



Teismo praktikos rinkinys

GENERALINIO ADVOKATO
DEAN SPIELMANN IŠVADA,
pateikta 2025 m. gegužės 15 d.¹

Byla C-489/23

AF

prieš

Guvernul României,

Ministerul Sănătății,

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

(*Înalta Curte de Casație și Justiție* (Aukščiausiasis Kasacinis Teisingumo Teismas, Rumunija)
pateiktas prašymas priimti prejudicinį sprendimą)

„Prašymas priimti prejudicinį sprendimą – Socialinė apsauga – Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugos – Laisvė teikti paslaugas – SESB 56 straipsnis – Direktyva 2011/24/ES – 7 straipsnio 7 dalis – Apdraustojo gydymo išlaidų apmokėjimas – Kompensavimas – Reikalavimas, kad medicininis vertinimas būtų atliktas gydytojo, priklausančio apdraustojo draudimo valstybės narės valstybinio sveikatos draudimo sistemai, ir juo remiantis būtų pateiktas prašymas dėl gydymo ligoninėje“

Įvadas

1. Prejudicinis klausimas, dėl kurio, vadovaudamasis Teisingumo Teismo prašymu, teikiu šią tikslinę išvadą, susijęs su SESV 56 straipsnio ir Direktyvos 2011/24/ES² 7 straipsnio 7 dalies išaiškinimu. Teisingumo Teismo pirmą kartą prašoma atsakyti į klausimą, ar pagal šią direktyvos nuostatą draudimo valstybei narei leidžiama nustatyti, kad tarpvalstybinių stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimas priklauso nuo to, ar medicininį vertinimą atliko šios valstybės valstybinio sveikatos draudimo sistemai priklausančio gydytojas ir ar juo remiantis buvo išduotas prašymas dėl gydymo ligoninėje.

2. Prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikė *Înalta Curte de Casație și Justiție* (Aukščiausiasis Kasacinis Teisingumo Teismas, Rumunija) byloje tarp Rumunijos gyventojo AF ir *Guvernul României* (Rumunijos vyriausybė), *Ministerul Sănătății* (Sveikatos apsaugos ministerija, Rumunija) ir *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș* (Murešo apskrities sveikatos draudimo kasa, Rumunija) dėl pastarosios atsisakymo atlyginti jam Vokietijoje suteikto stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas.

¹ Originalo kalba: prancūzų.

² 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo (OL L 88, 2011, p. 45).

Teisinis pagrindas

Sąjungos teisė

Reglamentas (EEB) Nr. 1408/71

3. 2008 m. liepos 7 d. konsoliduotos redakcijos 1971 m. birželio 14 d. Tarybos reglamento (EEB) Nr. 1408/71 dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams, judantiems Bendrijoje³, 22 straipsnyje „Buvimas už kompetentingos valstybės ribų – Sugrįžimas ar persikėlimas gyventi į kitą valstybę narę ligos ar motinystės išmokų mokėjimo metu – Būtinybė vykti į kitą valstybę narę gydytis“ buvo nustatyta:

„1. Pagal darbo sutartį dirbantis asmuo arba savarankiškai dirbantis asmuo, įvykdęs kompetentingos valstybės teisės aktais nustatytas sąlygas teisei į išmoką, prireikus atsižvelgiant į 18 straipsnio nuostatas, ir:

<...>

c) kuris gavo kompetentingos įstaigos leidimą išvykti į kitos valstybės narės teritoriją, kad gautų jo būklę atitinkantį gydymą,

gauna:

i) išmokas natūra, kurias kompetentingos įstaigos sąskaita teikia buvimo <...> vietos įstaiga pagal jos administruojamų teisės aktų nuostatas, tartum šioje įstaigoje jis būtų apdraustas; tačiau išmokų teikimo trukmė nustatoma pagal kompetentingos valstybės teisės aktus;

<...>

2. <...>

Leidimą, kuris reikalingas pagal 1 dalies c punktą, galima [negalima] atsisakyti išduoti tuo atveju, kai lėšos gydymui yra teikiamos iš išmokų, nustatytų valstybės narės, kurios teritorijoje atitinkamas asmuo gyvena, teisės aktais, ir kai jis negali gauti tokio gydymo per įprastą tokiam gydymui laikotarpį valstybėje narėje, kurioje jis gyvena, atsižvelgiant į jo dabartinį gydymo kursą ir tikėtiną ligos eigą.“

Reglamentas (EB) Nr. 883/2004

4. Nuo 2010 m. gegužės 1 d. Reglamentas Nr. 1408/71 buvo panaikintas ir pakeistas 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo⁴.

³ OL L 28, 1997, p. 1; 2004 m. specialusis leidimas lietuvių k., 5 sk., 1 t., p. 35 (toliau – Reglamentas Nr. 1408/71).

⁴ OL L 166, 2004, p. 1; 2004 m. specialusis leidimas lietuvių k., 5 sk., 5 t., p. 72.

5. Minėto reglamento 20 straipsnio „Išvykimas į kitą valstybę narę siekiant gauti išmokas natūra. Leidimas gauti tinkamą gydymą už gyvenamosios valstybės narės ribų“ 1 ir 2 dalyse nustatyta:

„1. Jeigu šiame reglamente nenumatyta kitaip, apdraustasis, vykstantis į kitą valstybę narę, kad buvimo joje metu gautų išmokas natūra, turi gauti kompetentingos įstaigos leidimą.

