

Predmet C-489/23

**Sažetak zahtjeva za prethodnu odluku sastavljen na temelju članka 98.
stavka 1. Poslovnika Suda**

Datum podnošenja:

1. kolovoza 2023.

Sud koji je uputio zahtjev:

Înalta Curte de Casație și Justiție (Rumunjska)

Datum odluke kojom se upućuje zahtjev:

27. ožujka 2023.

Tužitelj u prvostupanjskom postupku i žalitelj u kasacijskom postupku:

AF

**Tuženici u prvostupanjskom postupku i druge stranke u kasacijskom
postupku:**

Guvernul României

Ministerul Sănătății

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

Predmet glavnog postupka

Žalba koju je žalitelj AF podnio u odnosu na Guvernul României (rumunjska vlada), Ministerul Sănătății (Ministarstvo zdravstva) i Casu Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (Okružni zavod za zdravstveno osiguranje u Mureșu, Rumunjska, u daljnjem tekstu: CJAS) protiv presude u građanskom postupku od 30. prosinca 2019. kojom je Curtea de Apel Târgu Mureș (Žalbeni sud u Târgu Mureșu, Rumunjska) odbila njegovu tužbu za poništenje određenih odredbi Hotărâreei Guvernului nr. 304/2014 (Odluka Vlade br. 304/2014), poništenje odluka kojima je odbijena naknada i naknadu iznosa od 13 069 eura koji odgovara naknadi koju je osoba AF platila za zdravstvene usluge kojima se koristila u jednoj klinici u Njemačkoj.

Predmet i pravna osnova zahtjeva za prethodnu odluku

Na temelju članka 267. UFEU-a traži se tumačenje članaka 49. i 56. UFEU-a, članka 7. stavka 7. Direktive 2011/24/EU, članka 22. stavka 1. točke (c) Uredbe (EEZ) br. 1408/71, kao i načela slobodnog kretanja pacijenata i usluga te načela djelotvornosti i proporcionalnosti.

Prethodna pitanja

1. Treba li članke 49. i 56. UFEU-a te članak 7. stavak 7. Direktive 2011/24/EU tumačiti na način da im se protive propisi kojima se naknada troškova koji su nastali osobi koja je obvezno osigurana u državi članici boravišta automatski uvjetuje medicinskom procjenom zdravstvenog stručnjaka koji pruža zdravstvene usluge u sustavu zdravstvenog osiguranja te države i time da je taj stručnjak naknadno izdao zahtjev za bolničko liječenje, pri čemu nije dopušteno dostaviti istovjetnu medicinsku dokumentaciju koju su izdale medicinske ustanove privatnog zdravstva, čak ni u slučaju kad je došlo do bolničkog liječenja te je zdravstvena usluga bila pružena u državi članici koja nije država članica osiguranikova boravišta?

2. Treba li članke 49. i 56. UFEU-a, članak 22. stavak 1. točku (c) Uredbe br. 1408/71, načelo slobodnog kretanja pacijenata i usluga te načela djelotvornosti i proporcionalnosti tumačiti na način da im se protive nacionalni propisi kojima se u slučaju kad nije izdano prethodno odobrenje utvrđuje da iznos usluga koji treba isplatiti odgovara visini troškova koje bi morala snositi država članica boravišta da je medicinska skrb pružena na njezinu državnom području, i to na temelju formule za izračun kojom se iznos te naknade znatno ograničava u odnosu na troškove koje je osiguranik stvarno snosio u državi članici koja je pružila zdravstvene usluge o kojima je riječ?

Navedene [odredbe prava Unije] i [sudska praksa Suda]

Članci 49. i 56. UFEU-a

Direktiva 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi; članak 7.

Uredba Vijeća (EEZ) br. 1408/71 od 14. lipnja 1971. o primjeni sustava socijalne sigurnosti na zaposlene osobe i njihove obitelji koji se kreću unutar Zajednice; članak 22.

