Sbírka soudních rozhodnutí

STANOVISKO GENERÁLNÍHO ADVOKÁTA
DEANA SPIELMANNA
přednesené dne 15. května 2025[1]

Věc C-489/23

AF
proti
Guvernul României,
Ministerul Sănătății,
Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

[žádost o rozhodnutí o předběžné otázce, kterou podal Înalta Curte de Casație și Justiție (Nejvyšší kasační soud, Rumunsko)]

„Řízení o předběžné otázce – Sociální zabezpečení – Přeshraniční zdravotní péče – Volný pohyb služeb – Článek 56 SFEU – Směrnice 2011/24/EU – Článek 7 odst. 7 – Úhrada nákladů na péči vynaložených pojištěncem – Náhrada – Požadavek lékařského vyšetření provedeného výhradně lékařem, který spadá pod systém veřejného zdravotního pojištění členského státu, v němž je pojištěnec pojištěn, jehož výsledkem je žádost o hospitalizaci“

Úvod

1. Předběžná otázka, která je v souladu s žádostí Soudního dvora předmětem tohoto úžeji zaměřeného stanoviska, se týká výkladu článku 56 SFEU a čl. 7 odst. 7 směrnice 2011/24/EU[2]. Soudnímu dvoru se poprvé předkládá k rozhodnutí otázka, zda toto ustanovení směrnice umožňuje členskému státu, v němž je pacient pojištěn, podmínit náhradu nákladů na přeshraniční nemocniční péči lékařským vyšetřením provedeným lékařem, který spadá pod systém veřejného zdravotního pojištění tohoto státu, a následným vystavením žádosti o hospitalizaci.

2. Žádost o rozhodnutí o předběžné otázce podal Înalta Curte de Casație și Justiție (Nejvyšší kasační soud, Rumunsko) v řízení mezi rumunským rezidentem AF na jedné straně a Guvernul României (rumunská vláda), Ministerul Sănătății (ministerstvo zdravotnictví, Rumunsko) a Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (okresní zdravotní pojišťovna v Mureș, Rumunsko) na straně druhé, které se týká odmítnutí této pojišťovny nahradit mu náklady na nemocniční péči, která mu byla poskytnuta v Německu.

[1] – Původní jazyk: francouzština.

[2] – Směrnice Evropského parlamentu a Rady ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (Úř. věst. 2011, L 88, s. 45).

Právní rámec

Unijní právo

Nařízení (EHS) č. 1408/71

3. Článek 22 nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby, osoby samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství, v úplném znění ze dne 7. července 2008[3], nadepsaný „Pobyt mimo příslušný stát – Návrat do místa bydliště v jiném členském státu nebo přemístění bydliště do jiného členského státu během nemoci nebo mateřství – Potřeba odjet do jiného členského státu za účelem vhodného léčení“, stanovil následující:

„1. Zaměstnaná osoba nebo osoba samostatně výdělečně činná, která splňuje podmínky právních předpisů příslušného státu pro vznik nároku na dávky, případně s přihlédnutím k článku 18, a

[…]

c) která získá povolení příslušné instituce k odjezdu na území jiného členského státu za účelem léčení přiměřeného jejímu zdravotnímu stavu;

má nárok

i) na věcné dávky poskytované na účet příslušné instituce institucí místa pobytu […] podle jí uplatňovaných právních předpisů, jako by u ní byla pojištěna; doba, po kterou jsou dávky poskytovány, se však řídí právními předpisy příslušného státu;

[…]

2. […]

Povolení požadované podle odst. 1 písm. c) nelze odmítnout, pokud je příslušné léčení součástí dávek stanovených právními předpisy členského státu, na jehož území má dotyčná osoba bydliště, a pokud jí nemůže být toto léčení poskytnuto v obvyklé době nezbytné pro získání dotyčného léčení v členském státě bydliště, s přihlédnutím k jejímu současnému zdravotnímu stavu a možnému průběhu nemoci.“

Nařízení (ES) č. 883/2004

4. Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení[4] zrušilo a nahradilo nařízení č. 1408/71 s účinností od 1. května 2010.

[3] – Úř. věst. 1997, L 28, s. 1; Zvl. vyd. 05/01 s. 35 (dále jen „nařízení č. 1408/71“).

[4] – Úř. věst. 2004, L 166, s. 1; Zvl. vyd. 05/05, s. 72.

5. Článek 20 nařízení, nadepsaný „Vycestování za účelem obdržení věcných dávek – povolení k obdržení vhodného léčení mimo členský stát bydliště“, v odstavcích 1 a 2 stanoví:

„1. Nestanoví-li toto nařízení jinak, pojištěná osoba cestující do jiného členského státu za účelem obdržení věcných dávek během pobytu je povinna požádat o povolení příslušnou instituci.

2. Pojištěná osoba, které příslušná instituce povolila cestu do jiného členského státu za účelem léčení odpovídajícího jejímu stavu, obdrží jménem příslušné instituce věcné dávky poskytované institucí místa pobytu, a to podle právních předpisů, které uplatňuje tak, jako by byla podle uvedených právních předpisů pojištěna. Povolení je vydáno, pokud dotyčné léčení patří mezi dávky stanovené právními předpisy v členském státě, kde má dotyčná osoba bydliště a kde se jí nemůže dostat takového léčení v lékařsky odůvodnitelné lhůtě, s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu a pravděpodobnému průběhu její nemoci.“

Nařízení (ES) č. 987/2009

6. Podle čl. 26 odst. 4 nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 ze dne 16. září 2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení[5], si příslušná instituce ponechává právo dát kdykoli během postupu udělování povolení pojištěnou osobu v členském státě pobytu nebo bydliště vyšetřit lékařem podle své vlastní volby.

Směrnice 2011/24

7. Článek 7 odst. 7 směrnice 2011/24 stanoví, že členský stát, v němž je pacient pojištěn, může vůči pojištěné osobě, která požádá o náhradu nákladů na přeshraniční zdravotní péči, včetně zdravotní péče poskytnuté prostřednictvím telemedicíny, uplatnit stejné podmínky, kritéria způsobilosti a právní a administrativní náležitosti, ať už stanovené na místní, regionální či celostátní úrovni, jaké by uplatňoval, pokud by byla tato zdravotní péče poskytnuta na jeho území. Tyto podmínky mohou zahrnovat posouzení od zdravotnického pracovníka nebo jiné osoby, jejíž posouzení je nutné pro další poskytnutí zdravotní péče a která poskytuje služby zákonného systému sociálního zabezpečení nebo státního zdravotního systému členského státu, v němž je pacient pojištěn, jako je praktický lékař nebo lékař poskytující primární péči, u něhož je pacient registrován, je-li to nutné pro stanovení nároku konkrétního pacienta na zdravotní péči. Žádné z podmínek, kritérií způsobilosti ani regulačních či správních náležitostí uplatňovaných podle tohoto odstavce však nesmějí být diskriminační nebo představovat neopodstatněnou překážku volnému pohybu pacientů, služeb či zboží, pokud nejsou objektivně odůvodněny požadavky na plánování v souvislosti se zajištěním dostatečného a trvalého přístupu k vyvážené nabídce vysoce kvalitní péče v dotčeném členském státě nebo v souvislostí se snahou kontrolovat náklady a co nejvíce zabránit veškerému plýtvání finančními, technickými a lidskými zdroji.

8. Článek 8 této směrnice stanoví:

„1. Členský stát, v němž je pacient pojištěn, může v souladu s tímto článkem a článkem 9 stanovit systém předchozího povolení pro náhradu nákladů na přeshraniční zdravotní péči. Systém předchozího povolení, včetně kritérií a uplatňování těchto kritérií, a individuální rozhodnutí odmítnout udělení předchozího povolení jsou omezeny na to, co je nezbytné a přiměřené

[5] – Úř. věst. 2009, L 284, s. 1.

k dosažení stanoveného cíle, a nesmějí být nástrojem svévolné diskriminace ani neopodstatněnou překážkou volného pohybu pacientů.