2. Apdraustasis, dėl sveikatos būklės gavęs kompetentingos įstaigos leidimą vykti į kitą valstybę narę gydytis, gauna išmokas natūra, kurias kompetentingos įstaigos vardu moka buvimo vietos įstaiga pagal jos taikomus teisės aktus, tartum jis būtų apdraustas pagal minėtus teisės aktus. Leidimas išduodamas tuomet, kai atitinkamas gydymas yra numatytas tarp kitų išmokų tos valstybės narės, kurioje gyvena atitinkamas asmuo, teisės aktuose, ir jeigu toje šalyje toks gydymas, atsižvelgiant į jo esamą sveikatos būklę ir numanomą ligos eigą, jam negali būti suteiktas per mediciniškai pateisinamą laiką.“

Reglamentas (EB) Nr. 987/2009

6. Pagal 2009 m. rugsėjo 16 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamento (EB) Nr. 987/2009, nustatančio Reglamento (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo įgyvendinimo tvarką⁵, 26 straipsnio 4 dalį, vykstant leidimo suteikimo procedūrai, kompetentinga įstaiga pasilieka teisę bet kuriuo metu surengti apdraustojo sveikatos patikrinimą, kurį atliktų jos pasirinktas gydytojas buvimo vietos ar gyvenamosios vietos valstybėje narėje.

Direktyva 2011/24

7. Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalyje numatyta, kad draudimo valstybė narė apdraustam asmeniui, norinčiam, kad būtų kompensuotos tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų, įskaitant telemedicinos būdu gautas sveikatos priežiūros paslaugas [paslaugų], išlaidos, gali taikyti tokias pačias sąlygas, atitikties reikalavimams kriterijus ir reglamentavimo bei administracinius formalumus, neatsižvelgdama į tai, ar jie nustatyti vietos, regiono ar nacionaliniu lygiu, kokie būtų taikomi tas sveikatos priežiūros paslaugas suteikus jos teritorijoje. Tai gali apimti sveikatos priežiūros specialisto arba sveikatos priežiūros administratoriaus, teikiančio draudimo valstybės narės įstatymais nustatytos socialinės apsaugos [privalomojo socialinio draudimo] sistemos arba nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos paslaugas, pavyzdžiui, bendrosios praktikos gydytojo arba pirminės sveikatos priežiūros gydytojo, pas kurį pacientas yra prisirašęs, vertinimą, jeigu tai yra būtina nustatant atskiro paciento teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas. Vis dėlto pagal šią dalį nustatytos sąlygos, atitikties reikalavimams kriterijai ir reglamentavimo bei administraciniai formalumai negali būti diskriminaciniai arba sudaryti kliūties laisvam pacientų, paslaugų ar prekių judėjimui, išskyrus atvejus, kai tai yra objektyviai pateisinama būtinybe planuoti, siekiant užtikrinti, kad atitinkamos valstybės narės teritorijoje būtų pakankamos ir nuolat prieinamos įvairios ir subalansuotos aukštos kokybės gydymo paslaugos, arba kad būtų kontroliuojamos išlaidos ir, kiek įmanoma, išvengta bet kokio finansinių, techninių ir žmogiškųjų išteklių švaistymo.

8. Šios direktyvos 8 straipsnyje nustatyta:

„1. Draudimo valstybė narė tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimui gali numatyti išankstinio leidimo suteikimo sistemą, laikydamasi šio ir 9 straipsnių. Išankstinio

⁵ OL L 284, 2009, p. 1.

leidimo suteikimo sistema, įskaitant atitinkamus kriterijus bei tų kriterijų taikymą ir individualius sprendimus dėl atsisakymo suteikti išankstinį leidimą, turi apsiriboti tik tuo, kas yra būtina ir būti proporcinga siekiamo tikslo atžvilgiu, ir ji negali tapti savavališko diskriminavimo priemone arba nepagrįsta kliūtimi laisvam pacientų judėjimui.

<...>

3. Gavusi apdraustojo prašymą suteikti išankstinį leidimą gauti tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas, draudimo valstybė narė nustato, ar įvykdytos Reglamente (EB) Nr. 883/2004 nustatytos sąlygos. Jei tos sąlygos įvykdytos, išankstinis leidimas suteikiamas vadovaujantis tuo reglamentu, nebent pacientas prašo kitaip.

<...>

5. Nedarant poveikio 6 dalies a–c punkтам, draudimo valstybė narė negali atsisakyti suteikti išankstinį leidimą, jei pagal 7 straipsnį pacientas turi teisę gauti aptariamas sveikatos priežiūros paslaugas ir jei tos sveikatos priežiūros paslaugos negali būti suteiktos jos teritorijoje per mediciniškai pagrįstą laikotarpį, remiantis objektyviu paciento sveikatos būklės medicininio tyrimu, įvertinus paciento ligos istoriją ir tikėtiną ligos raidą, paciento patiriamo skausmo laipsnį ir (arba) neįgalumo pobūdį prašymo dėl leidimo suteikimo pateikimo arba tokio leidimo atnaujinimo metu.“

Rumunijos teisė

9. *Normele Metodologice privind asistența medicală transfrontalieră* (metodinės taisyklės, susijusios su tarpvalstybinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis; toliau – metodinės taisyklės) išdėstytos 2014 m. balandžio 16 d. *Hotărârea Guvernului Nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră* (Vyriausybės nutarimas Nr. 304/2014 dėl metodinių taisyklių, susijusių su tarpvalstybinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, patvirtinimo; toliau – Vyriausybės nutarimas Nr. 304/2014)⁶, kuriuo jos buvo patvirtintos, priede.