Uredba (EZ) br. 883/2004 Europskog parlamenta i Vijeća od 29. travnja 2004. o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti; članci 1. i 2.

Presuda od 9. listopada 2014., Petru (C-268/13); rješenje od 11. srpnja 2013., Luca (C-430/12); presuda od 12. srpnja 2001., Vanbraekel i dr. (C-368/98);

presuda od 5. listopada 2010., Elchinov (C-173/09); presuda od 16. svibnja 2006., Watts (C-372/04); presuda od 25. veljače 2003., IKA (C-326/00); presuda od 12. travnja 2005., Keller (C-145/03); presuda od 15. lipnja 2010., Komisija/Španjolska (C-211/08); presuda od 12. srpnja 2001., Smits i Peerbooms (C-157/99); presuda od 13. svibnja 2003., Müller-Fauré i van Riet (C-385/99); presuda od 19. travnja 2007., Stamatelaki (C-444/05); presuda od 6. listopada 2021., Casa Națională de Asigurări de Sănătate i Casa de Asigurări de Sănătate Constanța (C-538/19) i presuda od 29. listopada 2020., Veselības ministrija (C-243/19)

Navedene nacionalne odredbe

Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (Odluka Vlade br. 304/2014 o odobrenju Metodoloških pravila u vezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom):

- članak 3. stavak 1. točka (b) podtočka (i) Metodoloških pravila sadržanih u Prilogu Odluci Vlade, u skladu s kojima na pisani zahtjev osiguranika, kojem treba priložiti dokaznu dokumentaciju, zavod za zdravstveno osiguranje nadoknađuje iznos koji je osiguranik platio za prekograničnu zdravstvenu zaštitu pruženu na državnom području države članice Europske unije pod uvjetom da je, među ostalim, navedena zdravstvena zaštita pružena nakon medicinske procjene zdravstvenog stručnjaka koji pruža zdravstvene usluge u rumunjskom sustavu zdravstvenog osiguranja, koja je zaključena izdavanjem zahtjeva za bolničko liječenje;
- članak 3. stavak 2. Metodoloških pravila, kojim se u biti utvrđuje da dokazna dokumentacija iz stavka 1. obuhvaća svu medicinsku dokumentaciju, uključujući zahtjev za bolničko liječenje, iz koje proizlazi da se osiguranik koristio zdravstvenim uslugama, [što je dokumentacija koju treba] datirati i potpisati zdravstveni stručnjak koji ju je izdao, te dokumente koji se odnose na plaćanje iz kojih proizlazi da je osiguranik u cijelosti platio zdravstvene usluge;
- članak 3. stavak 4. Metodoloških pravila, u skladu s kojim, ako su poštovane odredbe stavka 3., zavod za zdravstveno osiguranje sastavlja bilješku o izračunu koja se odnosi na naknadu iznosa prekogranične zdravstvene zaštite, pri čemu se upotrebljava predložak bilješke o izračunu predviđen Prilogom br. 3;
- članak 4. Metodoloških pravila, u skladu s kojim naknada iznosa prekogranične zdravstvene zaštite predviđena člankom 3. stavkom 1. odgovara u biti visini troškova koji se plaćaju za zdravstvene usluge koje se pružaju na rumunjskom državnom području.

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 (Uredba Ministarstva zdravstva i Državnog zavoda za zdravstveno osiguranje br. 397/836/2018 o odobrenju Metodoloških pravila za primjenu u 2018. Odluke Vlade br. 140/2018 o odobrenju košarice usluga i okvirnog ugovora kojim se uređuju uvjeti pružanja zdravstvene zaštite te davanja lijekova i medicinskih proizvoda u okviru sustava zdravstvenog osiguranja za razdoblje 2018. – 2019.).