[…]

3. V případě žádostí o předchozí povolení, které podá pojištěná osoba za účelem využití přeshraniční zdravotní péče, ověří členský stát, v němž je pacient pojištěn, zda byly splněny podmínky stanovené v nařízení (ES) č. 883/2004. Pokud jsou tyto podmínky splněny, udělí se předchozí povolení podle uvedeného nařízení, nepožádá-li pacient o jiný postup.

[…]

5. Aniž je dotčen odst. 6 písm. a), b) a c), nesmí členský stát, v němž je pacient pojištěn, odmítnout udělit předchozí povolení, pokud má pacient na dotčenou zdravotní péči nárok podle článku 7 a pokud nemůže být tato zdravotní péče poskytnuta na jeho území ve lhůtě, která je lékařsky odůvodnitelná a vychází z objektivního lékařského posouzení pacientova zdravotního stavu, anamnézy a pravděpodobného průběhu jeho nemoci, bolestivosti nebo povahy jeho postižení při podání nebo opětovném podání žádosti o povolení.“

Rumunské právo

9. Normele Metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (metodologická pravidla o přeshraniční zdravotní péči) (dále jen „metodologická pravidla“) jsou uvedena v příloze Hotărârea Guvernului nº 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (rozhodnutí vlády č. 304/2014 o schválení metodologických pravidel o přeshraniční zdravotní péči) ze dne 16. dubna 2014 (dále jen „rozhodnutí vlády č. 304/2014“)[6], kterým byla schválena.

10. Článek 3 odst. 1 písm. b) bod i) těchto metodologických pravidel, který je obsažen v kapitole II, nadepsané „Metodologie náhrady cen/sazeb odrážejících hodnotu přeshraniční zdravotní péče, včetně její úrovně“, stanoví:

„1. Zdravotní pojišťovna na základě písemné žádosti pojištěné osoby, jejího rodinného příslušníka (rodiče, manžela/manželky, syna/dcery) nebo osoby jí zmocněné, k níž jsou přiloženy podpůrné doklady, nahradí přeshraniční zdravotní péči poskytnutou na území členského státu [Unie] a hrazenou pojištěnou osobou ve výši stanovené v článku 4, pokud:

[…]

b) jsou splněna tato kritéria způsobilosti:

   i) nemocniční lékařské služby byly poskytnuty v jiném členském státě Evropské unie na základě lékařského vyšetření provedeného lékařem poskytujícím lékařské služby v rámci systému sociálního zdravotního pojištění v Rumunsku, jehož výsledkem bylo vystavení žádosti o hospitalizaci, s výjimkou situací uvedených v čl. 1 kritériu 2 a situací spadajících pod kritéria umožňující přijetí bez žádosti o hospitalizaci stanovená v Contractul-cadru

[6] – Zveřejněné v *Monitorul Oficial al României*, část I, č. 318 ze dne 30. dubna 2014.

privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate (rámcová smlouva upravující podmínky poskytování zdravotní péče v rámci systému zdravotního pojištění).“

11. Článek 3 odst. 2 metodologických pravidel upřesňuje, že „ ‚podpůrnými doklady‘ uvedenými v odstavci 1 se rozumí jakýkoli lékařský doklad, včetně žádosti o hospitalizaci, lékařského předpisu na vydání léků a zdravotnických prostředků, lékařské potvrzení uvádějící doporučení k léčbě konkrétními léčivými přípravky z vnitrostátních zdravotních programů pro léčebné účely, které jsou vydávány ve specializovaných lékárnách v rámci rumunského systému zdravotního pojištění – ve formě kopie – potvrzující, že pojištěnec obdržel lékařské služby, léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, datovaný a podepsaný lékařem, který jej vystavil […]“.

Skutkové okolnosti, spor v původním řízení, předběžné otázky a řízení před Soudním dvorem

12. Dne 8. března 2018 byl u AF, s bydlištěm v Rumunsku, na klinice urologie a andrologie Endoplus v Kluži – Napoce (Rumunsko) diagnostikován adenokarcinom prostaty.

13. S ohledem na přínos pro zdraví pacienta a jeho následné uzdravení byla doporučena prostatektomie s použitím chirurgického robota. AF byl informován, že tento robot se nachází ve veřejné nemocnici v Kluži – Napoce (Rumunsko), avšak není prozatím funkční, a mohl by podstoupit stejný zákrok v rámci soukromého systému za cenu přibližně 13 000 eur.

14. V této souvislosti se AF rozhodl podstoupit operaci pomocí chirurgického robota, za stejnou cenu, na specializované klinice v Německu, která se zabývá výhradně tímto onemocněním.

15. Na začátku dubna 2018 požádal AF okresní zdravotní pojišťovnu v Mureș o vystavení zvláštního formuláře E 112, který je podle nařízení č. 1408/71, nahrazeného nařízením č. 883/2004, vyžadován pro ošetření v jiném členském státě k získání povolení vycestovat na území tohoto členského státu za účelem ošetření. Tato žádost byla zamítnuta.

16. Souběžně s tímto postupem byla AF nabídnuta možnost využít chirurgický zákrok v Německu dne 9. května 2018, protože jiný pacient zrušil rezervaci na tento termín. V případě odmítnutí z jeho strany by musel čekat na datum operace osm týdnů po obdržení povolení od okresní zdravotní pojišťovny v Mures. Dne 24. dubna 2018 proto AF provedl platbu za účelem rezervace termínu 9. května 2018.

17. Po provedení této platby se AF rozhodl zaslat žádost o vystavení požadovaného formuláře okresní zdravotní pojišťovně v Mureș doporučeným dopisem s doručenkou. Obdržel odpověď, v níž se uvádí, že jeho žádost nebyla vyhotovena na standardním formuláři a nebyly k ní přiloženy dokumenty požadované vnitrostátními právními předpisy.

18. Chirurgický zákrok, pro který byla nařízena „hospitalizace“ na 8. až 14. května 2018, se nakonec uskutečnil dne 9. května 2018.

19. Po operaci a po návratu do Rumunska požádal AF okresní zdravotní pojišťovnu v Mureș o nahrazení částky 13 069 eur, která odpovídá nákladům na zdravotní péči, jež mu byla poskytnuta v Německu, přičemž tuto žádost založil na nařízení č. 1408/71, které bylo nahrazeno nařízením

č. 883/2004, a na rozsudku ze dne 5. října 2010, Elčinov[7]. Okresní zdravotní pojišťovna v Mureș odmítla platbu s tím, že formulář E 112 měl být vystaven před odjezdem příjemce a AF měl dodržet postup stanovený v příloze rozhodnutí vlády č. 304/2014, aby mu mohla být platba nahrazena.

20. AF odpověděl, že se tímto postupem řídil, ale neúspěšně, a tvrdil, že mu nemohla být náhrada poskytnuta, protože nepředložil žádost o hospitalizaci od lékaře poskytujícího zdravotní služby v rámci systému sociálního zdravotního pojištění v Rumunsku, což je podmínka vyžadovaná v čl. 3 odst. 1 písm. b) bodě i) metodologických pravidel.

21. V další žádosti AF požádal o nahrazení nákladů na přeshraniční zdravotní péči u okresní zdravotní pojišťovny v Mureș a předložil kopie některých požadovaných dokumentů v souladu s metodologickými pravidly. Tato žádost byla zamítnuta z důvodu, že neexistoval žádný důkaz o tom, že AF podstoupil lékařské vyšetření provedené lékařem v systému sociálního zdravotního pojištění v Rumunsku, jehož výsledkem byla žádost o hospitalizaci.

22. AF podal u Curtea de Apel Târgu Mureș (odvolací soud, Târgu Mureș, Rumunsko) žalobu znějící na částečné zrušení mimo jiné čl. 3 odst. 1 písm. b) bodu i) metodologických pravidel a nahrazení nákladů na lékařské ošetření, které mu bylo poskytnuto v Německu. Zejména tvrdil, že ustanovení rumunského práva týkající se podmínek pro proplacení léčebných výkonů a způsobu výpočtu náhrady nákladů na zdravotní péči představují nesprávné provedení směrnice 2011/24 a má nárok na náhradu veškerých nákladů léčby provedené v Německu, nebo alespoň do výše poplatků, které by Rumunsko uhradilo prostřednictvím systému zdravotního pojištění za dotčenou operaci při existenci předchozího povolení.

