Zbornik sudske prakse

PRESUDA SUDA (četvrto vijeće)

4. rujna 2025.*

„Zahtjev za prethodnu odluku – Socijalna sigurnost – Zdravstveno osiguranje – Članak 56. UFEU-a – Slobodno pružanje usluga – Uredba (EZ) br. 883/2004 – Članak 20. stavci 1. i 2. – Zdravstvena zaštita primljena u državi članici koja nije država članica boravišta osigurane osobe – Direktiva 2011/24/EU – Članak 7. stavak 7. – Pokriće troškova zdravstvene zaštite nastalih osiguranoj osobi – Nadoknada – Nacionalni propis kojim se pokriće troškova uvjetuje obavljanjem liječničkog pregleda koji obavlja isključivo liječnik iz javnog sustava zdravstvenog osiguranja države članice boravišta osigurane osobe, slijedom kojeg je taj liječnik izdao dokument kojim se toj osobi odobrava bolničko liječenje – Znatno ograničenje nadoknade troškova prekogranične zdravstvene zaštite”

U predmetu C-489/23,

povodom zahtjeva za prethodnu odluku na temelju članka 267. UFEU-a, koji je uputio Înalta Curte de Casație și Justiție (Vrhovni kasacijski sud, Rumunjska), odlukom od 27. ožujka 2023., koju je Sud zaprimio 1. kolovoza 2023., u postupku

AF

protiv

Guvernul României,

Ministerul Sănătății,

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș,

SUD (četvrto vijeće),

u sastavu: I. Jarukaitis, predsjednik vijeća, N. Jääskinen, A. Arabadjiev (izvjestitelj), M. Condinanzi i R. Frendo, suci,

nezavisni odvjetnik: D. Spielmann,

tajnik: A. Calot Escobar,

uzimajući u obzir pisani dio postupka,

* Jezik postupka: rumunjski

uzimajući u obzir očitovanja koja su podnijeli:

– za poljsku vladu, B. Majczyna, u svojstvu agenta,

– za Europsku komisiju, C. Gheorghiu, B.-R. Killmann i E. Schmidt, u svojstvu agenata,

saslušavši mišljenje nezavisnog odvjetnika na raspravi održanoj 15. svibnja 2025.,

donosi sljedeću

Presudu

1 Zahtjev za prethodnu odluku odnosi se na tumačenje članaka 49. i 56. UFEU-a, članka 22. stavka 1. točke (c) Uredbe Vijeća (EEZ) br. 1408/71 od 14. lipnja 1971. o primjeni sustava socijalne sigurnosti na zaposlene osobe, samozaposlene osobe i članove njihovih obitelji koji se kreću unutar Zajednice (SL 1971., L 149, str. 2.) (SL, posebno izdanje na hrvatskom jeziku, poglavlje 5., svezak 5., str. 7.), u verziji izmijenjenoj i ažuriranoj Uredbom Vijeća (EZ) br. 118/97 od 2. prosinca 1996. (SL 1997., L 28, str. 1.) (SL, posebno izdanje na hrvatskom jeziku, poglavlje 5., svezak 7., str. 7.), kako je izmijenjena Uredbom (EZ) br. 592/2008 Europskog parlamenta i Vijeća od 17. lipnja 2008. (SL 2008., L 177, str. 1.) (SL, posebno izdanje na hrvatskom jeziku, poglavlje 5., svezak 2., str. 118.; u daljnjem tekstu: Uredba br. 1408/71), članka 7. stavka 7. Direktive 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi (SL 2011., L 88, str. 45.) (SL, posebno izdanje na hrvatskom jeziku, poglavlje 15., svezak 14., str. 165. i ispravak SL 2023./90092, L) kao i načelâ slobodnog kretanja pacijenata i usluga te načelâ djelotvornosti i proporcionalnosti.

2 Zahtjev je upućen u okviru spora između osobe AF, fizičke osobe s boravištem u Rumunjskoj, te Guvernula României (rumunjska vlada), Ministerula Sănătăii (Ministarstvo zdravstva, Rumunjska) i Case Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (Regionalni zavod za zdravstveno osiguranje u Mureșu, Rumunjska, u daljnjem tekstu: Zavod za zdravstveno osiguranje) u vezi s odbijanjem tih tijela da osobi AF nadoknade troškove zdravstvene zaštite koja joj je pružena u Njemačkoj.

Pravni okvir

Pravo Unije

Ugovor o funkcioniranju Europske unije

3 Članak 49. UFEU-a glasi:

„U okviru niže navedenih odredaba, ograničivanje slobode poslovnog nastana državljana jedne države članice na državnom području druge države članice zabranjuje se. Ta se zabrana odnosi i na ograničivanje osnivanja zastupništava, podružnica ili društava kćeri od strane državljana bilo koje države članice s poslovnim nastanom na državnom području bilo koje druge države članice.

Sloboda poslovnog nastana uključuje pravo pokretanja i obavljanja djelatnosti kao samozaposlene osobe te pravo osnivanja i upravljanja poduzećima, osobito trgovačkim društvima u smislu drugog

stavka članka 54., sukladno uvjetima koje pravo zemlje u kojoj se taj poslovni nastan ostvaruje utvrđuje za svoje državljane, a podložno odredbama poglavlja koje se odnosi na kapital."

4 Člankom 56. prvim stavkom UFEU-a određuje se:

„U okviru odredaba navedenih u nastavku, zabranjuju se ograničenja slobode pružanja usluga unutar [Europske u]nije u odnosu na državljane država članica s poslovnim nastanom u državi članici koja nije država osobe kojoj su usluge namijenjene."

Uredba (EZ) br. 883/2004

5 Uredba (EZ) br. 883/2004 Europskog parlamenta i Vijeća od 29. travnja 2004. o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (SL 2004., L 166, str. 1.) (SL, posebno izdanje na hrvatskom jeziku, poglavlje 5., svezak 3., str. 160. i ispravak SL 2020., L 415, str. 88.) stavila je izvan snage i zamijenila Uredbu br. 1408/71 s učinkom od 1. svibnja 2010.

6 Članak 20. Uredbe br. 883/2004, naslovljen „Putovanje s ciljem ostvarivanja davanja u naravi – Odobrenje za podvrgavanje odgovarajućem liječenju izvan države članice boravišta", u stavcima 1. i 2. propisuje:

„1. Ako ovom uredbom nije drugačije određeno, osigurana osoba koja putuje u drugu državu članicu s ciljem ostvarivanja davanja u naravi tijekom privremenog boravišta [boravka], mora zatražiti odobrenje nadležne ustanove.

2. Osigurana osoba kojoj je nadležna ustanova odobrila odlazak u drugu državu članicu s ciljem podvrgavanja liječenju primjerenom njezinom stanju, ostvaruje uslugu u naravi koju joj u ime nadležne ustanove pruža ustanova mjesta privremenog boravišta, u skladu s odredbama zakonodavstva koje primjenjuje, kao da je osigurana na temelju spomenutog zakonodavstva. Odobrenje se izdaje ako je dotično liječenje uvršteno u davanja predviđena zakonodavstvom države članice u kojoj dotična osoba boravi i ako ga ne može ostvariti unutar medicinski opravdanog vremenskog razdoblja, uzimajući u obzir njezino trenutačno zdravstveno stanje i vjerojatan razvoj njezine bolesti."