10. Šių metodinių taisyklių II skyriuje „Tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų vertę atspindinčių kainų ir (arba) įkainių kompensavimo metodika, apimanti jų lygį“ esančio 3 straipsnio 1 dalies b punkto i papunktyje numatyta:

„1. Apdraustojo, jo šeimos nario (tėvų, sutuoktinio, sūnaus arba dukters) arba jo įgalioto asmens rašytiniu prašymu, prie kurio pridedami patvirtinamieji dokumentai, sveikatos draudimo kasa kompensuoja tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų [Sąjungos] valstybės narės teritorijoje, už kurias jis sumokėjo, išlaidas pagal 4 straipsnyje nustatytus įkainius, jeigu:

<...>

b) tenkinami šie tinkamumo kriterijai:

⁶ Paskelbtos *Monitorul Oficial al României*, I dalis, Nr. 318, 2014 m. balandžio 30 d.

- i) stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos buvo suteiktos po to, kai sveikatos priežiūros specialistas, teikiantis sveikatos priežiūros paslaugas pagal Rumunijos sveikatos draudimo sistemą, parengė medicininį vertinimą, dėl kurio buvo išduotas prašymas dėl gydymo ligoninėje, išskyrus situacijas, numatytas 1 straipsnio 2 kriterijoje, ir situacijas, siejamas su kriterijais, pagal kuriuos į ligoninę priimama be prašymo, numatytas *Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate* (Pagrindų sutartis dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pagal socialinę sveikatos draudimo sistemą sąlygų).“

11. Metodinių taisyklių 3 straipsnio 2 dalyje nurodyta, kad „1 dalyje vartojama sąvoka „patvirtinamieji dokumentai“ reiškia bet koki medicininių dokumentų, įskaitant prašymą gydyti ligoninėje, medicininių receptų dėl vaistų ir medicinos prietaisų išdavimo, gydytojo pažymą, kurioje nurodoma rekomendacija gydytis tam tikrais gydymui skirtose nacionalinėse sveikatos priežiūros programose numatytais vaistais, išduodamais uždareme Rumunijos sveikatos draudimo sistemos vaistinių tinkle, – kurį reikia pateikti kopijos forma – patvirtinantį, kad apdraustasis gavo sveikatos priežiūros paslaugas, vaistus ir medicinos prietaisus, datuotą ir pasirašytą jį išdavusio gydytojo <...>“.

Pagrindinės bylos faktinės aplinkybės, prejudiciniai klausimai ir procesas Teisingumo Teisme

12. 2018 m. kovo 8 d. Rumunijos gyventojui AF Klužo-Napokos (Rumunija) urologijos ir andrologijos klinikoje *Endoplus* buvo diagnozuota prostatos adenokarcinoma.

13. Atsižvelgiant į naudą paciento sveikatai ir vėlesniam pasveikimui, jam buvo rekomenduota atlikti prostatektomiją naudojant chirurginį robotą. AF buvo pranešta, kad toks robotas yra Klužo-Napokos (Rumunija) valstybinėje ligoninėje, nors tuo metu jis neveikė, ir kad tokia pati procedūra jam gali būti atlikta privačioje gydymo įstaigoje, kur ji kainuotų apie 13 000 eurų.

14. Atsižvelgdamas į tai, AF nusprendė operaciją naudojant chirurginį robotą už tą pačią kainą atlikti Vokietijoje esančioje specializuotoje klinikoje, skirtoje tik aptariamai ligai gydyti.

15. 2018 m. balandžio mėnesio pradžioje AF kreipėsi į *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș* (Murešo apskrities sveikatos draudimo kasa) su prašymu išduoti specialią formą E 112, kuri reikalinga gydymuisi kitoje valstybėje narėje pagal Reglamentą Nr. 1408/71, pakeistą Reglamentu Nr. 883/2004, siekiant gauti leidimą nuvykti į šios valstybės narės teritoriją gydytis. Šis prašymas buvo atmestas.

16. Vykstant šiai procedūrai, AF buvo pasiūlyta 2018 m. gegužės 9 d. atlikti operaciją Vokietijoje, nes kitas pacientas atšaukė registraciją tai pačiai datai. Jei AF būtų atsisakęs šios galimybės, jis būtų turėjęs laukti operacijos aštuonias savaites nuo *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș* (Murešo apskrities sveikatos draudimo kasa) sutikimo gavimo. Taigi, 2018 m. balandžio 24 d. AF atliko mokėjimą, siekdamas rezervuoti 2018 m. gegužės 9 d. datą.

17. Atlikęs šį mokėjimą, AF nusprendė nusiųsti reikalaujamos formos prašymą *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș* (Murešo apskrities sveikatos draudimo kasa) paštu, registruotu laišku su prašymu patvirtinti gavimą. Jis gavo atsakymą, kuriame buvo nurodyta, kad jo prašymas parengtas nesinaudojant standartinę prašymo forma ir prie jo neprisidėti nacionaliniuose teisės aktuose reikalaujami dokumentai.

18. Operacija, kurios atveju „gydymo ligoninėje laikotarpis“ buvo nustatytas nuo 2018 m. gegužės 8 iki 14 d., galiausiai buvo atlikta 2018 m. gegužės 9 d.

19. Po operacijos grįžęs į Rumuniją, AF, remdamasis Reglamentu Nr. 1408/71, kuris buvo pakeistas Reglamentu Nr. 883/2004, ir 2010 m. spalio 5 d. Sprendimu *Elchinov*⁷, kreipėsi į *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș* (Murešo apskrities sveikatos draudimo kasa), prašydamas kompensuoti už Vokietijoje gautas sveikatos priežiūros paslaugas sumokėtą 13 069 EUR sumą. *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș* (Murešo apskrities sveikatos draudimo kasa) atsisakė atlikti mokėjimą, nurodydama, kad forma E 112 turėjo būti išduota prieš pacientui išvykstant ir kad AF, norėdamas gauti kompensaciją, turėjo laikytis Vyriausybės nutarimo Nr. 304/2014 priede nustatytos tvarkos.