23. Občanskoprávním rozsudkem Curtea de Apel Târgu Mureș (odvolací soud v Târgu Mureș) ze dne 30. prosince 2019 byla žaloba podaná AF zamítnuta jako neopodstatněná.

24. AF poté podal proti tomuto rozsudku kasační opravný prostředek k Înalta Curte de Casație și Justiție (Nejvyšší kasační soud), který je předkládajícím soudem.

25. Tento soud má pochybnosti o tom, zda jsou s unijním právem slučitelná ustanovení rumunského práva, která podmiňují úhradu přeshraničních lékařských výkonů provedením lékařského vyšetření lékařem spadajícím pod veřejný zdravotní systém státu, v němž je pacient pojištěn, nikoli tedy lékařem spadajícím pod soukromý zdravotní systém tohoto státu, a tím, že takový lékař vystaví žádost o hospitalizaci, pokud je dotčená lékařská služba poskytována v jiném členském státě.

26. Předkládající soud si rovněž klade otázku, zda je s unijním právem slučitelné vnitrostátní pravidlo, které významným způsobem omezuje výši náhrady nákladů na přeshraniční lékařské služby ve srovnání s náklady skutečně vynaloženými pojištěncem v členském státě, který tyto lékařské služby poskytl.

[7] – C-173/09, dále jen „rozsudek Elčinov“, EU:C:2010:581.

27. Za těchto podmínek se Înalta Curte de Casație și Justiție (Nejvyšší kasační soud) rozhodl přerušit řízení a položit Soudnímu dvoru následující předběžné otázky:

„1) Musí být články 49 a 56 SFEU a čl. 7 odst. 7 směrnice [2011/24] vykládány v tom smyslu, že brání takové právní úpravě, která automaticky podmiňuje náhradu nákladů vynaložených osobou povinně pojištěnou v členském státě bydliště posouzením zdravotního stavu lékařem poskytujícím zdravotní služby v rámci systému zdravotního pojištění tohoto státu a následným vystavením žádosti o hospitalizaci tímto lékařem, aniž by bylo umožněno předložit rovnocenné lékařské doklady vydané soukromými zdravotnickými zařízeními, a to i v případě, že k hospitalizaci došlo a zdravotní služba byla poskytnuta v jiném členském státě, než je členský stát bydliště pojištěné osoby?

2) Musí být články 49 a 56 SFEU, čl. 22 odst. 1 písm. c) nařízení [č. 1408/71], zásada volného pohybu pacientů a služeb, jakož i zásada efektivity a zásada proporcionality vykládány v tom smyslu, že brání takové vnitrostátní právní úpravě, která v případě, že nebylo získáno předchozí povolení, stanoví výši náhrady za služby na úrovni nákladů, které by měly být hrazeny členským státem bydliště, pokud by lékařská péče byla poskytnuta na jeho území, a to prostřednictvím vzorce pro výpočet, který výrazně omezuje výši této náhrady ve vztahu k nákladům skutečně vynaloženým pojištěnou osobou v členském státě, který poskytl předmětné lékařské služby?“

28. Písemná vyjádření předložily Evropská komise a polská vláda.

Analýza

Úvodní poznámky

29. Připomínám, že v oblasti zdravotnictví dochází k určitému překrývání pravomocí, což nevyhnutelně vedlo k napětí mezi pravomocí členských států k organizaci zdravotnictví na jedné straně [8] a základními svobodami na straně druhé.

30. Podle ustálené judikatury spadají lékařské služby poskytované za úplatu do působnosti ustanovení o volném pohybu služeb, včetně situace, kdy je léčba poskytována v rámci nemocnice. Volný pohyb služeb zahrnuje svobodu příjemců služeb, především osob, jež potřebují zdravotní péči, vycestovat do jiného členského státu za účelem využití těchto služeb [9].

31. Z judikatury Soudního dvora rovněž vyplývá, že unijní právo neupírá členským státům pravomoc, aby si organizovaly své systémy sociálního zabezpečení. Je na legislativě každého členského státu, aby určila zaprvé podmínky týkající se práva nebo povinnosti registrovat se v systému sociálního zabezpečení a zadruhé podmínky vzniku nároku na dávky. Tím však není dotčeno, že při výkonu této pravomoci musejí členské státy dodržovat unijní právo [10], zejména ustanovení o volném pohybu služeb [11].

[8] – Viz čl. 168 odst. 7 SFEU; viz rovněž stanovisko generální advokátky V. Trstenjak ve věci Komise v. Německo (C-562/10, EU:C:2012:210, bod 54).

[9] – Viz rozsudek Elčinov (body 36 a 37 a citovaná judikatura).

[10] – Viz rozsudek ze dne 12. července 2001, Smits a Peerbooms (C-157/99, dále jen „rozsudek Smits a Peerbooms“, EU:C:2001:404, body 44 až 46 a citovaná judikatura).

[11] – Viz mimo jiné rozsudky ze dne 16. května 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, bod 92), a ze dne 15. června 2010, Komise v. Španělsko (C-211/08, EU:C:2010:340, bod 53).

32. Soudní dvůr rovněž opakovaně rozhodl, že článek 56 SFEU vylučuje použití jakékoli vnitrostátní legislativy, která by měla ten účinek, že by ztížila poskytování služeb mezi několika členskými státy oproti poskytování služeb pouze v rámci jednoho členského státu [12], a vnitrostátní opatření, která výkon volného pohybu služeb zakazují, brání tomuto výkonu nebo jej činí méně atraktivním, představují omezení této svobody [13].

33. Pokud jde o směrnici 2011/24, z jejího bodu 4 odůvodnění vyplývá, že bez ohledu na možnost pacientů využívat podle této směrnice přeshraniční zdravotní péči nesou členské státy i nadále odpovědnost za poskytování bezpečné, vysoce kvalitní, účinné a kvantitativně dostačující zdravotní péče občanům na svém území.

34. Z bodů 7 a 8 jejího odůvodnění kromě toho vyplývá, že směrnice 2011/24 ctí svobodu každého členského státu rozhodnout, jaký druh zdravotní péče považuje za vhodný, a tato svoboda není směrnicí dotčena, přičemž účelem této směrnice je dosáhnout všeobecnějšího i účinnějšího uplatňování zásad, které v jednotlivých případech stanovil Soudní dvůr, pokud jde o některé otázky týkající se zdravotní péče poskytnuté v jiném členském státě než je stát, v němž má příjemce péče bydliště, zejména náhradu nákladů na zdravotní péči.

35. Tato směrnice se na základě svého čl. 2 písm. m) použije, aniž jsou dotčena ustanovení nařízení č. 883/2004 a č. 987/2009.

36. Článek 7, nadepsaný „Obecné zásady náhrady nákladů“, v kapitole III směrnice 2011/24, která upravuje náhradu nákladů na přeshraniční zdravotní péči, stanoví v odstavci 1 zásadu, podle níž aniž je dotčeno nařízení č. 883/2004 a není-li v článcích 8 a 9 stanoveno jinak, zajistí členský stát, v němž je pacient pojištěn, náhradu nákladů, které vznikly pojištěné osobě, která čerpala přeshraniční zdravotní péči, pokud je tato zdravotní péče zahrnuta mezi dávky, na které má pojištěná osoba nárok v členském státě, v němž je pojištěna.

37. Článek 7 odst. 4 první pododstavec směrnice 2011/24 stanoví, že členský stát, v němž je pacient pojištěn, nahradí nebo přímo uhradí náklady na přeshraniční zdravotní péči do výše nákladů, které by sám převzal, pokud by tato zdravotní péče byla poskytnuta na jeho území, avšak jen do výše skutečných nákladů na čerpanou zdravotní péči.