Sažet prikaz činjenica i glavnog postupka

- 1 Osobi AF dijagnosticiran je 8. ožujka 2018. adenokarcinom prostate, kao što to proizlazi iz medicinskog dopisa Clinice de Urologie și Andrologie Endoplus (Klinika za urologiju i andrologiju Endoplus) iz Cluj-Napocce (Rumunjska), prema kojem se preporučuje radikalna prostatektomija koju treba izvršiti uobičajenom laparoskopijom ili robotskom kirurgijom.
- 2 Osoba AF obaviještena je o tome da postoji mogućnost da se kirurški zahvat izvede s pomoću robota DaVinci (*Robot-assisted radical prostatectomy*), što je zahvat koji ima prednosti za zdravlje i kasniji oporavak pacijenta u odnosu na uobičajeni zahvat radikalne prostatektomije, što je preporučio i liječnik. Osim toga, osoba AF obaviještena je da se robot DaVinci nalazi u javnoj bolnici u Cluj-Napoci (Rumunjska), ali da nije u funkciji jer do tog dana nije pribavljen potrošni materijal koji je potreban za njegov rad te je zbog toga osobi AF rečeno da postoji mogućnost da se zahvat o kojem je riječ obavi u okviru sustava privatnog zdravstva u klinici u Brașovu (Rumunjska) uz trošak od otprilike 13 000 eura.
- 3 Budući da su od postavljanja dijagnoze već protekla otprilike četiri mjeseca, osoba AF odlučila je podvrgnuti se liječenju s istim troškovima u centru s velikim iskustvom u jednoj bolnici u Njemačkoj, koji se bavi isključivo bolešću o kojoj je riječ.
- 4 Nakon što je završeno liječenje u inozemstvu, osoba AF uputila je CJAS-u zahtjev za izdavanje obrasca E 112 u skladu s Uredbom br. 1408/71, ali je to tijelo odbilo zaprimiti njezin zahtjev.
- 5 Usporedno s tim postupkom, slijedom komunikacije s klinikom u Njemačkoj, osobi AF ponuđena je mogućnost da se podvrgne kirurškom zahvatu o kojem je riječ 9. svibnja 2018., s obzirom na to da je jedan drugi pacijent otkazao svoj termin za taj dan. U suprotnom bi osoba AF trebala čekati još otprilike osam tjedana od zaprimanja CJAS-ova odobrenja kako bi se organizirao novi termin [zahvata].
- 6 Kako bi rezervirala termin za 9. svibnja 2018. radi podvrgavanja zahvatu, osoba AF izvršila je plaćanje za zahvat 24. travnja 2018. Kirurški zahvat izveden je na planirani datum u Njemačkoj, a bolničko liječenje određeno je za razdoblje od 9. svibnja 2018. do 14. svibnja 2018.

