 (odlok ministrstva za zdravje in Casa Națională de Asigurări de Sănătate št. 397/836/2018 o odobritvi metodoloških pravil za uporabo sklepa vlade št. 140/2018 o odobritvi ponudb storitev in okvirne pogodbe, ki ureja pogoje zagotavljanja zdravstvenega varstva, zdravil in medicinskih pripomočkov v okviru sistema zdravstvenega zavarovanja za obdobje 2018–2019)

Kratka predstavitev dejanskega stanja in postopka v glavni stvari

- 1 Osebi AF je bil 8. marca 2018 diagnosticiran adenokarcinom prostate, kot je razvidno iz zdravniškega pisma, ki ga je izdala Clinica de Urologie și Andrologie Endoplus (klinika za urologijo in andrologijo Endoplus) v Cluj-Napoca (Romunija) in v skladu s katerim je bila priporočena radikalna prostatektomija, ki naj bi se opravila s tradicionalno laparoskopijo ali z robotsko kirurgijo.
- 2 Oseba AF je bila obveščena, da se kirurški poseg lahko opravi z robotsko podprto radikalno prostatektomijo (DaVinci), ki ima v primerjavi s klasično radikalno prostatektomijo prednosti za pacientovo zdravje in poznejše okrevanje ter jo je zdravnik tudi priporočil. Poleg tega je bila oseba AF seznanjena, da imajo robota DaVinci v javni bolnišnici v Cluj-Napoci (Romunija), ki pa ni deloval, ker na navedeni dan niso bili kupljeni potrošni materiali, potrebni za njegovo delovanje, zato je bila oseba AF obveščena, da se zadevni poseg lahko opravi v zasebni zdravstveni ustanovi na kliniki v Brașovu (Romunija) in stane približno 13.000 EUR.
- 3 Ker so od diagnoze minili že približno štiri mesece, se je oseba AF odločila, da se bo za enake stroške zdravila v centru z bogatimi izkušnjami, ki se ukvarja izključno z zadevno boleznijo, in sicer v bolnišnici v Nemčiji.
- 4 Za zdravljenje v tujini je oseba AF na CJAS naslovila prošnjo za izdajo obrazca E 112 v skladu z uredbo 1408/71, vendar njena prošnja ni bila prejeta.
- 5 Sočasno je bila po korespondenci s kliniko v Nemčiji osebi AF ponujena možnost koriščenja zadevnega kirurškega posega 9. maja 2018, ker je drug pacient odpovedal rezervacijo na ta datum. V nasprotnem primeru bi morala oseba AF čakati še približno osem tednov po prejemu odobritve s strani CJAS, da bi se lahko dogovorila za nov termin [posega].
- 6 Za rezervacijo datuma posega 9. maja 2018 je oseba AF v ta namen 24. aprila 2018 izvedla plačilo. Kirurški poseg je bil opravljen na predvideni datum v Nemčiji, hospitalizacija pa je bila določena za obdobje od 9. maja 2018 do 14. maja 2018.
- 7 Po navedenem plačilu in glede na to, da je CJAS zavrnil sprejem prošnje osebe AF, se je ta odločila, da bo prošnjo na CJAS posredovala po pošti s priporočenim pismom s povratnico, 17. maja 2018 pa je bila obveščena, da njena prošnja ni na standardnem obrazcu in da ne vsebuje vseh potrebnih dokumentov.