38. Z článku 7 odst. 7 uvedené směrnice rovněž v podstatě vyplývá, že členský stát, v němž je pacient pojištěn, může vůči pojištěné osobě, která požádá o náhradu nákladů na přeshraniční zdravotní péči, uplatnit stejné podmínky, kritéria způsobilosti a právní a administrativní náležitosti, ať už stanovené na místní, regionální či celostátní úrovni, jaké by uplatňoval, pokud by byla tato zdravotní péče poskytnuta na jeho území, včetně posouzení od zdravotnického pracovníka, přičemž tyto podmínky, kritéria způsobilosti ani regulační či administrativní náležitosti nesmějí být diskriminační nebo představovat neopodstatněnou překážku volnému pohybu pacientů, služeb či zboží, pokud nejsou objektivně odůvodněny požadavky na plánování.

39. Konečně z čl. 7 odst. 8 směrnice 2011/24 vyplývá, že s výjimkou případů uvedených v článku 8 této směrnice nesmí členský stát, v němž je pacient pojištěn, podmínit náhradu nákladů na přeshraniční zdravotní péči předchozím povolením [14].

[12] – Viz mimo jiné rozsudky ze dne 5. října 1994, Komise v. Francie (C-381/93, EU:C:1994:370, bod 17); Smits a Peerbooms (bod 61), a ze dne 19. dubna 2007, Stamatelaki (C-444/05, EU:C:2007:231, bod 25).

[13] – Viz rozsudek ze dne 26. září 2024, Nord Vest Pro Sani Pro (C-387/22, EU:C:2024:786, bod 40 a citovaná judikatura).

[14] – Systém předchozího povolení, který mohou členské státy zavést na základě směrnice 2011/24, je tedy svou povahou výjimečný [v tomto smyslu viz stanovisko generálního advokáta G. Hogana ve věci Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, bod 65)].

40. Aby tedy taková situace, o jakou se jedná ve věci v původním řízení, spadala do působnosti směrnice 2011/24, musí být dotčená zdravotní péče součástí dávek, na které má pojištěnec nárok v členském státě, v němž je pojištěn. V projednávané věci z informací, které má Soudní dvůr k dispozici, a zejména z odpovědí předkládajícího soudu na otázky položené Soudním dvorem, vyplývá, že lékařský zákrok dotčený ve věci v původním řízení patří mezi výkony, na které má pojištěná osoba nárok na rumunském území.

41. Mimoto se ještě pozastavuji nad tím, že zatímco první předběžná otázka, jíž se týká toto úžeji zaměřené stanovisko, se vztahuje ke směrnici 2011/24, druhá se týká nařízení č. 1408/71, které bylo nahrazeno nařízením č. 883/2004, a táže se Soudního dvora na omezení výše dávek, které mohou být hrazeny. Soudní dvůr již přitom poukázal na „existenci systémového rozdílu mezi systémem náhrady nákladů zavedeným v nařízení č. 883/2004 a systémem upraveným ve směrnici 2011/24“ [15].

42. V tomto ohledu pro všechny případy připomínám, že v souladu s body 30 a 31 odůvodnění směrnice 2011/24 by systém zavedený unijními nařízeními o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a systém zavedený touto směrnicí měly být z hlediska pacientů koherentní, a to tak, že vždy platí jeden z nich. Pacientovi by kromě toho neměla být odpírána výhodnější práva zaručená nařízeními Unie o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, jsou-li splněny příslušné podmínky. Každému pacientovi, který požádá o povolení využít léčbu odpovídající jeho stavu v jiném členském státě, by tudíž mělo být toto povolení vždy uděleno za podmínek stanovených v uvedených nařízeních Unie, pokud tato léčba patří mezi dávky stanovené právními předpisy členského státu, v němž má pacient bydliště, a pokud nemůže být pacientovi poskytnuta ve lhůtě, která je lékařsky odůvodnitelná s ohledem na současný zdravotní stav a pravděpodobný průběh nemoci dotyčné osoby. Pokud však pacient místo toho výslovně žádá o poskytnutí léčby podle směrnice 2011/24, měly by být dávky platné v souvislosti s náhradou nákladů omezeny na dávky platné podle této směrnice. Pokud má pacient nárok na přeshraniční zdravotní péči podle této směrnice i podle nařízení č. 883/2004 a použití uvedeného nařízení je pro pacienta výhodnější, měl by jej na to upozornit členský stát, v němž je pojištěn.

K první otázce

43. Předběžná otázka, která je předmětem tohoto úžeji zaměřeného stanoviska, se týká kritéria způsobilosti stanoveného dotčenou vnitrostátní právní úpravou, která v podstatě podmiňuje náhradu nemocničních služeb poskytnutých v jiném členském státě dvojí podmínkou, tj. že tyto služby musí následovat po lékařském vyšetření provedeném výhradně lékařem, který spadá pod systém veřejného zdravotního pojištění členského státu, v němž je osoba pojištěna, a nesmějí být poskytnuty v rámci soukromého systému, a následná žádost o hospitalizaci musí být vystavena takovým lékařem v členském státě, v němž je osoba pojištěna, zatímco je nemocniční služba poskytována v jiném členském státě.

44. Považuji za vhodné připomenout, že ačkoli ze spisového materiálu vyplývá, že lékařský zákrok dotčený v původním řízení patří mezi služby, u nichž Rumunsko za účelem náhrady nákladů na přeshraniční zdravotní péči vyžaduje předchozí povolení, které musí být vydáno příslušnou institucí před odjezdem pojištěnce, systém předchozího povolení není předmětem této předběžné otázky.

[15] – Viz rozsudek ze dne 29. října 2020, Veselības ministrija (C-243/19, dále jen „rozsudek Veselības ministrija“, EU:C:2020:872, bod 72).

45. Pro účely projednávané věci navrhuji, aby Soudní dvůr přeformuloval předběžnou otázku tak, aby Soudní dvůr posoudil, zda článek 56 SFEU [16] a čl. 7 odst. 7, směrnice 2011/24 musí být vykládány v tom smyslu, že brání takové právní úpravě, která automaticky podmiňuje náhradu nákladů přeshraniční zdravotní péče vynaložených pojištěncem v členském státě, v němž je pojištěn [17], provedením lékařského vyšetření lékařem poskytujícím zdravotní služby v rámci systému veřejného zdravotního pojištění tohoto státu a následným vystavením žádosti o hospitalizaci tímto lékařem, aniž je možné předložit rovnocenné dokumenty [18] vydané zdravotnickým pracovníkem, který nespadá pod systém veřejného zdravotního pojištění tohoto státu.

46. Za účelem navržení užitečné odpovědi na tuto otázku nejprve vysvětlím, co je podle mého názoru třeba rozumět „posouzení[m] od zdravotnického pracovníka nebo jiné osoby, jejíž posouzení je nutné pro další poskytnutí zdravotní péče a která poskytuje služby zákonného systému sociálního zabezpečení nebo státního zdravotního systému členského státu, v němž je pacient pojištěn“, ve smyslu čl. 7 odst. 7 směrnice 2011/24, jakož i důvody, proč se domnívám, že se členský stát může dovolávat tohoto ustanovení k tomu, aby vyžadoval lékařské posouzení zdravotnickým pracovníkem spadajícím do systému veřejného zdravotního pojištění dotčeného členského státu, a nikoli tedy lékařem, který do tohoto systému nespadá. Dále bude třeba se konkrétně zabývat dvojí podmínkou uloženou dotčenou vnitrostátní právní úpravou, a sice že přeshraniční nemocniční služby musí být provedeny po lékařském vyšetření provedeném zdravotnickým pracovníkem podléhajícím rumunskému systému veřejného zdravotního pojištění, jehož výsledkem byla žádost o hospitalizaci vystavená takovým lékařem. Vyvstává tedy rovněž otázka, zda toto kritérium způsobilosti nepředstavuje překážku volnému pohybu pacientů nebo služeb, a případně zda je objektivně odůvodněno ve vztahu ke sledovanému cíli.