Direktiva 2011/24

7 Uvodne izjave 5. i 29. do 31. Direktive 2011/24 glase:

„(5) Kao što je potvrdilo Vijeće u svojim zaključcima od 1. i 2. lipnja 2006. o zajedničkim vrijednostima i načelima u zdravstvenim sustavima Europske unije [(SL 2006., C 146, str. 1.)] […], postoji niz načela funkcioniranja koja su zajednička zdravstvenim sustavima diljem Unije. Ta su načela funkcioniranja nužna kako bi se osiguralo povjerenje pacijenata u prekograničnu zdravstvenu zaštitu koja je potrebna za ostvarenje mobilnosti pacijenata i visoke razine zaštite zdravlja. U istoj izjavi Vijeće je potvrdilo da se praktični načini na koje se ostvaruju te vrijednosti i načela znatno razlikuju između država članica. Konkretno, odluke o košarici zdravstvene zaštite na koju građani imaju pravo i mehanizmi koji se koriste za financiranje i pružanje te zdravstvene zaštite, npr. u kojoj je mjeri prikladno oslanjati se na tržišne mehanizme i pritiske tržišnog natjecanja radi upravljanja zdravstvenim sustavima, moraju se uzeti [donijeti] u nacionalnom kontekstu.

[…]

(29) Potrebno je propisati da bi i pacijenti koji traže zdravstvenu zaštitu u drugoj državi članici u okolnostima drukčijim od onih predviđenih Uredbom [br. 883/2004] trebali moći iskoristiti načela slobodnog kretanja pacijenata, usluga i roba u skladu s [UFEU-om] i ovom direktivom. Pacijentima bi trebalo osigurati pokriće troškova te zdravstvene zaštite barem u visini predviđenoj za istu zdravstvenu zaštitu da je ona pružena u državi članici čijem sustavu pripadaju. Time bi se trebala u potpunosti poštovati odgovornost država članica za određivanje opsega pokrića za bolest koje pružaju svojim građanima i spriječiti eventualni značajni učinci na financiranje nacionalnih sustava zdravstvene zaštite.

(30) Za pacijente bi, stoga, ta dva sustava trebala biti usklađena: ili se primjenjuje ova direktiva ili propisi Unije o usklađivanju sustava socijalne sigurnosti.

(31) Pacijentima ne bi trebalo uskratiti povoljnija prava zajamčena uredbama Unije o usklađivanju sustava socijalne sigurnosti kada su ispunjeni uvjeti. Stoga bi svaki pacijent koji traži odobrenje za liječenje primjereno njegovu stanju u drugoj državi članici uvijek trebao dobiti odobrenje prema uvjetima predviđenim u uredbama Unije kada je to liječenje navedeno među povlasticama predviđenim zakonodavstvom u državi članici u kojoj pacijent ima boravište i kada pacijent ne može dobiti takvo liječenje u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir njegovo postojeće zdravstveno stanje i vjerojatni tijek toga stanja. Međutim, ako pacijent umjesto toga izričito zahtijeva da liječenje traži prema uvjetima ove Direktive, povlastice koje se odnose na nadoknadu troškova trebalo bi ograničiti na one koje se primjenjuju na temelju ove Direktive. Kada pacijent ima pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu na temelju ove direktive i Uredbe [br. 883/2004], a primjena te uredbe je povoljnija za pacijenta, država članica čijem sustavu pripada trebala bi pacijentu skrenuti pozornost na to.”

8 U skladu s člankom 1. te direktive:

„1. Ovom se direktivom utvrđuju pravila za olakšavanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti te promiče suradnja u području zdravstvene zaštite između država članica uz potpuno poštovanje nacionalnih nadležnosti pri organizaciji i pružanju zdravstvene zaštite […] [te se] nastoji pojasniti njezin odnos prema postojećem okviru o usklađivanju sustavâ socijalne sigurnosti, Uredbi (EZ) br. 883/2004, radi primjene prava pacijenata.

[…]

4. Ova direktiva ne utječe na zakone i druge propise u državama članicama koji se odnose na organizaciju i financiranje zdravstvene zaštite u situacijama koje nisu u vezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom. Konkretno, ni jedna odredba ove direktive ne obvezuje državu članicu da nadoknadi troškove zdravstvene zaštite koju su pružili pružatelji zdravstvene zaštite s poslovnim nastanom na njezinom državnom području ako ti pružatelji nisu dio sustava socijalne sigurnosti ili javnog zdravstvenog sustava te države članice.”

9 Člankom 7. navedene direktive, naslovljenim „Opća načela nadoknade troškova”, propisuje se:

„1. Ne dovodeći u pitanje Uredbu (EZ) br. 883/2004 i podložno odredbama članaka 8. i 9., država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada osigurava nadoknadu troškova nastalih osiguranoj

osobi koja je dobila prekograničnu zdravstvenu zaštitu ako je dotična zdravstvena zaštita uvrštena u povlastice na koje osigurana osoba ima pravo u državi članici čijem sustavu pripada.

[…]

4. Troškove prekogranične zdravstvene zaštite nadoknađuje ili izravno plaća država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada do visine troškova koje bi pokrila država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada da je ta zdravstvena zaštita pružena na njezinom državnom području, s tim da se stvarni troškovi pružene zdravstvene zaštite ne mogu uvećati.

[…]

7. Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada može za pacijenta koji traži nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite, uključujući zdravstvenu zaštitu dobivenu putem telemedicinskih sredstava, propisati iste uvjete, kriterije za udovoljavanje uvjetima te regulatorne i administrativne formalnosti […] koje bi propisala da je ta zdravstvena zaštita pružena na njezinom državnom području. To može uključivati procjenu zdravstvenog stručnjaka ili djelatnika zdravstvene zaštite koji pruža usluge za državni sustav socijalne sigurnosti ili nacionalni zdravstveni sustav države članice čijem sustavu osigurana osoba pripada, poput liječnika opće prakse ili liječnika primarne zaštite kod kojeg je pacijent prijavljen ako je to nužno za određivanje pojedinog pacijentova prava na zdravstvenu zaštitu. Međutim, nikakvi uvjeti, kriteriji za udovoljavanje uvjetima te regulatorne i administrativne formalnosti propisani prema ovom stavku ne smiju biti diskriminirajući niti predstavljati prepreku slobodnom kretanju pacijenata, usluga ili roba, osim ako to nije objektivno opravdano zahtjevima u pogledu planiranja u vezi s ciljem osiguranja dostatne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude liječenja u dotičnoj državi članici ili sa željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje financijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala.

8. Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada ne smije uvjetovati nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite prethodnim odobrenjem, osim u slučajevima navedenim u članku 8.

[…]”

Rumunjsko pravo

10 „Metodološka pravila u vezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom” (u daljnjem tekstu: Metodološka pravila) sadržana su u prilogu Hotărârei Guvernului nº 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) od 16. travnja 2014. (*Monitorul Oficial al României*, dio I., br. 318 od 30. travnja 2014.).