20. AF atsakė, kad jis laikėsi šios tvarkos, bet pastangos buvo nesėkmingos, ir nurodė, kad kompensacija jam negalėjo būti išmokėta dėl to, kad jis nepateikė gydytojo, teikiančio medicininės paslaugas pagal Rumunijos socialinio sveikatos draudimo sistemą, parengto prašymo dėl gydymo ligoninėje, t. y. neįvykdė sąlygos, nustatytos metodinių taisyklių 3 straipsnio 1 dalies b punkto i papunktyje.

21. Kitame prašyme AF prašė *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș* (Murešo apskrities sveikatos draudimo kasa) kompensuoti tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas ir pateikė tam tikrų dokumentų, kurių buvo paprašyta pagal metodines taisykles, kopijas. Šis prašymas buvo atmestas motyvuojant tuo, kad nebuvo pateikta įrodymų, jog Rumunijos socialinės sveikatos draudimo sistemos gydytojas atliko AF medicininių vertinimą, kuriuo remiantis buvo pateiktas prašymas dėl gydymo ligoninėje.

22. AF pateikė skundą *Curtea de Apel Târgu Mureș* (Tirgu Murešo apeliacinis teismas, Rumunija), prašydamas iš dalies panaikinti, *inter alia*, Metodinių taisyklių 3 straipsnio 1 dalies b punkto i papunktį ir kompensuoti jam Vokietijoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas. Jis konkrečiai nurodė, kad Rumunijos teisės nuostatomis, susijusiomis su medicinos paslaugų išlaidų kompensavimo sąlygomis ir sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensacijos apskaičiavimo metodu, į nacionalinę teisę neteislingai perkelta Direktyva 2011/24, ir kad jis turi teisę, kad jam būtų kompensuotos visos Vokietijoje atlikto gydymo išlaidos arba bent jau jų suma, lygi kainai, kurią Rumunija, esant išankstiniam leidimui, būtų sumokėjusi už nagrinėjamą operaciją per sveikatos draudimo sistemą.

23. 2019 m. gruodžio 30 d. *Curtea de Apel Târgu Mureș* (Tirgu Murešo apeliacinis teismas, Rumunija) sprendimu civilinėje byloje AF pateiktas skundas buvo atmestas kaip nepagrįstas.

24. AF kasacine tvarka apskundė šį sprendimą *Înalta Curte de Casație și Justiție* (Aukščiausiasis Kasacinis Teisingumo Teismas), prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikusiam teismui.

25. Šiam teismui kyla abejonių dėl Rumunijos teisės nuostatų, pagal kurias tarpvalstybinių medicininių išmokų kompensavimas priklauso nuo to, ar medicininių vertinimą atlieka gydytojas, priklausantis valstybės, kurioje asmuo yra apdraustas, valstybinei sveikatos priežiūros sistemai (atmetant galimybę, kad jį atliktų gydytojas, priklausantis tos valstybės privačiai sveikatos priežiūros sistemai), ir ar toks gydytojas išduoda prašymą dėl gydymo ligoninėje, kai atitinkama medicinos paslauga teikiama kitoje valstybėje narėje, atitiktis Sąjungos teisei.

⁷ C-173/09, EU:C:2010:581; toliau – Sprendimas *Elchinov*.

26. Be to, jis abejoja, ar nacionalinė taisyklė, pagal kurią tarpvalstybinių medicinos paslaugų išlaidų kompensacijos sumai nustatoma viršutinė riba ir ši suma būna gerokai mažesnė už apdraustojo faktiškai patirtų išlaidų šias medicinos paslaugas suteikusioje valstybėje narėje sumą, atitinka Sąjungos teisę.

27. Šiomis aplinkybėmis *Înalta Curte de Casație și Justiție* (Aukščiausiais Kasacinis Teisingumo Teismas) nutarė sustabdyti bylos nagrinėjimą ir pateikti Teisingumo Teismui šiuos prejudicinius klausimus:

- „1. Ar SESV 49 ir 56 straipsniai bei [Direktyvos 2011/24] 7 straipsnio 7 dalis turi būti aiškinami taip, kad pagal juos draudžiami teisės aktai, pagal kuriuos gyvenamosios vietos valstybėje narėje privalomai apdraustojo patirtų išlaidų kompensavimas automatiškai priklauso nuo to, ar sveikatos priežiūros specialistas, teikiantis sveikatos priežiūros paslaugas pagal šios valstybės sveikatos draudimo sistemą, atliko medicininį vertinimą ir ar šis specialistas vėliau pateikė prašymą dėl gydymo ligoninėje, ir neleidžiama pateikti lygiaverčių medicininių dokumentų, išduotų privačių medicinos įstaigų, net ir tuo atveju, kai buvo gydyta ligoninėje ir sveikatos priežiūros paslaugos buvo suteiktos ne apdraustojo gyvenamosios vietos valstybėje narėje?
2. Ar SESV 49 ir 56 straipsniai, Reglamento Nr. 1408/71 22 straipsnio 1 dalies c punktas, laisvo pacientų ir paslaugų judėjimo, veiksmingumo ir proporcingumo principai turi būti aiškinami taip, kad pagal juos draudžiami nacionalinės teisės aktai, pagal kuriuos tuo atveju, kai išankstinio leidimo negaunama, kompensuojamų išlaidų už paslaugas suma nustatoma atsižvelgiant į išlaidas, kurias gyvenamosios vietos valstybė narė būtų patyrusi, jei sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteiktos jos teritorijoje, taikant apskaičiavimo formulę, pagal kurią ši kompensacijos suma gerokai mažesnė nei išlaidos, kurias apdraustasis faktiškai patyrė atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugas suteikusioje valstybėje narėje?“

28. Rašytines pastabas pateikė Europos Komisija ir Lenkijos vyriausybė.

Analizė

Pirminės pastabos

29. Primenu, kad kompetencijos sritys, susijusios su sveikatos apsaugos sistema, iš dalies sutampa, o dėl to kyla įtampa tarp valstybių narių kompetencijos organizuoti savo sveikatos apsaugos sistemas⁸ ir pagrindinių laisvių.