K posouzení od zdravotnického pracovníka nebo jiné osoby, jejíž posouzení je nutné pro další poskytnutí zdravotní péče a která poskytuje služby zákonného systému sociálního zabezpečení nebo státního zdravotního systému členského státu, v němž je pacient pojištěn, ve smyslu čl. 7 odst. 7 směrnice 2011/24

47. Podle ustálené judikatury Soudního dvora platí, že je třeba pro účely výkladu ustanovení unijního práva vzít v úvahu nejen jeho znění, ale i jeho kontext a cíle sledované právní úpravou, jejíž je součástí [19].

48. Článek 7 odst. 7 směrnice 2011/24, tak jak je formulován, stanoví, že členský stát, v němž je pacient pojištěn, může vyžadovat posouzení od zdravotnického pracovníka nebo jiné osoby, jejíž posouzení je nutné pro další poskytnutí zdravotní péče a která poskytuje služby zákonného systému sociálního zabezpečení nebo státního zdravotního systému členského státu, v němž je pacient pojištěn, jako je praktický lékař nebo lékař poskytující primární péči, u něhož je pacient registrován, je-li to nutné pro stanovení nároku konkrétního pacienta na zdravotní péči.

[16] – Z žádné skutečnosti obsažené ve spise nevyplývá, že právní úprava dotčená ve věci v původním řízení souvisí s výkonem svobody usazování, jak je zakotvena v článku 49 SFEU.

[17] – Zatímco pojem „členský stát bydliště“ je použit v nařízeních č. 883/2004 a č. 987/2009, směrnice 2011/24 používá výraz „členský stát, v němž je pacient pojištěn“.

[18] – Formulace „rovnocenné dokumenty“ je upřednostňována před formulací „rovnocenná lékařská osvědčení“, neboť je širší a může zahrnovat všechny druhy dokumentů vydaných zdravotnickými pracovníky nebo zdravotnickými institucemi.

[19] – Viz rozsudek ze dne 18. září 2019, VIPA (C-222/18, EU:C:2019:751, bod 34 a citovaná judikatura).

49. Francouzské znění tohoto ustanovení výslovně uvádí povinný systém sociálního zabezpečení nebo státní zdravotní systém členského státu, v němž je pacient pojištěn, pro který zdravotnický pracovník nebo jiná osoba poskytuje zdravotní služby. Totéž platí i pro ostatní jazyková znění, jejichž znění je stejně přesné [20].

50. Z kontextuálního hlediska uvádím, že bod 37 odůvodnění směrnice 2011/24, který odkazuje na možnost členských států zachovat obecné podmínky, kritéria způsobilosti a právní a administrativní náležitosti pro získání náhrady nákladů na zdravotní péči u pacientů, kteří se chtějí nechat léčit v jiném členském státě, jako příklad uvádí povinnost konzultovat praktického lékaře před konzultací odborného lékaře nebo před využitím nemocniční péče.

51. Článek 1 odst. 4 směrnice 2011/24 dále stanoví, že tato směrnice nezavazuje členský stát k náhradě nákladů na zdravotní péči poskytovanou poskytovateli zdravotní péče se sídlem na jeho území, pokud uvedení poskytovatelé nejsou součástí „systému sociálního zabezpečení nebo systému veřejného zdravotnictví tohoto členského státu“.

52. Pokud jde kromě toho o cíle směrnice 2011/24, v návrhu směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči bylo uvedeno, že ponechává členským státům velký prostor pro provádění obecných zásad stanovených touto směrnicí podle jejich vnitrostátních, regionálních nebo místních podmínek, a mimo jiné nemění právo členských států na stanovení podmínek pro určité dávky, jako je např. návštěva praktického lékaře za účelem získání doporučení pro specializovanou léčbu [21].

53. Z různých tiskových zpráv Rady Evropské unie rovněž vyplývá, že v průběhu diskusí o návrhu směrnice 2011/24 se stanoviska lišila v otázce, zda měla být oblast působnosti směrnice omezena na poskytovatele zdravotní péče, kteří uzavřeli smlouvu se systémem veřejného zdravotního pojištění nebo jsou jinak uznáni veřejným systémem, nebo zda měla být rozšířena i na soukromé poskytovatele zdravotní péče, kteří takto nebyli uznáni [22].

54. V tomto směru bylo dohodnuto, že členské státy mohou přijmout ustanovení, která zajistí, aby pacienti využívající přeshraniční zdravotní péči požívali stejných práv, jakých by požívali, kdyby jim byla tato péče poskytnuta za srovnatelných podmínek v členském státě, v němž je pacient pojištěn. Členské státy mohou regulovat odliv pacientů tím, že budou vyžadovat předchozí povolení pro určité zdravotní služby (tj. ty, které vyžadují pobyt pacienta přes noc v nemocnici, které vyžadují využití vysoce specializovaných a nákladných zdravotnických zařízení nebo které vyvolávají obavy o kvalitu nebo bezpečnost péče), nebo tím, že budou uplatňovat zásadu „filtrování“ („*gatekeeping*“), například prostřednictvím praktického lékaře [23].

[20] – Například španělské znění používá formulaci „*sistema de seguridad social o el sistema nacional de sanidad obligatorio*“ (systém sociálního zabezpečení nebo povinný státní zdravotní systém), německé znění „*die gesetzliche Sozialversicherung oder das nationale Gesundheitssystem*“ (zákonné sociální zabezpečení nebo státní zdravotní systém), anglické znění „*statutory social security system or national health system*“ (zákonný systém sociálního zabezpečení nebo státní zdravotní systém), italské znění „*sistema obbligatorio di sicurezza sociale*“ (povinný systém sociálního zabezpečení), nizozemské znění „*het wettelijke socialezekerheids- of gezondheidszorgstelsel*“ (zákonný systém sociálního zabezpečení nebo zdravotní péče) a rumunské znění „*sistemului obligatoriu de securitate socială sau sistemului național de sănătate*“ (povinný systém sociálního zabezpečení nebo státní zdravotní systém).

[21] – Návrh ze dne 2. července 2008 [SEC(2008) 2163] [SEC(2008) 2164] [SEC(2008) 2183]/* COM/2008/0414 final – COD 2008/0142, bod 4 písm. c) a bod 7.1.

[22] – Tisková zpráva, 2947. zasedání Rady – Zaměstnanost, sociální politika, zdraví a ochrana spotřebitele – Lucemburk, 8. a 9. června 2009, 9721/2/09 REV 2, Tisk 124, s. 12. Viz také tisková zpráva, 2980. zasedání Rady – Zaměstnanost, sociální politika, zdraví a ochrana spotřebitele – Brusel, 30. listopadu 2009 a 1. prosince 2009, 16611/1/09 REV 1, Tisk 348, s. 13: záměrem bylo plně respektovat judikaturu Soudního dvora a zároveň zachovat právo členských států organizovat své systémy zdravotní péče.

[23] – Tisková zpráva, 3019. zasedání Rady – Zaměstnanost, sociální politika, zdraví a ochrana spotřebitele – Lucemburk, 7. a 8. června 2010, 10560/10, Tisk 156, s. 16; viz také tisková zpráva, 2916. zasedání Rady – Zaměstnanost, sociální politika, zdraví a ochrana spotřebitele – Brusel, 16. a 17. prosince 2008, 16825/08, Tisk 358, s. 9.

55. Během diskusí o přijetí směrnice 2011/24 Komise rovněž vyjádřila názor, že vyloučení určitých poskytovatelů, ať už veřejných nebo soukromých, z důvodu objektivních, konkrétních a oprávněných obav ohledně kvality a bezpečnosti je slučitelné s unijním právem, avšak pouze tehdy, nedotýká-li se směrnice o odborných kvalifikacích [24].

56. Ačkoli tedy směrnice 2011/24 harmonizovala některé zásady použitelné na náhradu nákladů na přeshraniční zdravotní péči, neharmonizovala právo sociálního zabezpečení a systémy sociálního zabezpečení zavedené jednotlivými členskými státy. Dualistickou strukturu zákonného systému sociálního zabezpečení nebo státního zdravotního systému, která rozlišuje mezi veřejným a soukromým zdravotnictvím, nelze ve světle judikatury Soudního dvora kritizovat, pokud není diskriminační a nepředstavuje objektivně neodůvodněnou překážku volného pohybu pacientů, služeb nebo zboží.