11 Članak 3. stavak 1. Metodoloških pravila propisuje:

„Na pisani zahtjev osigurane osobe, člana njezine obitelji (roditelja, bračnog druga, sina/kćeri) ili osobe koju ona ovlasti, kojem treba priložiti dokaznu dokumentaciju, zavod za zdravstveno osiguranje nadoknađuje troškove prekogranične zdravstvene zaštite koja joj je pružena na državnom području države članice [Unije] i koje je platila po stopama predviđenima u članku 4., ako su:

[…]

(b) ispunjeni sljedeći kriteriji prihvatljivosti:
   i. bolničke zdravstvene usluge pružene su u drugoj državi članici [Unije] nakon liječničkog pregleda koji je obavio liječnik koji zdravstvene usluge pruža u okviru socijalnog sustava zdravstvenog osiguranja u Rumunjskoj, slijedom kojeg je izdan zahtjev za bolničko liječenje […]”

12 U članku 4. Metodoloških pravila određuje se:

„1. Iznos nadoknade troškova prekogranične zdravstvene zaštite iz članka 3. stavka 1. utvrđuje se na sljedeći način:

(a) za ambulantne specijalističke zdravstvene usluge, lijekove u ambulantnom liječenju i ambulantne uređaje: tarife izražene konačnom vrijednošću boda, utvrđenom u tromjesečju koje prethodi datumu plaćanja usluge, tarife, postotak tarifa, referentne cijene, iznosi najamnine, iznosi koji odgovaraju primjeni postotka naknade na referentne cijene, pokriće troškova – maksimalni iznos pokrića troškova uvećan za [porez na dodanu vrijednost (PDV)], predviđeni važećim propisima koji reguliraju sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja na snazi na dan plaćanja usluge osiguranika, člana njegove obitelji (roditelja, supruga/supruge, sina/kćeri) ili osobe koju je on/ona ovlastio/la.

   Za lijekove koje su osigurane osobe primile u okviru prekogranične zdravstvene zaštite, a koji nisu na popisu referentnih cijena po terapijskoj jedinici lijekova – trgovački nazivi, ali za koje je prema njihovu međunarodnom zajedničkom nazivu predviđeno da se nadoknađuju iz Jedinstvenog nacionalnog fonda za zdravstveno osiguranje, nadoknada troškova obavlja se na sljedeći način:

   […]
   iii. do visine iznosa pokrića troškova – najviši iznos pokrića troškova uvećan za PDV – koji odgovara lijeku – trgovački naziv s istom dozom i sličnim farmaceutskim oblikom;

   […]

2. Ako je plaćanje za medicinske usluge, lijekove ili medicinske uređaje izvršeno u više obroka, nadoknada troškova odredit će se uzimajući u obzir datum posljednjeg obroka kao datuma plaćanja.

3. Ne snose se drugi troškovi, kao što su troškovi smještaja i usluga putovanja osiguranih osoba te dodatni troškovi koje osobe s invaliditetom snose zbog jednog ili više invaliditeta kada primaju prekograničnu zdravstvenu zaštitu.”

Glavni postupak i prethodna pitanja

13 Osobi AF, koja boravi u Rumunjskoj i osigurana je u nacionalnom sustavu javnog zdravstvenog osiguranja, 8. ožujka 2018. dijagnosticiran je adenokarcinom prostate u jednoj od privatnih bolničkih ustanova te države članice.

14 S obzirom na prednosti za zdravlje i kasniji oporavak pacijenta, preporučeno je liječenje radikalnom prostatektomijom koja se, među ostalim, može izvesti kao kirurškim robotom asistirana operacija. Osoba AF bila je obaviještena o tome da takav robot postoji u javnoj bolnici u Cluju (Rumunjska), ali da u tom trenutku još nije bio u funkciji i da isti zahvat može obaviti u privatnoj klinici u Brașovu (Rumunjska) uz trošak od oko 13 000 eura.

15 U tom kontekstu osoba AF odlučila se podvrgnuti toj kirurškim robotom asistiranoj operaciji, uz isti trošak, u specijaliziranoj klinici u Njemačkoj koja se bavi isključivo tom bolešću.

16 Početkom travnja 2018. osoba AF zatražila je da joj Zavod za zdravstveno osiguranje izda poseban obrazac E 112, koji je potreban za liječenje u drugoj državi članici na temelju Uredbe br. 1408/71, kako bi ishodila odobrenje za odlazak na državno područje druge države članice radi primanja zdravstvene skrbi. Zavod za zdravstveno osiguranje je odbio evidentirati taj zahtjev.

17 Usporedno s tim postupkom, osobi AF ponuđena je operacija u Njemačkoj 9. svibnja 2018. nakon što je drugi pacijent odustao od operacije. Budući da bi osoba AF, da nije iskoristila tu priliku, morala čekati osam tjedana nakon što od Zavoda za zdravstveno osiguranje dobije suglasnost prije nego što bi mogla zatražiti drugi termin za zahvat, osoba AF je 24. travnja 2018. izvršila plaćanje kako bi rezervirala datum 9. svibnja 2018.

18 Nakon što je izvršila to plaćanje, osoba AF je Zavodu za zdravstveno osiguranje podnijela obnovljeni zahtjev za izdavanje obrasca E 112, koji je taj zahtjev odbio uz obrazloženje da on nije podnesen putem standardnog obrasca zahtjeva i da mu nisu priloženi dokumenti predviđeni nacionalnim zakonodavstvom.

19 Nakon operacije izvedene 9. svibnja 2018., osoba AF je od Zavoda za zdravstveno osiguranje zatražila nadoknadu iznosa od 13 069 eura, koji je odgovarao trošku zdravstvene zaštite koju je primila u Njemačkoj. To joj je tijelo odbilo nadoknaditi taj trošak uz obrazloženje da, s jedne strane, obrazac E 112 mora biti izdan prije nego što korisnik otputuje u drugu državu članicu kako bi se ondje koristio zdravstvenom zaštitom i da je, s druge strane, osoba AF morala slijediti postupak predviđen Metodološkim pravilima kako bi ostvarila nadoknadu troškova.

20 Konkretno, prema mišljenju Zavoda za zdravstveno osiguranje, osoba AF nije mogla zahtijevati tu nadoknadu štete jer svojem zahtjevu nije priložila presliku „zahtjeva za bolničko liječenje” koji je sastavio liječnik koji pruža zdravstvene usluge u okviru socijalnog sustava zdravstvenog osiguranja u Rumunjskoj, kao što je to izričito predviđeno člankom 3. stavkom 1. točkom (b) podtočkom i. Metodoloških pravila.

21 Osoba AF podnijela je Curtei de Apel Târgu Mureș (Žalbeni sud u Târgu Mureșu, Rumunjska) tužbu za djelomično poništenje Odluke Vlade br. 304/2014 o odobrenju Metodoloških pravila u vezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom, poništenje različitih dopisa o odbijanju Zavoda za zdravstveno osiguranje i nadoknadu svih troškova zdravstvene zaštite koja joj je pružena u Njemačkoj. Osobito je tvrdila da odredbe rumunjskog prava koje se odnose na uvjete nadoknade troškova za zdravstvene usluge i način izračuna nadoknade troškova prekogranične zdravstvene

zaštite predstavljaju nepravilno prenošenje Direktive 2011/24. Osoba AF je dodala da ima pravo na nadoknadu svih troškova liječenja obavljenog u Njemačkoj ili barem do visine naknada koje bi joj bile nadoknađene u Rumunjskoj na temelju nacionalnog sustava zdravstvenog osiguranja da joj je prethodno bilo izdano odobrenje za podvrgavanje predmetnom kirurškom zahvatu.

22 Presudom od 30. prosinca 2019. Curtea de Apel Târgu Mureș (Žalbeni sud u Târgu Mureșu) odbila je tužbu osobe AF kao neosnovanu.