30. Pagal suformuotą jurisprudenciją atlygintinai teikiamos medicinos paslaugos, įskaitant, kai jos teikiamos ligoninėse, patenka į nuostatų dėl laisvės teikti paslaugas taikymo sritį. Laisvė teikti paslaugas apima paslaugų gavėjų, ypač asmenų, kuriems reikalinga medicinos priežiūra, laisvę vykti į kitą valstybę narę siekiant gauti šias paslaugas⁹.

⁸ Žr. SESV 168 straipsnio 7 dalį; taip pat žr. generalinės advokatės V. Trstenjak išvadą byloje *Komisija / Vokietija* (C-562/10, EU:C:2012:210, 54 punktas).

⁹ Žr. Sprendimą *Elchinov* (36 ir 37 punktai ir juose nurodyta jurisprudencija).

31. Iš suformuotos Teisingumo Teismo jurisprudencijos taip pat matyti, kad Sąjungos teisės nuostatomis nepažeidžiama valstybių narių kompetencija nustatyti savo socialinio draudimo sistemas. Kiekvienos valstybės narės teisės aktuose turi būti nustatytos, pirma, teisės arba pareigos priklausyti socialinio draudimo sistemai sąlygos, ir, antra, teisės gauti išmokas sąlygos. Vis dėlto taip pat aišku, kad, naudodamosi šia kompetencija, valstybės narės turi laikytis ES teisės¹⁰, visų pirma nuostatų dėl laisvės teikti paslaugas¹¹.

32. Teisingumo Teismas taip pat yra ne kartą nusprendęs, kad pagal SESV 56 straipsnį draudžiama taikyti bet koki nacionalinės teisės aktą, dėl kurio paslaugų teikimas tarp valstybių narių tampa sunkesnis už paslaugų teikimą vienos valstybės narės viduje¹², ir kad nacionalinės priemonės, kuriomis draudžiama naudotis laisve teikti paslaugas, sukelia nepatogumų tai daryti ar dėl kurių naudojimas šia laisve tampa mažiau patrauklus, yra laisvės teikti paslaugas apribojimai¹³.

33. Kalbant apie Direktyvą 2011/24, iš jos 4 konstatuojamosios dalies matyti, kad, nepaisant pagal šią direktyvą pacientams suteikiamos galimybės gauti tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas, valstybės narės išlieka atsakingos už saugių aukštos kokybės, veiksmingų ir kiekybinių požįriu adekvačių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą piliečiams savo teritorijoje.

34. Be to, iš Direktyvos 2011/24 7 ir 8 konstatuojamųjų dalių taip pat matyti, kad, nors pagal ją gerbiama ir nepažeidžiama kiekvienos valstybės narės laisvė nuspręsti, kokios rūšies sveikatos priežiūros paslaugos yra tinkamos, ja siekiama, kad būtų galima bendriau ir, be to, veiksmingai taikyti Teisingumo Teismo nagrinėjant konkrečias bylas suformuluotus principus, susijusius su sveikatos priežiūros paslaugomis, teikiamomis kitoje valstybėje narėje nei ta, kurioje gyvena paslaugų gavėjas, ir visų pirma su tokių sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimu.

35. Remiantis šios direktyvos 2 straipsnio m punktu, ji taikoma nepažeidžiant reglamentų Nr. 883/2004 ir Nr. 987/2009 nuostatų.

36. Direktyvos 2011/24 III skyriaus, kuriuo reglamentuojamas tarpvalstybinių sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimas, 7 straipsnio „Bendrieji išlaidų kompensavimo principai“ 1 dalyje įtvirtintas principas, pagal kurį, nedarant poveikio Reglamentui Nr. 883/2004 ir laikantis šios direktyvos 8 ir 9 straipsnių nuostatų, draudimo valstybė narė užtikrina, kad būtų kompensuotos apdraustojo tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, jeigu aptariamoms sveikatos priežiūros paslaugoms priskiriamos paslaugoms, į kurias apdraustasis turi teisę draudimo valstybėje narėje.

37. Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 4 dalies pirmoje pastraipoje nustatyta, kad draudimo valstybė narė kompensuoja arba tiesiogiai apmoka tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas iki tokio lygio, iki kurio tokias išlaidas ji padengtų, jei tos sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteiktos jos teritorijoje, neviršydamą faktiškai gautų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų.

¹⁰ Žr. 2001 m. liepos 12 d. Sprendimą *Smits ir Peerbooms* (C-157/99, EU:C:2001:404, 44–46 punktai ir juose nurodyta jurisprudencija; toliau – Sprendimas *Smits ir Peerbooms*).

¹¹ Žr., be kita ko, 2006 m. gegužės 16 d. Sprendimą *Watts* (C-372/04, EU:C:2006:325, 92 punktas) ir 2010 m. birželio 15 d. Sprendimą *Komisija / Ispanija* (C-211/08, EU:C:2010:340, 53 punktas).