- 7 Nakon navedenog plaćanja i s obzirom na to da je CJAS odbio zaprimiti njezin zahtjev, osoba AF odlučila je uputiti zahtjev CJAS-u poštom, preporučenom pošiljkom s povratnicom, te je 17. svibnja 2018. obaviještena da njezin zahtjev nije sastavljen na tipiziranom obrascu te da ne sadržava svu potrebnu dokumentaciju.
- 8 Nakon što se vratila u Rumunjsku, osoba AF zatražila je od CJAS-a isplatu iznosa koji je platila u Njemačkoj, pri čemu se pozvala na Uredbu br. 1408/71 i presudu Elchinov.
- 9 Osim što je odbio zahtjev za plaćanje, CJAS je naveo da se obrazac E 112 izdaje prije nego što korisnik napusti zemlju te da u svrhu povrata iznosa treba primijeniti postupak predviđen Odlukom Vlade br. 304/2014.
- 10 Osoba AF tvrdi da je postupila u skladu s tim postupkom, ali bez uspjeha. Stoga je osoba AF 5. rujna 2018. zatražila od CJAS-a povrat iznosa od 13 069 eura koji odgovara naknadi za zdravstvene usluge plaćene klinici u Njemačkoj te je istodobno dostavila svu potrebnu dokumentaciju, osim zahtjeva za bolničko liječenje koji izdaje zdravstveni stručnjak koji pruža zdravstvene usluge u rumunjskom sustavu zdravstvenog osiguranja.
- 11 Taj zahtjev odbijen je 1. listopada 2018. uz obrazloženje da nije dostavila dokaz o medicinskoj procjeni prevedenoj u Rumunjskoj koja je zaključena zahtjevom za bolničko liječenje.
- 12 U tom kontekstu osoba AF podnijela je tužbu Curtei de Apel Târgu Mureș (Žalbeni sud u Târgu Mureșu) kojom je zahtijevala poništenje odredbi koje se odnose na uvjete naknade troškova zdravstvenih usluga i odredbi Metodoloških pravila koje se odnose na način izračuna naknade troškova zdravstvene zaštite, kao i poništenje odluka o odbijanju zahtjeva uz posljedičnu naknadu iznosa od 13 069 eura koji odgovara naknadi za zdravstvene usluge plaćene u Njemačkoj.
- 13 U obrazloženju svoje tužbe osoba AF navela je da je pobijanim odredbama pogrešno prenesena Direktiva 2011/24, s obzirom na to da se njima povređuje načelo nadređenosti prava Unije, konkretnije, članak 56. UFEU-a i Uredba br. 1408/71, kako ih Sud tumači u presudi Elchinov, te Uredba br. 883/2004 jer se njima u svakom slučaju isključuje naknada troškova koji su nastali u vezi s bolničkom skrbi koja je bez prethodnog odobrenja pružena u drugoj državi članici.
- 14 Osoba AF tvrdila je da je njezin zahtjev za naknadu nezakonito odbijen, da je ispunjavao uvjete za izdavanje obrasca E 112 te da činjenica da je liječenje provedeno i da su usluge plaćene prije nego što je druga stranka u kasacijskom postupku razmotrila njezin zahtjev za izdavanje obrasca nije mogla dovesti do gubitka njezina subjektivnog prava.
- 15 Nakon što je odbijena ta tužba, osoba AF podnijela je žalbu sudu koji je uputio zahtjev, odnosno Înalta Curteu de Casație și Justiție (Vrhovni kasacijski sud, Rumunjska), koji je odlučio Sudu uputiti zahtjev za prethodnu odluku.

Glavni argumenti stranaka glavnog postupka

- 16 Osoba AF traži da se Sudu uputi zahtjev za prethodnu odluku jer smatra da se nacionalnim propisima uvode uvjeti koji nisu predviđeni tekstom Direktive i koje u praksi nije moguće ispuniti. Osim toga, iako je za potrebe plaćanja zdravstvene usluge koja je odobrena na rumunjskom državnom području potrebno podnijeti dokaz u obliku zahtjeva za bolničko liječenje, takav uvjet nije u skladu s pravom priznatim Direktivom jer se, u slučaju kad je liječenje provedeno u drugoj državi članici, više ne postavlja pitanje zahtjeva za bolničko liječenje, s obzirom na to da je potrebna samo medicinska procjena liječnika specijalista. Usto, iako se pravom Unije priznaje mogućnost da država članica ograniči iznos koji se isplaćuje, načinom na koji se to provodi nacionalnim propisima povređuje se načelo proporcionalnosti, čime se dovodi u pitanje bit prava pacijenta.
- 17 CJAS se protivi upućivanju zahtjeva za prethodnu odluku Sudu jer smatra da u tumačenju koje je zatražila osoba AF ne postoji novi element. U tom pogledu upućuje na presudu Petru i rješenje Luca.
- 18 Kad je riječ o tumačenju članka 7. stavka 2. Direktive 2011/24 s obzirom na mogućnost države članice pacijentova podrijetla da naknadnu naknadu troška prekogranične zdravstvene usluge uvjetuje medicinskom procjenom koja se obvezno konkretizira u zahtjevu za bolničko liječenje, pri čemu se isključuje bilo koja druga vrsta medicinske dokumentacije kojom se dokazuje procjena, CJAS navodi da je Sud prilikom tumačenja Uredbe br. 1408/71 donio brojne odluke u kojima pravi razliku između planirane bolničke skrbi (presude Vanbraekel i dr., Petru, Elchinov i Watts) i neplanirane bolničke skrbi (presude IKA, Keller i Komisija/Španjolska). Sud je o uvjetu koji se odnosi na prethodno odobrenje, u dijelu u kojem se taj uvjet opravdava potrebom osiguravanja dostatne i trajne dostupnosti uravnoteženog raspona zdravstvene skrbi u državi o kojoj je riječ, osiguravanja da se obuzdaju troškovi i izbjegne rasipanje financijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala, odlučio u presudama Smits i Peerbooms, Müller Fauré i van Riet, Stamatelaki te Vanbraekel i dr.