- 8 Oseba AF je po vrnitvi v Romunijo pri CJAS vložila zahtevek za plačilo zneska, plačanega v Nemčiji, pri čemer se je sklicevala na Uredbo št. 1408/71 in sodbo v zadevi Elchinov.
- 9 Poleg zavrnitve zahtevka za plačilo je CJAS navedel, da se obrazec E 112 izda pred odhodom upravičenca in da bi bilo treba za povračilo zneska upoštevati postopek iz sklepa vlade št. 304/2014.
- 10 Oseba AF trdi, da je ta postopek upoštevala, vendar neuspešno. Tako je oseba AF 5. septembra 2018 pri CJAS vložila zahtevek za vračilo zneska v višini 13.069 EUR, ki predstavlja plačilo za zdravstvene storitve, plačane kliniki v Nemčiji, in hkrati predložila vse potrebne dokumente, razen zahtevka za hospitalizacijo, ki ga je izdal zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstvene storitve v sistemu zdravstvenega zavarovanja Romunije.
- 11 Navedeni zahtevek je bil 1. oktobra 2018 zavrnjen, ker mu niso bila predložena dokazila o medicinski oceni, ki je bila opravljena v Romuniji in ki se je zaključila z zahtevkom za hospitalizacijo.
- 12 V tem okviru je oseba AF pri Curtea de Apel Târgu Mureș (pritožbeno sodišče Târgu Mureș) vložila tožbo, s katero je zahtevala razglasitev ničnosti določb o pogojih za povračilo stroškov za zdravstvene storitve, določb o načinu izračuna v zvezi s povračilom stroškov za zdravstvene storitve iz metodoloških pravil in odločb o zavrnitvi ter posledično vračilo zneska 13.069 EUR, ki predstavlja stroške za zdravstvene storitve, plačane v Nemčiji.
- 13 Oseba AF je v obrazložitvi tožbe navedla, da izpodbijane določbe pomenijo nepravilen prenos Direktive 2011/24, saj kršijo načelo primarnosti prava Unije, natančneje člen 56 PDEU in Uredbo št. 1408/71, kot ju je Sodišče razložilo v sodbi v zadevi Elchinov, ter Uredbo št. 883/2004, ker vsekakor izključujejo povračilo stroškov, nastalih v zvezi z bolnišničnim zdravljenjem brez predhodne odobritve v drugi državi članici.
- 14 Oseba AF je trdila, da je bil njen zahtevek za povračilo stroškov nezakonito zavrnjen, da je izpolnjevala pogoje za izdajo obrazca E 112 in da dejstvo, da sta bili zdravljenje in plačilo storitev opravljeni, preden je tožena stranka obravnavala njeno vlogo za izdajo obrazca, ne more voditi do neuresničitve njene subjektivne pravice.
- 15 Po zavrnitvi navedene tožbe je oseba AF vložila pritožbo pri predložitvenem sodišču Înalta Curte de Casație și Justiție (vrhovno kasacijsko sodišče, Romunija), ki je odločilo, da Sodišču predloži vprašanje za predhodno odločanje.

Bistvene trditve strank v postopku v glavni stvari

- 16 Oseba AF prosi Sodišče, naj odloči o predlogu za sprejetje predhodne odločbe, saj meni, da nacionalna zakonodaja določa pogoje, ki niso predvideni v besedilu

Direktive in jih v praksi ni mogoče izpolniti. Poleg tega, čeprav je za plačilo zdravstvene storitve, opravljene na ozemlju Romunije, treba predložiti dokazilo o zahtevku za hospitalizacijo, tak pogoj ni združljiv s pravico, priznano z Direktivo, saj v primeru zdravljenja v drugi državi članici zahtevke za hospitalizacijo ni več potreben, ampak je potrebna le medicinska ocena zdravnika specialista. Nadalje, čeprav pravo Unije priznava možnost države članice, da omeji plačani znesek, način, ki je za to določen v nacionalni zakonodaji, krši načelo sorazmernosti in s tem spodkopava bistvo pacientove pravice.

- 17 CJAS nasprotuje predložitvi predloga za sprejetje predhodne odločbe Sodišču, saj meni, da razlaga, ki jo je zahtevala oseba AF, ne bi pomenila novega elementa. V zvezi s tem se sklicuje na sodbo v zadevi Petru in sklep v zadevi Luca.
- 18 V zvezi z razlago člena 7(2) Direktive 2011/24 z vidika možnosti države izvora pacienta, da naknadno povračilo zneska za čezmejne zdravstvene storitve pogojuje z medicinsko oceno, ki se natančno uresniči v zahtevku za hospitalizacijo, pri čemer je izključena vsaka druga vrsta zdravniškega dokumenta, ki dokazuje to oceno, je CJAS navedel, da je Sodišče pri razlagi Uredbe št. 1408/71 sprejelo številne odločbe, v katerih razlikuje med načrtovanim bolnišničnim zdravljenjem (sodbe v zadevah Vanbraekel in drugi, Petru, Elchinov in Watts) in nenačrtovanim bolnišničnim zdravljenjem (sodbe v zadevah IKA, Keller in Komisija/Španija). Sodišče je glede zahteve po predhodni odobritvi – kolikor jo upravičuje potreba po zagotovitvi zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega kakovostnega zdravstvenega varstva v zadevni državi, zagotavljanju nadzora nad stroški ter preprečevanju razsipavanja s finančnimi, tehničnimi in človeškimi viri – odločilo v sodbah v zadevah Smits in Peerbooms, Müller Fauré in van Riet, Stamatelaki ter Vanbraekel in drugi.