57. Považuji však za důležité zdůraznit, že směrnice 2011/24 má v konečném důsledku umožnit občanům Unie využívat jak soukromou nebo smluvní zdravotní péči, tak veřejnou zdravotní péči ve všech členských státech [25] a oblast působnosti této směrnice nebyla sama o sobě omezena na poskytovatele zdravotní péče, kteří jsou smluvně vázáni na systém veřejného zdravotního pojištění nebo jsou veřejným systémem jinak uznáváni [26]. Rozsah kryté zdravotní péče a podmínky přístupu k náhradám se však v praxi budou pravděpodobně v jednotlivých státech lišit, neboť z volného pohybu služeb neplyne zásadní právo na určité uspořádání vnitrostátního zdravotního systému [27].

58. Mám tedy za to, že „zákonným systémem sociálního zabezpečení“ nebo „státním zdravotním systémem“ ve smyslu čl. 7 odst. 7 směrnice 2011/24 je třeba rozumět veřejný zdravotní systém zřízený a organizovaný každým státem. Vzhledem k tomu, že členské státy zavedly odlišné vnitrostátní systémy, je jejich odpovědností určit ty zdravotnické pracovníky, kteří spadají do jejich systému zdravotní péče, přičemž některé systémy zahrnují i smluvní soukromé poskytovatele.

59. Článek 7 odst. 7 směrnice 2011/24 tak členským státům umožňuje zachovat systém filtrování (*gatekeeping*), v jehož rámci zdravotnický pracovník poskytující služby pro veřejný zdravotní systém případně určí nárok pacienta na určitou zdravotní péči.

[24] – Sdělení Komise Evropskému parlamentu podle čl. 294 odst. 6 [SFEU] týkající se postoje Rady v prvním čtení k přijetí směrnice Evropského parlamentu a Rady o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, COM(2010) 503 final, 2008/0142 (COD), 20. září 2010, s. 7 a 10, které odkazuje na směrnici Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací (Úř. věst. 2005, L 255, s. 22).

[25] – Článek 3 písm. a) směrnice 2011/24 v tomto směru definuje „zdravotní péči“ jako „zdravotní služby poskytované pacientům zdravotnickými pracovníky za účelem vyhodnocení nebo udržení jejich zdravotního stavu nebo jejich uzdravení, včetně předepisování, vydávání a poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků“, aniž by rozlišoval mezi veřejnými a soukromými zdravotními službami. Viz rovněž návrh důvodové zprávy Rady ze dne 3. září 2010, interinstitucionální spis, 2008/0142 (COD), s. 4; „The Top Ten Mistakes Patients make in Cross-border Healthcare“, European Commission, 2018, k dispozici prostřednictvím následujícího odkazu: https://health.ec.europa.eu/document/download/b2a023c2-2af5-4ef7-b886-2b9203d355c1_en?filename= 2018_10mistakes_en.pdf&prefLang=fr.

[26] – Článek 3 písm. f) směrnice 2011/24 uvádí, že „zdravotnickým pracovníkem“ se rozumí „lékař, zdravotní sestra či ošetřovatel odpovědný za všeobecnou péči, zubní lékař, porodní asistentka nebo farmaceut ve smyslu směrnice [2005/36] nebo jiný odborný pracovník provádějící takové činnosti ve zdravotnictví, které jsou vyhrazeny pro regulované povolání ve smyslu čl. 3 odst. 1 písm. a) směrnice [2005/36], anebo osoba považovaná za zdravotnického pracovníka podle právních předpisů členského státu, v němž je zdravotní péče poskytována“. Jak bylo uvedeno v bodě 51 tohoto stanoviska, je na členských státech, aby určily, zda chtějí nahradit náklady na zdravotní péči poskytovanou poskytovateli péče, kteří nejsou součástí jejich systému sociálního zabezpečení nebo systému veřejného zdravotnictví.

[27] – V tomto smyslu viz stanovisko generální advokátky V. Trstenjak ve věci Komise v. Německo (C-562/10, EU:C:2012:210, bod 55).

60. Mám tudíž za to, že ze znění čl. 7 odst. 7 směrnice 2011/24, jakož i z kontextu a cílů sledovaných touto směrnicí vyplývá, že členské státy mohou svým pojištěncům, kteří si přejí využít náhrady nákladů na přeshraniční zdravotní péči, uložit posouzení od zdravotnického pracovníka spadajícího pod systém veřejného zdravotního pojištění členského státu, v němž je pacient pojištěn, a odmítnout náhradu nákladů, pokud takové posouzení provede lékař, který pod tento systém nespadá.

61. Na tomto závěru nic nemění ani odkaz předkládajícího soudu na judikaturu Soudního dvora týkající se rozsudku ze dne 6. října 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a Casa de Asigurări de Sănătate Constanța [28]. Soudní dvůr totiž skutečně, když rozhodoval v rámci režimu předchozího povolení podle článku 20 nařízení č. 883/2004, vykládaného ve spojení s čl. 26 odst. 4 nařízení č. 987/2009, dospěl k závěru, že vnitrostátní právní úprava, která vyžaduje, aby žádost o povolení k léčbě mimo členský stát bydliště byla doprovázena lékařskou zprávou uvádějící diagnózu, jakož i navrhovanou léčbu, vydanou lékařem spadajícím pod systém vnitrostátního veřejného zdravotního pojištění, ukládá podmínku, která jde nad rámec podmínek stanovených v článku 20 nařízení č. 883/2004 [29].

62. Nicméně na rozdíl od znění čl. 26 odst. 4 nařízení č. 987/2009, který stanoví možnost příslušné instituce dát kdykoli během postupu udělování povolení pojištěnou osobu v *členském státě pobytu nebo bydliště* vyšetřit *lékařem podle své vlastní volby*, čl. 7 odst. 7 směrnice 2011/24 výslovně stanoví, že se může jednat o zdravotnického pracovníka nebo jinou osobu, jejíž posouzení je nutné pro další poskytnutí zdravotní péče a která poskytuje služby *zákonného systému sociálního zabezpečení* nebo *státního zdravotního systému členského státu, v němž je pacient pojištěn*.

Ke dvojí podmínce týkající se posouzení lékařem spadajícím pod rumunský systém veřejného zdravotního pojištění, jehož výsledkem je žádost o hospitalizaci

63. Článek 7 odst. 7 směrnice 2011/24 neobsahuje taxativní výčet podmínek, kritérií způsobilosti a právních a administrativních náležitostí, které může členský stát, v němž je pacient pojištěn, uložit pojištěným osobám, které si přejí získat náhradu nákladů na přeshraniční zdravotní péči. Jako příklad je uvedeno pouze posouzení od zdravotnického pracovníka nebo jiné osoby, jejíž posouzení je nutné pro další poskytnutí zdravotní péče a která poskytuje služby zákonného systému sociálního zabezpečení nebo státního zdravotního systému členského státu, v němž je pacient pojištěn, jako je praktický lékař nebo lékař poskytující primární péči, u něhož je pacient registrován. Z tohoto ustanovení však vyplývá, že tyto podmínky, kritéria způsobilosti a právní a administrativní náležitosti musí být stejné jako ty, které se ukládají pro zdravotní péči poskytnutou na území členského státu, v němž je pacient pojištěn, a nesmějí být diskriminační ani představovat neopodstatněnou překážku volnému pohybu pacientů, služeb či zboží, ledaže by byly objektivně odůvodněny.

64. V tomto ohledu ze skutečností obsažených ve spise vyplývá, že kritérium způsobilosti uvedené v čl. 3 odst. 1 písm. b) metodologických pravidel, podle kterého je náhrada nákladů na přeshraniční zdravotní péči podmíněna provedením lékařského posouzení zdravotnickým pracovníkem spadajícím pod systém veřejného zdravotního pojištění členského státu bydliště pojištěné osoby, které vede k tomu, že tento zdravotnický pracovník vystaví žádost

[28] – C-538/19, dále jen „rozsudek Casa Națională de Asigurări de Sănătate “, EU:C:2021:809.