23 Stoga je osoba AF protiv te presude podnijela žalbu Înalta Curteu de Casație și Justiție (Vrhovni kasacijski sud, Rumunjska), odnosno sudu koji je uputio zahtjev.

24 S jedne strane, taj sud iznosi dvojbe o tome jesu li s pravom Unije usklađene odredbe rumunjskog prava kojima se pokrivanje troškova prekograničnih zdravstvenih usluga uvjetuje time da liječnički pregled obavi liječnik iz javnog zdravstvenog sustava države članice čijem sustavu osigurana osoba pripada, a ne liječnik iz privatnog zdravstvenog sustava te države, i time da je takav liječnik potom izdao dokument kojim odobrava bolničko liječenje tog osiguranika.

25 S druge strane, također želi doznati je li u skladu s pravom Unije nacionalno pravilo kojim se znatno ograničava iznos nadoknade troškova prekograničnih zdravstvenih usluga u odnosu na troškove koji su osiguranoj osobi stvarno nastali u državi članici u kojoj su te zdravstvene usluge pružene. Naime, na temelju tog nacionalnog pravila, iako je osoba AF, prema elementima spisa podnesenog Sudu, snosila trošak od 13 069 eura, može joj se nadoknaditi samo iznos između 1367 i 4618 rumunjskih leja (oko 280 do 925 eura).

26 U tim je okolnostima Înalta Curte de Casație și Justiție (Vrhovni kasacijski sud) odlučio prekinuti postupak i uputiti Sudu sljedeća prethodna pitanja:

„1. Treba li članke 49. i 56. UFEU-a te članak 7. stavak 7. Direktive [2011/24] tumačiti na način da im se protivi propis kojim se nadoknada troškova koji su nastali osobi koja je obvezno osigurana u državi članici boravišta automatski uvjetuje time da liječnički pregled obavi liječnik koji pruža zdravstvene usluge u okviru sustava zdravstvenog osiguranja te države i time da taj liječnik potom izda zahtjev za bolničko liječenje, pri čemu nije dopušteno dostaviti istovjetnu medicinsku dokumentaciju koju su izdale medicinske ustanove privatnog zdravstvenog sustava, 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], načelâ slobodnog kretanja pacijenata i usluga te načelâ djelotvornosti i proporcionalnosti tumačiti na način da im se protivi nacionalni propis kojim se, u slučaju kad nije izdano prethodno odobrenje, utvrđuje iznos davanja koja se mogu podmiriti u visini troškova koje bi morala snositi država članica boravišta da je zdravstvena zaštita pružena na njezinu državnom području na temelju formule za izračun kojom se iznos te naknade znatno ograničava u odnosu na troškove koje je osigurana osoba stvarno snosila u državi članici koja je pružila tu zdravstvenu zaštitu?”

Postupak pred Sudom

27 U odgovoru na zahtjev za pružanje informacija koji je uputio Sud, sud koji je uputio zahtjev u biti je naveo, prije svega, da se liječnički zahvat izveden na tužitelju iz glavnog postupka nalazi, kao što se to zahtijeva člankom 7. stavkom 1. Direktive 2011/24, među povlasticama koje osigurava rumunjsko nadležno tijelo s obzirom na to da se ta usluga, iako je točno da metoda ili tehnika liječenja kao takve nisu precizirane u nacionalnom zakonodavstvu, ipak nalazi na popisu dijagnostičkih skupina koji je utvrđen odlukom. Nadalje, taj je sud pojasnio da je liječnički zahvat o kojem je riječ u glavnom postupku među uslugama koje podliježu „[prethodnom] izdavanju obrasca E 112”. Naposljetku je naveo da je uvjet koji se odnosi na prethodnu procjenu koju isključivo provodi stručnjak iz javnog zdravstvenog sustava primjenjiv kako na pružanje nacionalne zdravstvene zaštite tako i na pružanje prekogranične zdravstvene zaštite.

O prethodnim pitanjima

Prvo pitanje

28 Uvodno valja istaknuti, s jedne strane, da je, prema navodima suda koji je uputio zahtjev, „zahtjev za bolničko liječenje”, koji je predmet prvog pitanja, dokument kojim se potvrđuje da je liječnički pregled osiguranika obavio liječnik iz rumunjskog sustava javnog zdravstvenog osiguranja koji odobrava bolničko liječenje te osobe. Stoga će se tumačenje Suda temeljiti na toj činjeničnoj pretpostavci, čiju točnost ipak treba provjeriti sud koji je uputio zahtjev.

29 S druge strane, valja istaknuti da ni iz jednog elementa spisa podnesenog Sudu ne proizlazi da postoji veza između situacije o kojoj je riječ u glavnom postupku i ostvarivanja slobode poslovnog nastana, kako je utvrđena u članku 49. UFEU-a. Stoga tu odredbu u ovom predmetu ne treba tumačiti.

30 U tim okolnostima valja razumjeti da svojim prvim pitanjem sud koji je uputio zahtjev u biti pita treba li članak 7. stavak 7. Direktive 2011/24, u vezi s člankom 56. UFEU-a, tumačiti na način da mu se protivi nacionalni propis koji nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite nastalih osiguranoj osobi u državi članici čijem sustavu osigurana osoba pripada uvjetuje liječničkim pregledom koji je obavio liječnik iz sustava javnog zdravstvenog osiguranja te države slijedom kojeg je taj liječnik izdao dokument kojim se toj osobi odobrava bolničko liječenje.

31 U tom pogledu, valja podsjetiti na to da iz ustaljene sudske prakse Suda proizlazi da prilikom tumačenja odredbe prava Unije valja uzeti u obzir ne samo njezin tekst nego i kontekst u kojem se nalazi te ciljeve propisa kojeg je ona dio (presude od 17. studenoga 1983., Merck, 292/82, EU:C:1983:335, t. 12. i od 30. travnja 2025., Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main (Izvoz gotovine u Rusiju), C-246/24, EU:C:2025:295, t. 18. i navedena sudska praksa).

32 Kao prvo, kad je riječ o tekstu članka 7. stavka 7. Direktive 2011/24, iz njega proizlazi da država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada može, podložno ograničenjima utvrđenima tom odredbom, za osiguranu osobu koja traži nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite propisati iste uvjete, kriterije za udovoljavanje uvjetima te regulatorne i administrativne formalnosti koje bi propisala da je ta zdravstvena zaštita pružena na njezinu državnom području. Tom se odredbom pojašnjava da to može uključivati procjenu zdravstvenog stručnjaka ili djelatnika zdravstvene zaštite koji pruža usluge za državni sustav socijalne sigurnosti ili

nacionalni zdravstveni sustav države članice čijem sustavu osigurana osoba pripada, poput liječnika opće prakse ili liječnika primarne zaštite kod kojeg je pacijent prijavljen ako je to nužno za određivanje pojedinog pacijentova prava na zdravstvenu zaštitu.

33 Stoga iz teksta navedene odredbe proizlazi da država članica načelno može zahtijevati da se osigurana osoba u državi članici čijem sustavu pripada podvrgne liječničkom pregledu od strane liječnika iz „državnog sustava socijalne sigurnosti" ili „nacionalnog zdravstvenog sustava [te] države".