¹² Žr., be kita ko, 1994 m. spalio 5 d. sprendimus *Komisija / Prancūzija* (C-381/93, EU:C:1994:370, 17 punktas) ir *Smits ir Peerbooms* (61 punktas) bei 2007 m. balandžio 19 d. Sprendimą *Stamatelaki* (C-444/05, EU:C:2007:231, 25 punktas).

¹³ Žr. 2024 m. rugsėjo 26 d. Sprendimą *Nord Vest Pro Sani Pro* (C-387/22, EU:C:2024:786, 40 punktas ir jame nurodyta jurisprudencija).

38. Iš šios direktyvos 7 straipsnio 7 dalies taip pat matyti, kad draudimo valstybė narė apdraustam asmeniui, norinčiam, kad būtų kompensuotos tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, gali taikyti tokias pačias sąlygas, atitikties reikalavimams kriterijus ir reglamentavimo bei administracinius formalumus, neatsižvelgdama į tai, ar jie nustatyti vietos, regiono ar nacionaliniu lygiu, kokie būtų taikomi tas sveikatos priežiūros paslaugas suteikus jos teritorijoje, įskaitant sveikatos priežiūros specialisto atliekamą vertinimą, jei šios sąlygos, atitikties reikalavimams kriterijai ir reglamentavimo bei administraciniai formalumai nėra diskriminaciniai ir nesudaro kliūčių laisvam pacientų, paslaugų ir prekių judėjimui, išskyrus atvejus, kai tai objektyviai pateisinama būtinybe planuoti.

39. Galiausiai iš Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 8 dalies matyti, kad draudimo valstybė narė nenustato reikalavimo gauti išankstinį leidimą tam, kad būtų kompensuotos tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, išskyrus šios direktyvos 8 straipsnyje numatytus atvejus¹⁴.

40. Taigi tam, kad tokia situacija, kaip nagrinėjama pagrindinėje byloje, patektų į Direktyvos 2011/24 taikymo sritį, aptariamos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti priskirtos prie išmokų, į kurias apdraustasis turi teisę draudimo valstybėje narėje. Nagrinėjamu atveju iš Teisingumo Teismui pateiktų įrodymų, visų pirma iš prašymą priimti prejudicinį sprendimą patekusio teismo atsakymų į Teisingumo Teismo pateiktus klausimus, matyti, kad pagrindinėje byloje nagrinėjama medicininė intervencija yra viena iš paslaugų, į kurias apdraustasis turi teisę Rumunijos teritorijoje.

41. Taip pat norėčiau pridurti, kad man neaišku, kodėl pirmasis prejudicinis klausimas, dėl kurio teikiama ši tikslinė išvada, yra susijęs su Direktyva 2011/24, o antrasis – su Reglamentu Nr. 1408/71, kurį pakeitė Reglamentas Nr. 883/2004, ir juo Teisingumo Teismo klausima, kokios turi būti kompensuojamų išmokų dydžio ribos. Teisingumo Teismas yra pažymėjęs, kad „Reglamente Nr. 883/2004 ir Direktyvoje 2011/24 nustatytos kompensavimo sistemos skiriasi“¹⁵.

42. Šiuo klausimu primenu, kad, pagal Direktyvos 2011/24 30 ir 31 konstatuojamąsias dalis, Sąjungos reglamentais dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo nustatyta sistema ir minėta direktyva nustatyta sistema pacientams turėtų būti suderintos, kad būtų taikoma arba viena, arba kita. Be to, pacientai neturėtų prarasti pagal Sąjungos reglamentus dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo užtikrinamų palankesnių teisių, jei jie atitinka nustatytas sąlygas. Vadinasi, kiekvienam pacientui, kuris prašo išankstinio leidimo gauti jo būklę atitinkantį gydymą kitoje valstybėje narėje, toks leidimas turėtų būti visada suteiktas laikantis Sąjungos reglamentuose numatytų sąlygų, jeigu aptariamas gydymas yra paciento gyvenamosios vietos valstybės narės teisės aktuose numatyta paslauga ir jeigu pacientui toks gydymas negali būti suteiktas per mediciniškai pagrįstą laikotarpį, atsižvelgus į paciento sveikatos būklę ir galimą būklės raidą. Vis dėlto, jei pacientas vietoj to aiškiai prašo suteikti gydymą pagal Direktyvos 2011/24 nuostatas, turėtų būti kompensuojamos tik tos paslaugos, kurioms taikoma ši direktyva. Jei pacientas turi teisę į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas pagal šią direktyvą ir pagal Reglamentą (EB) Nr. 883/2004, o šio reglamento taikymas pacientui palankesnis, draudimo valstybė narė turėtų į tai atkreipti paciento dėmesį.

¹⁴ Taigi, išankstinio leidimo sistema, kurią valstybės narės gali nustatyti pagal Direktyvą 2011/24, yra išimtinio pobūdžio (šiuo klausimu žr. generalinio advokato G. Hogan išvadą byloje *Veselības ministrija*, C-243/19, EU:C:2020:325, 65 punktas).

¹⁵ Žr. 2020 m. spalio 29 d. Sprendimą *Veselības ministrija* (C-243/19, toliau – Sprendimas *Veselības ministrija*, EU:C:2020:872, 72 punktas).