[29] – Rozsudek Casa Națională de Asigurări de Sănătate (body 41 až 45).

o hospitalizaci, se vztahuje rovněž na lékařskou péči poskytnutou na rumunském území. Z toho vyplývá, že kritérium způsobilosti stanovené v čl. 3 odst. 1 písm. b) metodologických pravidel se vztahuje jak na přeshraniční péči, tak na zdravotní péči poskytovanou na rumunském území.

65. Představuje však toto kritérium způsobilosti překážku volnému pohybu pacientů nebo služeb?

66. Z ustálené judikatury vyplývá, že vnitrostátní právní úprava představuje překážku volného pohybu služeb, pokud sice přímo nebrání osobám pojištěným v systému veřejného zdravotního pojištění obrátit se na poskytovatele lékařských služeb usazeného v jiném členském státě, ale má odrazující účinek při využívání přeshraničních zdravotnických služeb [30]. Důsledkem této vnitrostátní právní úpravy je tedy ztížení poskytování služeb mezi členskými státy oproti poskytování služeb výhradně v rámci členského státu ve smyslu judikatury uvedené v bodě 32 tohoto stanoviska.

67. Soudní dvůr, když rozhodoval v souvislosti se systémem předchozího povolení, který členské státy zavedly na základě nařízení č. 883/2004 nebo nařízení č. 1408/71, uvedl, že samotný požadavek předchozího povolení, kterému podléhá hrazení péče plánované v jiném členském státě ze strany příslušné instituce na základě režimu krytí platného v jejím členském státě, představuje pro pacienty i pro poskytovatele překážku volnému pohybu služeb zakotvenému v článku 56 SFEU, neboť vzhledem k tomu, že náklady vzniklé v členském státě, v němž je pacient pojištěn, takovému předchozímu povolení nepodléhají, odrazuje takový požadavek uvedené pacienty, aby se obrátili na poskytovatele zdravotní péče usazené v jiném členském státě s cílem získat péči, či jim v tom dokonce brání [31].

68. Ačkoli se tato judikatura týká správného výkladu nařízení č. 883/2004 nebo nařízení č. 1408/71, je relevantní *mutatis mutandis* pro projednávanou věc [32]. Vyvstává tedy otázka, zda předmětná rumunská právní úprava v rozsahu, v němž vyžaduje posouzení lékařem rumunského systému veřejného zdravotního pojištění a následné vystavení žádosti o hospitalizaci tímto lékařem, neztěžuje rumunskému pojištěnci využití služeb v jiném členském státě než v Rumunsku.

69. Ze znění žádosti o rozhodnutí o předběžné otázce vyplývá, že žádost o hospitalizaci, kterou vyžaduje čl. 3 odst. 1 písm. b) bod i) metodologických pravidel, je dokumentem, který potvrzuje, že lékařské vyšetření bylo provedeno lékařem spadajícím pod rumunský systém veřejného zdravotního pojištění, a který doporučuje zvláštní nemocniční léčbu.

70. Z článku 3 odst. 1 písm. b) bodu i) a odst. 2 metodologických pravidel vyplývá, že žádost o hospitalizaci je jedním ze zdravotnických dokumentů prokazujících, že pojištěná osoba byla mimo jiné příjemcem lékařských služeb. Dále předkládající soud v žádosti o rozhodnutí o předběžné otázce uvádí, že podle navrhovatele je žádost o hospitalizaci obdobou důkazu o přijetí pojištěnce do zdravotního systému za účelem podstoupení nemocniční léčby [33].

[30] – Viz rozsudek Casa Națională de Asigurări de Sănătate (bod 48 a citovaná judikatura).

[31] – V tomto smyslu mimo jiné viz rozsudky ze dne 28. dubna 1998, Kohll (C-158/96, EU:C:1998:171, body 34 a 35); ze dne 12. července 2001, Vanbraekel a další (C-368/98, EU:C:2001:400, bod 45); ze dne 19. dubna 2007, Stamatelaki (C-444/05, EU:C:2007:231, body 26 a 28); Elčinov (bod 41 a citovaná judikatura) a Casa Națională de Asigurări de Sănătate (bod 35 a citovaná judikatura).

[32] – Podotýkám, že v projednávané věci je otázka náhrady nákladů na přeshraniční zdravotní péči poskytnutou AF součástí systému předchozího povolení, ke kterému se připojují požadavky předchozího posouzení lékařem spadajícím do systému veřejného zdravotního pojištění členského státu, v němž je pacient pojištěn, a žádosti o hospitalizaci vystavené takovým lékařem.

[33] – Podle okresní zdravotní pojišťovny v Mureș lze provedení lékařského vyšetření prokázat pouze prostřednictvím žádosti o hospitalizaci.

71. Kritérium způsobilosti k náhradě nákladů na přeshraniční zdravotní péči, jak je stanoveno v čl. 3 odst. 1 písm. b) bodě i) metodologických pravidel, tedy není srovnatelné s příkladem uvedeným v čl. 7 odst. 7 směrnice 2011/24, který v podstatě umožňuje členským státům uložit povinnost konzultovat praktického lékaře před konzultací odborného lékaře nebo před využitím nemocniční péče, jak vyplývá z bodů 50 a 52 tohoto stanoviska.

72. Ačkoli totiž přístup ke specializované nebo nemocniční péči často závisí na získání potvrzení o její klinické nezbytnosti vystaveného ošetřujícím lékařem, je v projednávané věci obtížné si představit, jak může být podmínka uložená dotčeným vnitrostátním ustanovením v praxi splněna v případě přeshraniční péče. Z údajů předkládajícího soudu vyplývá, že pokud je nemocniční péče poskytována v jiném členském státě, než je členský stát, v němž je pacient pojištěn, přijetí k hospitalizaci nenastává v nemocničním zařízení v členském státě, v němž je pacient pojištěn, stejně jako by žádost o hospitalizaci vystavená lékařem v členském státě, v němž je pacient pojištěn, nebyla použita pro účely přijetí k hospitalizaci v členském státě určení.

73. Tato okolnost vede k závěru, že předmětné vnitrostátní ustanovení v rozsahu, v němž ukládá dvojí podmínku týkající se posouzení lékařem v rámci rumunského systému veřejného zdravotního pojištění a žádosti o hospitalizaci vystavené tímto lékařem, představuje překážku volného pohybu pacientů a služeb, pokud jde o nemocniční lékařské služby poskytované v jiném členském státě.

74. Konkrétně vzhledem k tomu, že předmětné vnitrostátní ustanovení vyžaduje, aby každý pojištěnec obdržel žádost o hospitalizaci od lékaře spadajícího do rumunského systému veřejného zdravotního pojištění, i když taková žádost o hospitalizaci v případě přeshraniční nemocniční péče bude tradičně vystavena nemocnicí v cílovém členském státě, zbavuje pojištěnce, který má pouze žádost o hospitalizaci vystavenou v jiném členském státě, než je členský stát, v němž je pacient pojištěn, možnosti získat náhradu za takovou nemocniční péči, což vede ke znevýhodnění pojištěnců, kteří se chtějí za účelem takové péče vydat do zahraničí. Za těchto podmínek může předmětná vnitrostátní právní úprava pojištěncům ztížit výkon jejich volného pohybu.

75. I když se tedy toto pravidlo použije stejným způsobem a ukládá bez rozdílu stejné podmínky pro náhradu nákladů na přeshraniční a vnitrostátní nemocniční zdravotní péči, představuje nicméně pro každého pojištěnce omezení výkonu volného pohybu služeb [34].