34 Međutim, valja utvrditi upućuje li taj tekst na to da je zakonodavac Unije namjeravao dopustiti državama članicama da nadoknadu osiguranoj osobi, u državi članici čijem sustavu ona pripada, troškova prekogranične zdravstvene zaštite koji su toj osobi nastali uvjetuju liječničkim pregledom koji obavlja isključivo liječnik iz državnog sustava socijalne sigurnosti ili nacionalnog zdravstvenog sustava te države članice, slijedom kojeg je taj liječnik izdao dokument kojim se toj osobi odobrava bolničko liječenje.

35 Kao drugo, u tom pogledu valja istaknuti, kad je riječ o kontekstu članka 7. stavka 7. Direktive 2011/24, da članak 1. stavak 4. te direktive, među ostalim, predviđa da nijedna odredba te direktive ne obvezuje državu članicu da nadoknadi troškove zdravstvene zaštite koju su pružili pružatelji zdravstvene zaštite s poslovnim nastanom na njezinu državnom području ako ti pružatelji nisu dio „sustava socijalne sigurnosti ili javnog zdravstvenog sustava te države članice".

36 Budući da se člankom 7. stavkom 7. Direktive 2011/24 predviđa da država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada može za osobu koja traži nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite propisati iste uvjete, kriterije za udovoljavanje uvjetima te regulatorne i administrativne formalnosti koje bi propisala da je ta zdravstvena zaštita pružena na njezinu državnom području, iz toga proizlazi da se, kada je država članica odlučila da će troškove zdravstvene zaštite koju su pružili pružatelji zdravstvene zaštite s poslovnim nastanom na njezinu državnom području nadoknaditi samo ako su ti pružatelji dio sustava socijalne sigurnosti ili javnog zdravstvenog sustava navedene države članice, isti uvjet u načelu može nametnuti u okviru navedenog članka 7. stavka 7.

37 Naime, kao što je to u biti istaknuo nezavisni odvjetnik u točkama 56. i 57. svojeg mišljenja, Direktivom 2011/24 se ne usklađuju zdravstveni sustavi ili sustavi zdravstvenog osiguranja država članica i ne propisuje određena organizacija nacionalnog zdravstvenog sustava.

38 Stoga iz doslovnog i kontekstualnog tumačenja članka 7. stavka 7. Direktive 2011/24 proizlazi da se toj odredbi ne protivi, podložno ograničenjima koja se u njoj izričito navode i koja treba naknadno ispitati, to da država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada zahtijeva, u svrhu nadoknade troškova prekogranične zdravstvene zaštite, da se nadoknada troškova uvjetuje liječničkim pregledom osigurane osobe koji je obavio liječnik iz javnog zdravstvenog sustava ili sustava javnog zdravstvenog osiguranja te države članice, slijedom kojeg je taj liječnik izdao dokument kojim se odobrava bolničko liječenje te osobe.

39 Kao treće, to tumačenje je potvrđeno ciljem koji se nastoji ostvariti Direktivom 2011/24.

40 Naime, valja podsjetiti na to da se Direktivom 2011/24, kao što to proizlazi iz njezina članka 1. stavka 1., utvrđuju pravila za olakšavanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti te promiče suradnja u području zdravstvene zaštite između država članica uz potpuno poštovanje nacionalnih nadležnosti pri organizaciji i pružanju zdravstvene zaštite.

41 U tom pogledu, u uvodnoj izjavi 5. navedene direktive pojašnjava se da se odluke o mehanizmima koji se koriste za financiranje i pružanje prekogranične zdravstvene zaštite donose na nacionalnoj razini.

42 Iz toga slijedi da države članice raspolažu širokom marginom prosudbe za određivanje načina i uvjeta pokrića troškova usluga prekogranične zdravstvene zaštite, tako da mogu predvidjeti podvrgavanje takvih usluga određenim uvjetima, kao što je uvjet da liječnički pregled osigurane osobe u državi članici čijem sustavu pripada obavlja isključivo liječnik iz javnog zdravstvenog sustava ili sustava javnog zdravstvenog osiguranja te države članice i da je slijedom tog pregleda taj liječnik izdao dokument kojim se odobrava bolničko liječenje te osobe.

43 Međutim, kao što je to navedeno u točki 38. ove presude, valja još provjeriti poštuju li se tim nacionalnim uvjetom ograničenja navedena u članku 7. stavku 7. Direktive 2011/24. U tom pogledu valja podsjetiti na to da je u posljednjoj rečenici te odredbe pojašnjeno da uvjeti, kriteriji za udovoljavanje uvjetima te regulatorne odnosno administrativne formalnosti propisani prema tom stavku ne smiju biti diskriminirajući niti predstavljati prepreku, među ostalim, slobodnom kretanju usluga koje je zajamčeno člankom 56. UFEU-a, osim ako ta prepreka nije objektivno opravdana zahtjevima u pogledu planiranja u vezi s ciljem osiguranja dostatne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude liječenja u dotičnoj državi članici ili sa željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje financijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala.

44 U ovom slučaju, kad je riječ, na prvom mjestu, o postojanju eventualne diskriminacije ili prepreke protivne članku 56. UFEU-a, iz odgovora suda koji je uputio zahtjev na zahtjev za pružanje informacija koji mu je uputio Sud proizlazi da je uvjet, propisan člankom 3. stavkom 1. točkom (b) podtočkom i. Metodoloških pravila, prema kojem je nadoknada troškova prekogranične bolničke zdravstvene zaštite uvjetovana liječničkim pregledom koji je obavio liječnik iz rumunjskog sustava javnog zdravstvenog osiguranja slijedom kojeg je taj liječnik izdao dokument kojim se odobrava bolničko liječenje te osobe, na sličan način predviđen i za zdravstvenu zaštitu koja se pruža na rumunjskom državnom području. Budući da se taj uvjet jednako primjenjuje na prekograničnu i nacionalnu zdravstvenu zaštitu, on nije diskriminirajući.

45 Međutim, Sud je u više navrata odlučio da se članku 56. UFEU-a protivi primjena svih nacionalnih propisa kojima se otežava pružanje usluga među državama članicama u odnosu na pružanje usluga unutar samo jedne države članice i da čine ograničenja slobodnog pružanja usluga nacionalne mjere koje zabranjuju, ometaju ili čine manje privlačnim izvršavanje te slobode (vidjeti, u tom smislu, presudu od 26. rujna 2024., Nord Vest Pro Sani Pro, C-387/22, EU:C:2024:786, t. 39. i 40. i navedenu sudsku praksu).

46 Konkretno, nacionalni propis predstavlja prepreku slobodnom pružanju usluga kada, iako osobe osigurane u sustavu javnog zdravstvenog osiguranja izravno ne sprječava u tome da se obrate pružatelju medicinskih usluga sa sjedištem u drugoj državi članici, ima odvraćajući učinak na korištenje prekograničnim zdravstvenim uslugama (vidjeti, u tom smislu, presudu od 6. listopada 2021., Casa Națională de Asigurări de Sănătate i Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, t. 48. i navedenu sudsku praksu).

47 Međutim, s obzirom na to da se rumunjskim propisom zahtijeva od osobe osigurane u rumunjskom sustavu socijalne sigurnosti da se, radi nadoknade troškova zdravstvene zaštite pružene u drugoj državi članici, podvrgne liječničkom pregledu koji obavlja liječnik iz rumunjskog sustava javnog zdravstvenog osiguranja i da, slijedom tog pregleda, od tog liječnika

dobije dokument kojim joj se odobrava bolničko liječenje, iako će se u okviru prekogranične bolničke skrbi takav pregled najčešće provesti te će takav dokument obično sastaviti zdravstveni stručnjak koji djelatnost obavlja u državi članici na čijem će se državnom području zdravstvena zaštita pružiti, njime se propisuje uvjet koji može imati odvraćajući učinak na korištenje prekograničnih zdravstvenih usluga.