Sažet prikaz obrazloženja zahtjeva za prethodnu odluku

- 19 Sud koji je uputio zahtjev navodi da, kako bi odlučio o žalbi koju mu je podnijela osoba AF, treba donijeti pravomoćnu presudu koja se u skladu s nacionalnim pravom ne može dalje pobijati u smislu članka 267. UFEU-a.
- 20 Navedeni sud smatra, s jedne strane, da, iako je dokazano da je osoba AF početkom travnja pokušala podnijeti zahtjev za izdavanje obrasca E 112, činjenica da je odbijeno zaprimanje tog zahtjeva nije relevantna jer se u slučaju o kojem je riječ razmatra zakonitost upravnih akata koji su doneseni nakon datuma kad je izvršen prekogranični medicinski zahvat i kad su plaćeni s time povezani troškovi.
- 21 Kad je riječ o žalbenom razlogu koji se odnosi na to da je košaricom osnovnih usluga koje plaća Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

(Jedinstveni državni fond za socijalnu sigurnost, Rumunjska, u daljnjem tekstu: državni fond) predviđenom Uredbom br. 397/836/2018 obuhvaćeno liječenje kojem je povrgnuta osoba AF, sud koji je uputio zahtjev navodi da u ovoj fazi postupka, u kojoj ne može sa sigurnošću odlučiti o tom aspektu zakonitosti, iz provjera koje je proveo proizlaze elementi za koje se čini da se protive CJAS-ovim stajalištima koje je prihvatila Curtea de Apel Târgu Mureșu (Žalbeni sud u Târgu Mureșu) i prema kojima liječnički zahvat kojem je podvrgnuta osoba AF nije obuhvaćen košaricom osnovnih usluga koje plaća navedeni fond. Taj zaključak suda koji je uputio zahtjev temelji se, među ostalim, na činjenici da popis koji sadržava navedena uredba, u skladu s onim što su naveli upravo tuženici u prvostupanjskom postupku, odnosno druge stranke u kasacijskom postupku (u daljnjem tekstu: druge stranke u kasacijskom postupku), predstavlja popis grupa dijagnoza te da se *metoda ili medicinska tehnika liječenja kao takvi ne navode u nacionalnim propisima* kojima se uređuje pružanje zdravstvene zaštite u okviru rumunjskog sustava zdravstvenog osiguranja.