Dėl pirmojo klausimo

43. Prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs nacionalinio teismo prejudicinis klausimas, dėl kurio teikiama ši tikslinė išvada, yra susijęs su nagrinėjamuose nacionalinės teisės aktuose nustatyto tinkamumo kriterijumi, pagal kurį, iš esmės, kitoje valstybėje narėje suteiktų stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos kompensuojamos įvykdžius dvejopą sąlygą, t. y. kad tokios paslaugos būtų suteiktos po medicininio vertinimo, kurį gali atlikti tik gydytojas, priklausantis draudimo valstybės narės valstybinei sveikatos draudimo sistemai (bet ne privačioje sistemoje dirbantis gydytojas), ir kad toks draudimo valstybės narės gydytojas būtų išdavęs šiuo vertinimu grindžiamą prašymą dėl gydymo ligoninėje, nors gydymo ligoninėje paslauga teikiama kitoje valstybėje narėje.

44. Mano nuomone, tikslinga priminti, jog nors iš bylos medžiagos matyti, kad pagrindinėje byloje nagrinėjama medicininė intervencija yra viena iš paslaugų, kurių atveju Rumunija, siekdama kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas, reikalauja išankstinio leidimo, kurį kompetentinga įstaiga turi išduoti prieš apdraustajam išvykstant iš šalies, išankstinio leidimo sistema nėra šio prejudicinio klausimo dalykas.

45. Nagrinėjamos bylos tikslais siūlau Teisingumo Teismui performuluoti pateiktą prejudicinį klausimą taip, kad Teisingumo Teismas įvertintų, ar SESV 56 straipsnis¹⁶ kartu su Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalimi turi būti aiškinami taip, kad pagal juos draudžiami teisės aktai, pagal kuriuos tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų, kurių turėjo asmuo, apdraustas draudimo valstybėje narėje¹⁷, kompensavimas automatiškai priklauso nuo to, ar medicininį vertinimą atliko gydytojas, teikiantis sveikatos priežiūros paslaugas šios valstybės valstybinio sveikatos draudimo sistemoje, ir nuo to, ar šis gydytojas juo remdamasis išdavė prašymą dėl gydymo ligoninėje, neleidžiant pateikti lygiaverčių dokumentų¹⁸, išduotų sveikatos priežiūros specialisto, kuris nepriklauso šios valstybės valstybinio sveikatos draudimo sistemai.

46. Siekdamas pasiūlyti naudingą atsakymą į šį klausimą, pirmiausia paaiškinsiu, kas, mano nuomone, yra „sveikatos priežiūros specialisto arba sveikatos priežiūros administratoriaus, teikiančio draudimo valstybės narės įstatymais nustatytos socialinės apsaugos sistemos arba nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos paslaugas“, kaip tai suprantama pagal Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalį, ir nurodysiu, dėl kokių priežasčių manau, kad valstybė narė gali remtis šia nuostata, kai reikalauja, kad medicininį vertinimą atliktų sveikatos priežiūros specialistas, priklausantis atitinkamos valstybės narės valstybinio sveikatos draudimo sistemai, bei atmeta galimybę, kad tai padarytų šiai sistemai nepriklausantis gydytojas. Tuomet reikės konkrečiau išnagrinėti dvejopą nagrinėjamuose nacionalinės teisės aktuose nustatytą sąlygą, t. y. kad tarpvalstybinės stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteiktos po sveikatos priežiūros specialisto, priklausančio Rumunijos valstybinio sveikatos draudimo sistemai, atlikto medicininio vertinimo, kuris taip pat tapo pagrindu tokio gydytojo išduotam prašymui dėl gydymo ligoninėje. Tuomet taip pat kyla klausimas, ar šis tinkamumo kriterijus nėra kliūtis laisvam pacientų ar paslaugų judėjimui, o jei taip, ar jis yra objektyviai pateisinamas atsižvelgiant į siekiamą tikslą.

¹⁶ Iš bylos medžiagos nematyti, kad pagrindinėje byloje nagrinėjami teisės aktai būtų susiję su naudojimosi įsisteigimo laisve, įtvirtinta SESV 49 straipsnyje.

¹⁷ Nors Reglamentuose Nr. 883/2004 ir Nr. 987/2009 vartojamas terminas „gyvenamosios vietos valstybė narė“, Direktyvoje 2011/24 vartojama sąvoka „draudimo valstybė narė“.

¹⁸ Formuluoję „lygiaverčiai dokumentai“ yra priimtinesnė nei formuluoję „lygiaverčiai medicininiai dokumentai“, nes ji yra platesnė ir gali apimti visų rūšių dokumentus, kuriuos išduoda sveikatos priežiūros specialistai ar medicinos įstaigos.

Dėl sveikatos priežiūros specialisto ar sveikatos administratoriaus, teikiančio paslaugas pagal draudimo valstybės narės privalomojo socialinio draudimo sistemą arba nacionalinę sveikatos sistemą, kaip tai suprantama pagal Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalį

47. Teisingumo Teismo suformuotoje jurisprudencijoje nustatyta, kad aiškinant Sąjungos teisės nuostatą reikia atsižvelgti ne tik į jos formuluotę, bet ir į kontekstą ir teisės aktų, kuriame ji įtvirtinta, siekiamus tikslus¹⁹.

48. Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalyje numatyta, jog draudimo valstybė narė gali nustatyti, kad sveikatos priežiūros specialistas arba sveikatos priežiūros administratorius, teikiantis draudimo valstybės narės įstatymais nustatytos socialinės apsaugos sistemos arba nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos paslaugas, pavyzdžiui, bendrosios praktikos gydytojas arba pirminės sveikatos priežiūros gydytojas, pas kurį pacientas yra prisirašęs, atliktų vertinimą, jeigu tai yra būtina nustatant atskiro paciento teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas.