48 Iz toga proizlazi da nacionalni propis o kojem je riječ u glavnom postupku predstavlja prepreku slobodnom pružanju usluga zajamčenom člankom 56. UFEU-a.

49 Stoga, na drugom mjestu, kao što to proizlazi iz točke 43. ove presude, valja provjeriti može li se ta prepreka objektivno opravdati zahtjevima u pogledu planiranja, kako su utvrđeni u članku 7. stavku 7. Direktive 2011/24, u vezi s ciljem osiguranja dostatne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude liječenja u određenoj državi članici ili sa željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje financijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala.

50 U tom pogledu valja također istaknuti da iz ustaljene sudske prakse proizlazi da se navedena prepreka, čak i pod pretpostavkom da je opravdana s obzirom na takve zahtjeve, može prihvatiti samo pod uvjetom da je prikladna za ostvarenje navedenog zahtjeva i da ne prekoračuje ono što je nužno za njegovo postizanje (vidjeti, u tom smislu, presudu od 21. lipnja 2016., New Valmar, C-15/15, EU:C:2016:464, t. 48. i navedenu sudsku praksu).

51 U ovom slučaju iz odluke suda koji je uputio zahtjev proizlazi da je cilj koji se nastoji postići rumunjskim propisom osiguranje financijske ravnoteže nacionalnog sustava socijalne sigurnosti, s obzirom na to da se zavod za zdravstveno osiguranje pred sudom koji je uputio zahtjev također pozvao na nužnost kontrole troškova i izbjegavanja rasipanja financijskih sredstava.

52 U tom pogledu valja podsjetiti na to da se, na temelju članka 7. stavka 4. Direktive 2011/24, sustav nadoknade troškova prekogranične zaštite predviđen tim člankom može podvrgnuti dvostrukom ograničenju. S jedne strane, te se nadoknada izračunava na temelju tarifa koje se primjenjuju na zdravstvenu zaštitu u državi članici čijem sustavu osigurana osoba pripada. S druge strane, ako je razina troškova zdravstvene zaštite pružene u državi članici domaćinu niža od razine troškova zdravstvene zaštite u državi članici čijem sustavu osigurana osoba pripada, ta nadoknada ne prelazi stvarne troškove dobivene zdravstvene zaštite. Stoga zdravstveni sustav države članice čijem sustavu osigurana osoba pripada ne može biti izložen opasnosti od dodatnih troškova zbog pokrića troškova prekogranične zaštite u okviru Direktive 2011/24, kao što to potvrđuje njezina uvodna izjava 29., u kojoj se izričito navodi da to pokriće troškova ne može imati značajne učinke na financiranje nacionalnih sustava zdravstvene zaštite (vidjeti, u tom smislu, presudu od 29. listopada 2020., Veselības ministrija, C-243/19, EU:C:2020:872, t. 73. do 76.).

53 Slijedom toga, opći cilj očuvanja financijske ravnoteže sustava socijalne sigurnosti ni u kojem slučaju ne može opravdati, na temelju članka 7. stavka 7. Direktive 2011/24, uvjet kojim se osiguranoj osobi nalaže da se podvrgne liječničkom pregledu od strane liječnika iz javnog zdravstvenog sustava ili sustava javnog zdravstvenog osiguranja države članice čijem sustavu osigurana osoba pripada, slijedom kojeg taj liječnik izdaje dokument kojim se toj osobi odobrava bolničko liječenje.

54 Osim toga, iako se ne može isključiti da se tim uvjetom omogućuje da se u najvećoj mogućoj mjeri obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje financijskih sredstava koji su posljedica, među ostalim, nepotrebnih bolničkih liječenja koje bi propisali liječnici koji, s obzirom na to da ne pripadaju javnom zdravstvenom sustavu odnosno sustavu javnog zdravstvenog osiguranja države

članice čijem sustavu pripada osigurana osoba, nisu vezani potrebom obuzdavanja javnih troškova, u svakom slučaju valja utvrditi da takav uvjet nije u skladu s načelom proporcionalnosti navedenim u točki 50. ove presude. Naime, kao što je to istaknula Europska komisija u svojim pisanim očitovanjima, rumunjski je zakonodavac mogao predvidjeti manje ograničavajuće mjere, kao što je uspostava postupka za prihvaćanje jednakovrijednih potvrda ili liječničkih izvješća, popraćenog provjerom prividne točnosti dijagnoze i prikladnosti predloženog liječenja.

55 Prema tome, nacionalni propis o kojem je riječ u glavnom postupku, time što od osigurane osobe zahtijeva da se, kako bi joj troškovi prekogranične zdravstvene zaštite bili nadoknađeni, podvrgnula liječničkom pregledu koji je obavio liječnik iz sustava javnog zdravstvenog osiguranja države članice čijem sustavu osigurana osoba pripada, slijedom kojeg joj je taj liječnik izdao dokument kojim se odobrava bolničko liječenje te osobe, sadržava prepreku slobodi pružanja usluga koja se ne može opravdati na temelju članka 7. stavka 7. Direktive 2011/24, u vezi s člankom 56. UFEU-a.

56 S obzirom na sva prethodna razmatranja, na prvo pitanje valja odgovoriti tako da članak 7. stavak 7. Direktive 2011/24, u vezi s člankom 56. UFEU-a, treba tumačiti na način da mu se protivi nacionalni propis koji nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite nastalih osiguranoj osobi u državi članici čijem sustavu osigurana osoba pripada uvjetuje liječničkim pregledom koji je obavio liječnik iz sustava javnog zdravstvenog osiguranja te države slijedom kojeg je taj liječnik izdao dokument kojim se toj osobi odobrava bolničko liječenje.

Drugo pitanje

57 Na prvom mjestu valja podsjetiti na to da je, prema ustaljenoj sudskoj praksi, u okviru suradnje između Suda i nacionalnih sudova ustanovljene člankom 267. UFEU-a, isključivo na nacionalnom sudu pred kojim se vodi postupak i koji mora preuzeti odgovornost za sudsku odluku koja će biti donesena da, uvažavajući posebnosti predmeta, ocijeni nužnost prethodne odluke za donošenje svoje presude i relevantnost pitanja koja postavlja Sudu. Slijedom toga, ako se postavljena pitanja odnose na tumačenje prava Unije, Sud je načelno dužan donijeti odluku (presude od 29. studenoga 1978., Redmond, 83/78, EU:C:1978:214, t. 25. i od 20. ožujka 2025., Arce, C-365/23, EU:C:2025:192, EU:C:2025:192, t. 38. i navedena sudska praksa).

58 Iz navedenog proizlazi da pitanja koja se odnose na pravo Unije uživaju presumpciju relevantnosti. Sud može odbiti odgovoriti na prethodno pitanje nacionalnog suda samo ako je očito da zatraženo tumačenje prava Unije nema nikakve veze s činjeničnim stanjem ili predmetom glavnog postupka, ako je problem hipotetski ili ako Sud ne raspolaže činjeničnim i pravnim elementima potrebnima da bi mogao dati koristan odgovor na postavljena pitanja (presuda od 20. ožujka 2025., Arce, C-365/23, EU:C:2025:192, t. 38. i navedena sudska praksa).