Kratka predstavitev obrazložitve predloga za sprejetje predhodne odločbe

- 19 Predložitveno sodišče navaja, da bo moralo za odločanje o pritožbi, ki jo je vložila oseba AF, izdati končno sodbo, zoper katero v skladu z nacionalnim pravom na podlagi člena 267 PDEU ni mogoče vložiti pritožbe.
- 20 Navedeno sodišče najprej ugotavlja, da čeprav je poskus osebe AF, da bi v začetku aprila vložila vlogo za izdajo obrazca E 112, dokazano dejstvo, zavrnitev registracije navedene vloge ni upoštevana, saj gre v obravnavanem primeru za vprašanje zakonitosti upravnih aktov, izdanih po datumu, ko je bil opravljen čezmejni zdravstveni poseg in so bili plačani z njim povezani stroški.
- 21 V zvezi s pritožbenim razlogom glede vključitve zdravljenja osebe AF v okviru ponudbe osnovnih storitev, ki jih je plačal Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (enotni nacionalni sklad za zdravstveno varstvo, Romunija) (v nadaljevanju: nacionalni sklad), ki je določen v odloku št. 397/836/2018, predložitveno sodišče navaja, da čeprav se v tej fazi postopka ne more z gotovostjo izreči o tem vidiku zakonitosti, je v svoji preiskavi ugotovilo obstoj elementov, za katere se zdi, da nasprotujejo stališčem CJAS, ki jih je Curtea de

Apel (pritožbeno sodišče) sprejelo in v skladu s katerimi naj zdravstveni poseg, ki ga je prestala oseba AF, ne bi bil vključen v ponudbo osnovnih storitev, ki jih je plačal navedeni sklad. Podlaga navedene ugotovitve predložitvenega sodišča je med drugim dejstvo, da je seznam iz navedenega odloka, v skladu s trditvijo toženih strank in nasprotnih strank v postopku s kasacijsko pritožbo (v nadaljevanju: nasprotne stranke), seznam skupin diagnoz in da *zdravstvena metoda ali tehnika zdravljenja kot taki nista navedeni v nacionalni zakonodaji*, ki ureja dodeljevanje zdravstvenega varstva v okviru romunskega sistema zdravstvenega zavarovanja.

- 22 Predložitveno sodišče meni, da je treba pri odločanju o tem vprašanju upoštevati tudi točko 3 izreka sodbe v zadevi Elchinov in uvodno izjavo 34 Direktive 2011/24.
- 23 Če bi se po odločitvi o tem pritožbenem razlogu štelo, da je zdravljenje, ki ga je prestala oseba AF, vključeno v ponudbo osnovnih storitev, ki jih je plačal nacionalni sklad romunske države, potem obstaja povezava med vprašanjema [za predhodno odločanje] in rešitvijo zadeve.
- 24 **Prvo vprašanje** se nanaša na (i) pogoj, da je oceno opravil izključno zdravnik iz državnega zdravstvenega sistema (in ne iz zasebnega zdravstvenega sistema zadevne države), in (ii) formalni pogoj, da je zahtevek za hospitalizacijo izdala država, iz katere prihaja pacient, čeprav je storitev opravljena v drugi državi članici.
- 25 Predložitveno sodišče pri analizi prvega vprašanja, v zvezi s katerim sta nasprotni stranki trdili, da ga dovoljuje člen 7(7) Direktive 2011/24, najprej opozarja na odločitev Sodišča v točkah 23, 30 in od 34 do 37 sodbe v zadevi Stamatelaki in ugotavlja, da se zdi določitev takega formalnega pogoja, ki nikakor ne temelji na kakršni koli objektivni utemeljitvi ali kritični presoji kakovosti zdravstvene dokumentacije, nesorazmerna glede na cilj zagotavljanja finančnega ravnotežja sistema socialne varnosti.
- 26 Do tega sklepa privedejo tudi ugotovitve Sodišča v točkah 40, 44, 45, 47, 51 do 53 in 55 sodbe v zadevah Casa Națională de Asigurări de Sănătate in Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, saj se zdi, da navedeni pogoj presega zahteve iz člena 20 Uredbe št. 883/2004.
- 27 V zvezi z drugim pogojem, glede katerega CJAS trdi, da ga dovoljuje člen 7(7) Direktive 2011/24, medtem ko oseba AF trdi, da ga direktiva ne določa in da ga v praksi ni mogoče izpolniti, predložitveno sodišče trdi, da obstajajo resne težave pri utemeljevanju ustreznosti ohranitve takega pogoja za izdajo predhodne odobritve (ugoditev zahtevku za hospitalizacijo pod pogoji nacionalne zakonodaje), če je jasno, da hospitalizacija ne poteka v bolnišnični ustanovi države članice in zahtevek za hospitalizacijo kot tak ni namenjen hospitalizaciji niti v namembni državi članici.