- 22 Sud koji je uputio zahtjev smatra da radi donošenja odluke o tom aspektu također treba uzeti u obzir točku 3. izreke presude Elchinov i uvodnu izjavu 34. Direktive 2011/24.
- 23 U slučaju u kojem bi se nakon donošenja odluke o tom žalbenom razlogu smatralo da je liječenje kojem je podvrgnuta osoba AF obuhvaćeno košaricom osnovnih usluga koje plaća državni fond Rumunjske, [prethodna] pitanja bila bi povezana s rješavanjem predmeta.
- 24 **Prvo pitanje** koje se postavlja odnosi se na: i. uvjet da je procjenu proveo isključivo liječnik iz državnog zdravstvenog sustava (a ne iz sustava privatnog zdravstva države o kojoj je riječ) te ii. formalni uvjet da je država iz koje pacijent potječe izdala zahtjev za bolničko liječenje, iako je usluga pružena u drugoj državi članici.
- 25 U analizi prvog pitanja, u pogledu kojeg su druge stranke u kasacijskom postupku smatrale da je dopušteno na temelju članka 7. stavka 7. Direktive 2011/24, sud koji je uputio zahtjev prije svega podsjeća na ono što je Sud utvrdio u točkama 23., 30. i 34. do 37. presude Stamatelaki te zaključuje da se čini da propisivanje tog formalnog uvjeta, u svakom slučaju, bez objektivnog opravdanja ili opravdanja koje je obuhvaćeno određenom vrstom kritičke ocjene kvalitete medicinske dokumentacije nije proporcionalno u odnosu na cilj osiguravanja financijske ravnoteže sustava socijalne sigurnosti.
- 26 Na taj zaključak navodi i utvrđenje Suda u točkama 40., 44., 45., 47., 51. do 53. i 55. presude Casa Națională de Asigurări de Sănătate i Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, s obzirom na to da se čini da navedeni uvjet prekoračuje zahtjeve iz članka 20. Uredbe br. 883/2004.
- 27 Kad je riječ o drugom uvjetu, u pogledu kojeg CJAS navodi da je dopušten na temelju članka 7. stavka 7. Direktive 2011/24, dok osoba AF navodi da nije

predviđen Direktivom i da ga nije moguće ispuniti u praksi, sud koji je uputio zahtjev smatra da postoje ozbiljne poteškoće u opravdavanju relevantnosti zadržavanja tog uvjeta za izdavanje prethodnog odobrenja (izdavanje zahtjeva za bolničko liječenje u skladu s uvjetima nacionalnog zakona) u slučaju kad je očito da do bolničkog liječenja ne dolazi u bolničkoj ustanovi države članice, niti je zahtjev za bolničko liječenje kao takav nužan za potrebe bolničkog liječenja u državi članici u kojoj se ono odvija.

- 28 Kako bi se utvrdilo je li osnovano odbijanje izdavanja odobrenja koje je potrebna u skladu s člankom 22. Uredbe br. 1408/71, element koji sud koji je uputio zahtjev treba ocijeniti jest uvjet koji se uvodi nacionalnim propisima i koji se odnosi na postojanje zahtjeva za bolničko liječenje koje je kao takvo odobreno osobi AF. Međutim, prema mišljenju suda koji je uputio zahtjev, čini se da se uvođenjem takvog strogo formalnog uvjeta, u okolnostima slučaja u kojem se dovodi u pitanje i usklađenost nacionalnog pravnog pravila kojim se isključuje mogućnost da izvješće o medicinskoj procjeni sastavlja liječnik koji nije dio nacionalnog sustava zdravstvenog osiguranja, propisuje uvjet koji prekoračuje ono što se predviđa člankom 20. Uredbe br. 883/2004.
- 29 Navedeni sud smatra, pri čemu upućuje, s jedne strane, na uvodne izjave 8. i 43., kao i na članak 7. stavke 1. i 4. te članak 8. stavak 1. Direktive 2011/24 i, s druge strane, na točke 72. do 77. presude Veselības ministrija, da postoje dvojbe u pogledu razumnog opravdanja drugog uvjeta o kojem je riječ.
- 30 Kad je riječ o **drugom [prethodnom] pitanju**, povezanost tog pitanja s rješavanjem predmeta postoji u slučaju u kojem bi sud koji je uputio zahtjev, nakon ocjene argumenata u predmetu, mogao zaključiti, s jedne strane, da je odbijanje izdavanja prethodnog odobrenja bilo opravdano i zakonito te, s druge strane, da je liječenje kojem je podvrgnuta osoba AF bilo obuhvaćeno košaricom osnovnih usluga koje plaća državni fond.
- 31 Druge stranke u kasacijskom postupku smatraju da odredbe članka 4. Metodoloških pravila, kojima se utvrđuje najviša granica iznosa troškova koji se nadoknađuju, ne predstavljaju dodatne uvjete koji dovode do uskraćivanja prava na naknadu ili koji utječu na pravo na naknadu u njegovoj biti, kao što to pak tvrdi osoba AF, čak i ako ta najviša granica dovodi do smanjenja iznosa koji se nadoknađuje. Navedenim odredbama prenosi se članak 7. stavak 4. Direktive 2011/24, s obzirom na to da je uobičajeno da postoji algoritam izračuna. Stoga, prema uobičajenoj praksi, pacijentu koji je uključen u rumunjski sustav zdravstvenog osiguranja treba nadoknaditi troškove zdravstvene zaštite kojom se navedeni pacijent koristio na državnom području druge države članice u visini troškova koji se plaćaju za zdravstvene usluge koje se pružaju na rumunjskom državnom području. Iako je drastično, takvo ograničenje dopušteno je pravom Unije i razumno je s obzirom na to da je opravdano *razlozima u općem interesu koji se odnose na javno zdravlje*.