59 U ovom se slučaju drugo pitanje odnosi, među ostalim, na tumačenje Uredbe br. 1408/71, koja je stavljena izvan snage i zamijenjena Uredbom br. 883/2004, dok se prvo pitanje pak odnosilo na tumačenje Direktive 2011/24.

60 Kad je riječ upravo o odnosu između Direktive 2011/24, s jedne strane, i Uredbe br. 883/2004, s druge strane, valja naglasiti da se u uvodnoj izjavi 30. te direktive navodi da se, radi usklađenosti, primjenjuje ili ta ista direktiva ili propisi Unije o usklađivanju sustava socijalne sigurnosti, među kojima je i Uredba br. 883/2004. Usto, u uvodnoj izjavi 31. Direktive 2011/24 u tom se pogledu

pojašnjava da, kada pacijent ima pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu na temelju navedene direktive i Uredbe br. 883/2004, a primjena te uredbe je povoljnija za pacijenta, država članica čijem sustavu pripada trebala bi pacijentu na to skrenuti pozornost.

61 Stoga pitanje primjenjivosti Uredbe br. 883/2004 ili Direktive 2011/24 na određenu činjeničnu situaciju ovisi o izboru osigurane osobe i dužnosti države članice čijem sustavu osigurana osoba pripada da pacijenta savjetuje o tom izboru. Kad je riječ o činjeničnoj ocjeni, nije na Sudu da odlučuje o primjenjivosti bilo kojeg od tih akata Unije u glavnom postupku.

62 Slijedom toga, s obzirom na pretpostavku relevantnosti koju uživa drugo prethodno pitanje, kako proizlazi iz sudske prakse navedene u točki 58. ove presude, na Sudu je da drugo pitanje ispita s obzirom na Uredbu br. 883/2004 kako bi sudu koji je uputio zahtjev dao koristan odgovor, te pritom ipak valja pojasniti da je na tom sudu da provjeri, s obzirom na pojašnjenja iz točaka 60. i 61. ove presude, je li ta uredba primjenjiva na situaciju tužitelja iz glavnog postupka, pri čemu se njezina primjena za istu uslugu zdravstvene zaštite ne može kumulirati s primjenom Direktive 2011/24.

63 Na drugom mjestu, valja podsjetiti na to da je, prema ustaljenoj sudskoj praksi Suda, u okviru postupka suradnje između nacionalnih sudova i Suda uspostavljene u članku 267. UFEU-a, na Sudu da nacionalnom sudu pruži koristan odgovor koji će mu omogućiti da riješi spor koji se pred njim vodi. U tom smislu Sud mora, ako je to potrebno, preoblikovati postavljeno pitanje. Usto, Sud može uzeti u obzir pravna pravila Unije na koja se nacionalni sud nije pozvao u svojem pitanju (presude od 17. srpnja 1997., Krüger, C-334/95, EU:C:1997:378, t. 22. i 23. i od 15. srpnja 2021., Ministrstvo za obrambo, C-742/19, EU:C:2021:597, t. 31. i navedena sudska praksa).

64 U ovom slučaju valja utvrditi, s jedne strane, da se na glavni postupak *rationae temporis* ne primjenjuje Uredba br. 1408/71, nego Uredba br. 883/2004. S druge strane, kao što je to istaknuto u točki 29. ove presude, zahtjev za prethodnu odluku ne sadržava nijedan element na temelju kojeg bi se moglo smatrati da je situacija o kojoj je riječ u glavnom postupku obuhvaćena područjem primjene članka 49. UFEU-a.

65 U tim okolnostima, drugo pitanje valja preoblikovati i smatrati da njime taj sud u biti pita treba li članak 20. stavke 1. i 2. Uredbe br. 883/2004, u vezi s člankom 56. UFEU-a, tumačiti na način da mu se protivi nacionalni propis na temelju kojeg je – kada osigurana osoba nije dobila prethodno odobrenje koje se zahtijeva za pružanje određene prekogranične zdravstvene zaštite – iznos koji nadoknađuje država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada ograničen na iznos predviđen sustavom zdravstvenog osiguranja te države, pri čemu se u tu svrhu primjenjuje način izračuna koji znatno ograničava iznos te nadoknade u odnosu na troškove koje je osigurana osoba stvarno snosila u državi članici u kojoj joj je navedena zdravstvena zaštita bila pružena.

66 U tom pogledu, valja podsjetiti na to da, u skladu s člankom 20. stavkom 1. Uredbe br. 883/2004, ako njome nije drugačije određeno, osigurana osoba koja putuje u državu članicu različitu od države članice svojeg boravišta s ciljem ostvarivanja davanja u naravi tijekom privremenog boravka, mora zatražiti odobrenje nadležne ustanove.

67 Na temelju članka 20. stavka 2. druge rečenice te uredbe, nadležna ustanova mora izdati to odobrenje ako su ispunjena u toj odredbi navedena dva uvjeta (presuda od 6. listopada 2021., Casa Națională de Asigurări de Sănătate i Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, t. 30. i navedena sudska praksa).

68 Na temelju prve rečenice te odredbe, osigurana osoba koja je dobila to odobrenje tada ostvaruje davanje u naravi koje joj u ime nadležne ustanove pruža ustanova mjesta privremenog boravka, u skladu s odredbama zakonodavstva koje primjenjuje, kao da je osigurana na temelju spomenutog zakonodavstva.

69 S obzirom na navedeno, budući da primjenjivost članka 20. Uredbe br. 883/2004 na određenu situaciju ne isključuje mogućnost da je ta situacija obuhvaćena područjem primjene odredbi o slobodnom pružanju usluga i, u ovom slučaju, članka 56. UFEU-a, taj članak 20. treba tumačiti u vezi s tom odredbom UFEU-a i s njome povezanom sudskom praksom Suda (presuda od 6. listopada 2021., Casa Națională de Asigurări de Sănătate i Casa de Asigurări de Sănătate Constan Aggregatesa, C-538/19, EU:C:2021:809, t. 32. i navedena sudska praksa).

70 Sud je utvrdio dva slučaja u kojima osigurana osoba, čak i bez valjano izdanog odobrenja prije početka pružanja planiranog liječenja u državi članici privremenog boravišta, ima pravo da joj nadležna ustanova izravno naknadi iznos jednak onomu koji bi ta ustanova uobičajeno preuzela da je osigurana osoba raspolagala takvim odobrenjem.

71 U prvom slučaju osigurana osoba ima pravo dobiti takvu nadoknadu troškova kada ju je, nakon što je podnijela zahtjev za odobrenje, nadležna ustanova odbila, a naknadno je sama nadležna ustanova utvrdila da je takvo odbijanje bilo neutemeljeno ili je to utvrđeno sudskom odlukom (presuda od 6. listopada 2021., Casa Națională de Asigurări de Sănătate i Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, t. 38. i navedena sudska praksa).