76. Proto se domnívám, že dvojí podmínka stanovená v čl. 3 odst. 1 písm. b) bodě i) metodologických pravidel odrazuje pojištěnce od využívání služeb poskytovatelů zdravotní péče usazených v jiných členských státech, než je členský stát, v němž jsou pojištěni, a činí výkon volného pohybu služeb zaručeného článkem 56 SFEU méně atraktivním. Představuje proto překážku volného pohybu pacientů a služeb.

[34] – Soudní dvůr již rozhodl, že vnitrostátní právní úprava, která se sice vztahuje stejným způsobem na státní příslušníky i na provozovatele nebo poskytovatele z jiných členských států, ale vede k tomu, že poskytovatelé z jiného členského státu jsou znevýhodněni oproti státním příslušníkům, představuje omezení svobody usazování a volného pohybu služeb [mimo jiné viz rozsudky ze dne 13. prosince 2007, Komise v. Itálie (C-465/05, EU:C:2007:781, body 46 až 48), a ze dne 21. prosince 2023, Cofidis (C-340/22, EU:C:2023:1019, body 40 a 41)].

K odůvodnění překážky volného pohybu pacientů a služeb

77. V projednávané věci rumunská vláda neuvedla žádné odůvodnění ohledně použitelné rumunské právní úpravy. Předkládající soud má však pochybnosti o slučitelnosti předmětné vnitrostátní právní úpravy se sledovaným cílem, kterým je zajistit finanční rovnováhu systému sociálního zabezpečení, jakož i o přiměřenosti uložené podmínky s ohledem na sledovaný cíl.

78. Domnívám se, že judikatura Soudního dvora týkající se systému předchozího povolení a volného pohybu lékařských služeb na základě článku 56 SFEU poskytuje v této oblasti relevantní vodítka.

79. Soudní dvůr především konstatoval, že počet nemocničních zařízení, jejich zeměpisné rozmístění, jejich organizace a vybavení nebo i povaha služeb, které jsou schopna nabídnout, musí být předmětem plánování, které zpravidla vychází z rozdílných zájmů. Toto plánování sleduje cíl zajistit na území dotyčného státu dostatečnou a stálou dostupnost vyvážené škály kvalitní nemocniční péče. Kromě toho je součástí snahy zajistit kontrolu výdajů a zabránit, nakolik je to možné, jakémukoliv plýtvání finančními, technickými a lidskými zdroji. Takové plýtvání by totiž bylo o to škodlivější vzhledem k tomu, že je nesporné, že odvětví nemocniční péče si žádá značné výdaje a musí uspokojovat rostoucí potřeby, zatímco finanční prostředky, které lze věnovat na zdravotní péči, nejsou bez ohledu na použitý způsob financování neomezené [35].

80. Nelze tedy vyloučit, že riziko závažného zásahu do finanční rovnováhy systému sociálního zabezpečení může představovat naléhavý důvod obecného zájmu, který je způsobilý odůvodnit překážku volného pohybu služeb [36].

81. V tomto ohledu již Soudní dvůr uvedl, že s ohledem na rozdíl mezi systémem náhrad zavedeným nařízením č. 883/2004 a systémem náhrad stanoveným směrnicí 2011/24 nebude v rámci této směrnice a na rozdíl od situací upravených tímto nařízením členský stát, v němž je pacient pojištěn, v případě přeshraniční péče v zásadě vystaven dodatečné finanční zátěži [37].

82. Soudní dvůr v tomto ohledu konstatoval, že na rozdíl od čl. 20 odst. 2 nařízení č. 883/2004 je v čl. 7 odst. 4 prvním pododstavci směrnice 2011/24 stanoveno – jak bylo připomenuto v bodě 37 tohoto stanoviska – že členský stát, v němž je pacient pojištěn, nahradí nebo přímo uhradí náklady na přeshraniční zdravotní péči do výše nákladů, které by sám převzal, pokud by tato zdravotní péče byla poskytnuta na jeho území, avšak jen do výše skutečných nákladů na čerpanou zdravotní péči [38].

83. Náhrada nákladů podle článku 7 směrnice 2011/24 tedy může podléhat dvojímu omezení. Zaprvé se její výše počítá na základě sazebníku poplatků za zdravotní péči v členském státě, v němž je pacient pojištěn. Zadruhé, pokud jsou náklady na zdravotní péči poskytnutou v hostitelském členském státě nižší než náklady na zdravotní péči poskytnutou v členském státě, v němž je pacient pojištěn, náhrada se provádí jen do výše skutečných nákladů na čerpanou zdravotní péči [39].

35 – Viz rozsudky Smits a Peerbooms (body 76 až 79); ze dne 16. května 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, body 108 až 109) a Elčinov (bod 43).

36 – Viz rozsudek ze dne 27. ledna 2011, Komise v. Lucembursko (C-490/09, EU:C:2011:34, bod 43 a citovaná judikatura).

37 – Viz rozsudek Veselības ministrija (body 72 až 77).

38 – Rozsudek Veselības ministrija (bod 73).

39 – Rozsudek Veselības ministrija (bod 74).

84. Vzhledem k tomu, že náhrada nákladů na tuto zdravotní péči podle směrnice 2011/24 podléhá tomuto dvojímu omezení, zdravotnímu systému členského státu, v němž je pacient pojištěn, nemůže hrozit riziko dodatečných nákladů spojené s úhradou přeshraniční péče, jak tomu může být v rámci systému náhrad zavedeného nařízením č. 883/2004. Soudní dvůr dodal, že tento výklad je ostatně potvrzen i bodem 29 odůvodnění směrnice 2011/24, v němž je výslovně uvedeno, že tato úhrada nákladů nemůže mít významný dopad na financování vnitrostátních systémů zdravotní péče [40].

85. Z výše uvedeného vyplývá, že za takových okolností, jako jsou okolnosti věci v původním řízení, se takového cíle v zásadě nelze dovolávat za účelem odůvodnění podmínky, že lékařské vyšetření musí být provedeno lékařem poskytujícím zdravotní služby v rámci rumunského systému sociálního zdravotního pojištění, přičemž jeho výsledkem je vystavení žádosti o hospitalizaci, a to podle čl. 7 odst. 7 směrnice 2011/24.

86. Pokud by se Soudní dvůr s tímto názorem neztotožnil, je třeba stručně uvést následující poznámky k otázce přiměřenosti systému vyžadujícího předběžné vyšetření a žádost o hospitalizaci vystavenou lékařem, který spadá pod veřejný systém sociálního zabezpečení členského státu, v němž je pacient pojištěn.

87. V projednávané věci se mi automatická povaha kritéria způsobilosti stanovená dotčenou vnitrostátní právní úpravou a absolutní povaha dvou podmínek, kterým podléhá náhrada nákladů na přeshraniční nemocniční zdravotní péči, nejeví jako přiměřená sledovanému cíli, jelikož by mohla být přijata méně omezující opatření, která by více respektovala volný pohyb pacientů a služeb, jako je zavedení postupu, jehož cílem by bylo případně přijímat rovnocenná lékařská osvědčení nebo zprávy doprovázené kontrolou věrohodnosti navrhované diagnózy a léčby. Takové kritérium způsobilosti tedy nemůže splňovat požadavek přiměřenosti.

Závěry

88. S ohledem na výše uvedené úvahy navrhuji Soudnímu dvoru, aby na první předběžnou otázku, kterou položil Înalta Curte de Casație şi Justiție (Nejvyšší kasační soud, Rumunsko), odpověděl následovně:

„Článek 56 SFEU a čl. 7 odst. 7 směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči

musí být vykládány v tom smyslu, že

brání takové právní úpravě, která automaticky podmiňuje náhradu nákladů přeshraniční zdravotní péče vynaložených pojištěncem v členském státě, v němž je pojištěn, provedením lékařského vyšetření lékařem poskytujícím zdravotní služby v rámci systému veřejného zdravotního pojištění tohoto státu a následným vystavením žádosti o hospitalizaci tímto lékařem, aniž je možné předložit rovnocenné dokumenty vydané zdravotnickým pracovníkem, který nespadá pod systém veřejného zdravotního pojištění tohoto státu.“

[40] – Rozsudek Veselības ministrija (body 75 a 76).