- 32 Osoba AF navodi da, iako se priznaje pravo države članice da ograniči visinu iznosa koji se isplaćuje, učinak tog prava ne može biti taj da se pravo pacijenta liši sadržaja.
- 33 Iako su druge stranke u kasacijskom postupku navele da se liječenje kojem je podvrgnuta osoba AF ne plaća u nacionalnom sustavu te su izbjegle izvršiti konkretan izračun troškova tog liječenja, u raznim dokumentima koje su sastavile druge stranke u kasacijskom postupku i koji se nalaze u spisu navode se, za 2018., iznosi od 1367 do 4618 rumunjskih leua. Međutim, na temelju dokaza iz spisa, osoba AF snosila je trošak od 13 069 eura (otprilike 60 000 rumunjskih leua prema tečaju Bance Națională a României (Rumunjska narodna banka) u svibnju 2018.).
- 34 Sud koji je uputio zahtjev navodi da u slučaju kad bi smatrao, slijedom ocjene dokaza, nacionalnog prava i načela prava Unije, da je osoba AF trebala i mogla u razumnom vremenu i na način kojim se ne bi bio doveo u pitanje njezin život ili ozdravljenje u istovjetnim uvjetima, ishoditi prethodno odobrenje propisano člankom 8. Direktive 2011/24, morat će ispitati usklađenost nacionalne odredbe kojom se utvrđuje formula za izračun i kojom se iznos te naknade znatno ograničava u odnosu na troškove koje je osiguranik stvarno snosio.
- 35 Sud koji je uputio zahtjev podsjeća na utvrđenja Suda u točki 29. rješenja Luca i točki 80. presude Elchinov te na uvodne izjave 5., 7., 21. i 22., članak 5. točku (b) i članak 7. stavak 3. Direktive 2011/24 i navodi da drugim prethodnim pitanjem nastoji utvrditi poštuje li se načinom izračuna naknade u području zdravstva koji je uređen nacionalnim propisima obveza propisana člankom 5. točkom (b) Direktive te, implicitno, u slučaju neispunjenja uvjetâ za izdavanje prethodnog odobrenja, poštuje li se načelo proporcionalnosti odbijanjem naknade odnosno naknadom koja je apsurdna u odnosu na iznos koji je osiguranik stvarno platio ako se polazi od pretpostavke da osiguranik nije imao stvarne informacije o iznosu koji se mogao naknaditi.