72 U drugom slučaju, osigurana osoba ima pravo dobiti takvu nadoknadu troškova kada je, zbog razloga povezanih s njezinim zdravstvenim stanjem ili potrebom za hitnim liječenjem u bolničkoj ustanovi, bila spriječena zatražiti takvo odobrenje ili nije mogla pričekati odluku nadležne ustanove o podnesenom zahtjevu za odobrenje. Sud je u tom pogledu presudio da nacionalni propis koji u svakom slučaju isključuje pokriće troškova bolničke skrbi pružene u drugoj državi članici bez prethodnog odobrenja lišava osiguranu osobu pokrića troškova takve zdravstvene zaštite, čak i ako su inače ispunjeni uvjeti za pokriće troškova. Takav propis, koji se ne može opravdati razlozima u općem interesu i u svakom slučaju ne ispunjava zahtjev proporcionalnosti, stoga predstavlja neopravdano ograničenje slobode pružanja usluga (presuda od 6. listopada 2021., Casa Națională de Asigurări de Sănătate i Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, t. 39. i navedena sudska praksa).

73 Nasuprot tomu, osigurane osobe koje odlaze u državu članicu različitu od države članice čijem sustavu pripadaju kako bi se tamo podvrgnule bolničkom liječenju a da nisu zatražile i dobile potrebno prethodno odobrenje ili kada je odbijanje izdavanja prethodnog odobrenja utemeljeno, mogu zahtijevati pokriće troškova navedenog liječenja na temelju članka 56. UFEU-a samo u granicama pokrića koje jamči sustav zdravstvenog osiguranja države članice čijem sustavu osigurana osoba pripada (vidjeti, u tom smislu, presude od 5. listopada 2010., Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, t. 80. i navedenu sudsku praksu, i od 23. rujna 2020., Vas Megyei Kormányhivatal (Prekogranična zdravstvena zaštita), C-777/18, EU:C:2020:745, t. 63.).

74 Sud je u tom pogledu također pojasnio da se ništa ne protivi tomu da država članica odredi iznose nadoknade troškova koje pacijenti koji su primili zdravstvenu zaštitu u drugoj državi članici mogu tražiti, pod uvjetom da se ti iznosi temelje na objektivnim, nediskriminirajućim i transparentnim kriterijima (presuda od 23. rujna 2020., Vas Megyei Kormányhivatal (Prekogranična zdravstvena zaštita), C-777/18, EU:C:2020:745, t. 64. i navedena sudska praksa).

75 Iz prethodno navedenog proizlazi da osigurana osoba, kada je primila prekograničnu zdravstvenu zaštitu a da nije zatražila i dobila prethodno odobrenje koje se u tu svrhu zahtijeva ili kada je odbijanje izdavanja tog odobrenja utemeljeno, ima pravo na nadoknadu troškova navedene zaštite samo u granicama pokrića koje jamči sustav zdravstvenog osiguranja u kojem je osigurana, a ta država članica iznos nadoknade navedenih troškova može utvrditi na razini nižoj od one troškova koje je ta osoba stvarno snosila, pod uvjetom da se mehanizam izračuna navedenog iznosa temelji na objektivnim, nediskriminirajućim i transparentnim kriterijima. U ovom je slučaju na sudu koji je uputio zahtjev da provjeri ispunjava li način izračuna utvrđen Metodološkim pravilima te zahtjeve. Međutim, ako je navedena osoba zbog razloga povezanih sa svojim zdravstvenim stanjem ili potrebom za hitnim liječenjem u bolničkoj ustanovi bila spriječena zatražiti takvo prethodno odobrenje ili nije mogla pričekati odluku nadležne ustanove o podnesenom zahtjevu za odobrenje, ona ima pravo od nadležne ustanove dobiti nadoknadu u iznosu jednakom onomu koji bi potonja uobičajeno pokrila da je ta osoba raspolagala takvim odobrenjem.

76 S obzirom na prethodno navedeno, na drugo pitanje valja odgovoriti tako da članak 20. stavke 1. i 2. Uredbe br. 883/2004, u vezi s člankom 56. UFEU-a, treba tumačiti na način da mu se ne protivi nacionalni propis na temelju kojeg je – kada je osiguranoj osobi utemeljeno odbijeno izdavanje prethodnog odobrenja koje se zahtijeva za pružanje određene prekogranične zdravstvene zaštite – iznos koji nadoknađuje država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada ograničen na iznos predviđen sustavom zdravstvenog osiguranja te države, pri čemu se u tu svrhu primjenjuje način izračuna koji znatno ograničava iznos te nadoknade u odnosu na troškove koje je ta osoba stvarno snosila u državi članici u kojoj joj je navedena zdravstvena zaštita bila pružena, pod uvjetom da se taj način izračuna temelji na objektivnim, nediskriminirajućim i transparentnim kriterijima. Međutim, ako je navedena osoba zbog razloga povezanih sa svojim zdravstvenim stanjem ili potrebom za hitnim liječenjem u bolničkoj ustanovi bila spriječena zatražiti takvo prethodno odobrenje ili nije mogla pričekati odluku nadležne ustanove o podnesenom zahtjevu za odobrenje, ona ima pravo od nadležne ustanove dobiti nadoknadu u iznosu jednakom onomu koji bi potonja uobičajeno pokrila da je ta osoba raspolagala takvim odobrenjem.

Troškovi

77 Budući da ovaj postupak ima značaj prethodnog pitanja za stranke glavnog postupka pred sudom koji je uputio zahtjev, na tom je sudu da odluči o troškovima postupka. Troškovi podnošenja očitovanja Sudu, koji nisu troškovi spomenutih stranaka, ne nadoknađuju se.

Slijedom navedenog, Sud (četvrto vijeće) odlučuje:

1. Članak 7. stavak 7. Direktive 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi, u vezi s člankom 56. UFEU-a,

treba tumačiti na način da mu se:

protivi nacionalni propis koji nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite nastalih osiguranoj osobi u državi članici čijem sustavu osigurana osoba pripada uvjetuje liječničkim pregledom koji je obavio liječnik iz javnog sustava zdravstvenog

osiguranja te države slijedom kojeg je taj liječnik izdao dokument kojim se toj osobi odobrava bolničko liječenje.

2. Članak 20. stavke 1. i 2. Uredbe (EZ) br. 883/2004 Europskog parlamenta i Vijeća od 29. travnja 2004. o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, u vezi s člankom 56. UFEU-a,

treba tumačiti na način da mu se:

ne protivi nacionalni propis na temelju kojeg je – kada je osiguranoj osobi utemeljeno odbijeno izdavanje prethodnog odobrenja koje se zahtijeva za pružanje određene prekogranične zdravstvene zaštite – iznos koji nadoknađuje država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada ograničen na iznos predviđen sustavom zdravstvenog osiguranja te države, pri čemu se u tu svrhu primjenjuje način izračuna koji znatno ograničava iznos te nadoknade u odnosu na troškove koje je ta osoba stvarno snosila u državi članici u kojoj joj je navedena zdravstvena zaštita bila pružena, pod uvjetom da se taj način izračuna temelji na objektivnim, nediskriminirajućim i transparentnim kriterijima. Međutim, ako je navedena osoba zbog razloga povezanih sa svojim zdravstvenim stanjem ili potrebom za hitnim liječenjem u bolničkoj ustanovi bila spriječena zatražiti takvo prethodno odobrenje ili nije mogla pričekati odluku nadležne ustanove o podnesenom zahtjevu za odobrenje, ona ima pravo od nadležne ustanove dobiti nadoknadu u iznosu jednakom onomu koji bi potonja uobičajeno pokrila da je ta osoba raspolagala takvim odobrenjem.

Potpisi