- 28 Za ugotovitev utemeljenosti zavrnitve odobritve, ki jo zahteva člen 22 Uredbe št. 1408/71, mora predložitveno sodišče presoditi o zahtevi nacionalne zakonodaje po obstoju zahtevka za hospitalizacijo, ki je bil osebi AF odobren. Vendar pa se po mnenju predložitvenega sodišča zdi, da je določitev tako strogega formalnega pogoja v okoliščinah iz tega primera, v katerem je vprašljiva tudi skladnost nacionalne ureditve, ki preprečuje, da bi zdravnik, ki ni vključen v nacionalni sistem zdravstvenega zavarovanja, pripravil medicinsko oceno, pogoj, ki presega tisto, kar je določeno v členu 20 Uredbe št. 883/2004.
- 29 Navedeno sodišče ob sklicevanju, prvič, na uvodni izjavi 8 in 43 Direktive 2011/24 ter na člen 7(1) in (4) ter člen 8(1) Direktive 2011/24 in, drugič, na točke od 72 do 77 sodbe v zadevi Veselibas ministrija meni, da obstajajo dvomi o razumni utemeljitvi drugega zadevnega pogoja.
- 30 V zvezi z **drugim vprašanjem [za predhodno odločanje]** bi povezava med tem in rešitvijo zadeve obstajala, če bi predložitveno sodišče po presoji trditev v zadevi lahko ugotovilo, prvič, da je bila zavrnitev predhodne odobritve utemeljena in zakonita, in drugič, da je bilo zdravljenje osebe AF vključeno v ponudbo osnovnih storitev, ki jih plačuje nacionalni sklad.
- 31 Po mnenju nasprotnih strank določbe člena 4 metodoloških pravil, ki določajo zgornjo mejo povrnjenega zneska, ne pomenijo dodatnih pogojev, zaradi katerih bi bilo mogoče zavrniti pravico do povračila ali vplivati na njeno vsebino, kot trdi oseba AF, čeprav se z navedeno zgornjo mejo zmanjša znesek, ki ga je treba povrniti. Navedene določbe bi pomenile prenos člena 7(4) Direktive 2011/24, saj ni nič neobičajnega, da obstaja algoritem za izračun. Tako je treba v skladu z običajno prakso, kadar je pacient zavarovan v okviru romunskega sistema zdravstvenega zavarovanja, povračilo stroškov zdravstvenega varstva, ki ga je navedeni pacient koristil na ozemlju druge države članice, izvesti v višini stroškov, plačanih za zdravstvene storitve, opravljene na ozemlju Romunije. Ta sicer izrazita omejitev je dovoljena v skladu s pravom Unije in je razumna, saj je utemeljena z *razlogi splošnega interesa v zvezi z javnim zdravjem*.
- 32 Oseba AF navaja, da je sicer priznana pravica države članice, da omeji višino izplačanega zneska, vendar zaradi te pravice ne more biti pacientovi pravici odvzet namen.
- 33 Čeprav so nasprotne stranke trdile, da zdravljenje osebe AF ni predmet poravnave v okviru nacionalnega sistema, in so se izogibale konkretnemu izračunu stroškov takega zdravljenja, so bili v več dokumentih, ki so jih predložile nasprotne stranke in so zajeti v spisu, za leto 2018 navedeni zneski od 1367 do 4618 romunskih levov (RON). Glede na dokaze v spisu pa naj bi stroški osebe AF znašali 13.069 EUR [približno 60.000 RON po menjalnem tečaju Banca Națională a României (narodna banka Romunije) iz maja 2018].
- 34 Predložitveno sodišče navaja, da če bi po preučitvi dokazov, nacionalnega prava in načel prava Unije menilo, da bi oseba AF morala in bi lahko v razumnem roku

in ne da bi bilo ogroženo njeno življenje ali okrevanje pod podobnimi pogoji pridobila predhodno odobritev, ki jo nalaga člen 8 Direktive 2011/24, bo moralo preveriti skladnost nacionalne določbe, ki določa formulo za izračun, na podlagi katere je znesek tega nadomestila v primerjavi z dejansko nastalimi stroški zavarovanca znatno omejen.

- 35 Predložitveno sodišče je ob sklicevanju na ugotovitve Sodišča v točki 29 sklepa v zadevi Luca in točki 80 sodbe v zadevi Elchinov, pa tudi na uvodne izjave 5, 7, 21 in 22 ter na člen 5(b) in člen 7(3) Direktive 2011/24 navedlo, da želi z drugim vprašanjem za predhodno odločanje preveriti, ali je način izračuna plačila na zdravstvenem področju, ki ga ureja nacionalna zakonodaja, v skladu z obveznostjo iz člena 5(b) Direktive, in, implicitno, v primeru neizpolnjevanja pogojev za izdajo predhodne odobritve, ali je zavrnitev povračila ali povračilo v nesmiselnem deležu zneska, ki ga je zavarovanec dejansko plačal, v skladu z načelom sorazmernosti, pri čemer izhaja iz predpostavke, da zavarovanec ni imel dejanskih informacij o možnostih glede zneska, ki bi bil lahko povrnjen.

DELOVNI DOKUMENT