49. Taigi, šios nuostatos versijoje prancūzų kalba aiškiai nurodoma draudimo valstybės narės, kurioje sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistas teikia paslaugas, privalomojo socialinio draudimo sistema, arba nacionalinė sveikatos priežiūros sistema. Tas pat pasakytina ir apie versijas kitomis kalbomis, kurių formuluotės yra tokios pat tikslios²⁰.

50. Atsižvelgiant į kontekstą, pažymėtina, kad Direktyvos 2011/24 37 konstatuojamojoje dalyje, kurioje kalbama apie galimybę valstybėms narėms toliau taikyti bendras sąlygas, atitikties reikalavimams kriterijus ir reglamentavimo bei administracinius formalumus dėl sveikatos priežiūros paslaugų gavimo ir sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo, taip pat pacientų, norinčių gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje atžvilgiu, kaip pavyzdys konkrečiai nurodyta pareiga prieš kreipiantis į gydytoją specialistą ar gydantis ligoninėje pasikonsultuoti su bendrosios praktikos gydytoju.

51. Direktyvos 2011/24 1 straipsnio 4 dalyje taip pat numatyta, kad šia direktyva valstybės narės neįpareigojamos kompensuoti sveikatos priežiūros paslaugų, kurias suteikė jos teritorijoje įsisteigę sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, jeigu tie paslaugų teikėjai nedalyvauja „tos valstybės narės socialinės apsaugos sistemoje arba visuomenės sveikatos sistemoje“, išlaidas.

52. Be to, kalbant apie Direktyvos 2011/24 tikslus, pasiūlyme dėl Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2011/24 dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo buvo nurodyta, kad juo valstybėms narėms paliekama plati veiksmų laisvė įgyvendinti šioje direktyvoje nustatytus bendruosius principus, atsižvelgiant į jų nacionalinę, regioninę ar vietos padėtį, ir, be kita ko, nedaromas poveikis valstybių narių teisei nustatyti, kad išmokos priklauso nuo tam tikrų sąlygų, kaip antai paciento apsilankymo pas bendrosios praktikos gydytoją prieš bet kokią gydymąsi pas specialistą²¹.

¹⁹ Žr. 2019 m. rugsėjo 18 d. Sprendimą *VIPA* (C-222/18, EU:C:2019:751, 34 punktas ir jame nurodyta jurisprudencija).

²⁰ Pavyzdžiui, versijoje ispanų kalba – „sistema de seguridad social o el sistema nacional de sanidad obligatorio“ (socialinio draudimo sistema, arba privalomoji nacionalinė sveikatos sistema), versijoje vokiečių kalba – „die gesetzliche Sozialversicherung oder das nationale Gesundheitssystem“ (teisinis socialinis draudimas, arba nacionalinė sveikatos sistema), versijoje anglų kalba – „statutory social security system or national health system“ (teisinė socialinio draudimo sistema, arba nacionalinė sveikatos sistema), versijoje italų kalba – „sistema obbligatoria di sicurezza sociale“ (privalomoji socialinio draudimo sistema), versijoje olandų kalba – „het wettelijke socialezekerheids- of gezondheidszorgstelsel“ (teisinė socialinės apsaugos arba sveikatos priežiūros sistema) ir versijoje rumunų kalba minima „sistemului obligatoriu de securitate socială sau sistemului național de sănătate“ (privalomojo socialinio draudimo sistema, arba nacionalinė sveikatos sistema).

²¹ 2008 m. liepos 2 d. pasiūlymas, [SEC(2008) 2163][SEC(2008) 2164][SEC(2008) 2183] /* COM/2008/0414 final – COD 2008/0142, 4 punkto c papunktis ir 7.1 punktas.

53. Iš įvairių Europos Sąjungos Tarybos pranešimų spaudai taip pat matyti, kad diskutuojant dėl Direktyvos 2011/24 projekto nuomonės išsiskyrė dėl to, ar ši direktyva turėtų apimti tik sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, sudariusius valstybinio sveikatos draudimo sutartį ar kitaip pripažįstamus valstybės sistemoje, ar ji turėtų būti taikoma ir privatiems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, kurie taip nepripažinti²².

54. Taigi, buvo sutarta, kad valstybės narės gali priimti nuostatas, skirtas užtikrinti, kad tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas gaunantys pacientai galėtų naudotis tomis pačiomis teisėmis, kuriomis jie naudotųsi, jei sveikatos priežiūros paslaugos panašiomis sąlygomis jiems būtų teikiamos draudimo valstybėje narėje. Valstybės narės gali valdyti išvykstančių pacientų srautus reikalaujamos gauti išankstinį leidimą tam tikroms sveikatos priežiūros paslaugoms (t. y. tokioms, dėl kurių pacientas turi likti ligoninėje per naktį, dėl kurių reikia naudoti labai specializuotą ir brangią medicinos infrastruktūrą arba dėl kurių kyla abejonių, susijusių su sveikatos priežiūros kokybe ar saugumu) arba taikydamos „nukreipimo“ (angl. „gatekeeping“) principą, pavyzdžiui, kad pas specialistą nukreiptų už paciento sveikatos priežiūrą atsakingas gydytojas²³.

55. Vykstant diskusijoms dėl Direktyvos 2011/24 priėmimo, Komisija taip pat išreiškė nuomonę, jog sprendimas tam tikriems paslaugų teikėjams (viešiesiems ar privatiems) nesuteikti leidimų remiantis objektyviomis konkrečiomis ir teisėtomis priežastimis, jei abejojama kokybe ir sauga, dera su ES teise, tačiau tik jei nepažeidžiamos profesinių kvalifikacijų direktyvos nuostatos²⁴.

56. Taigi, nors Direktyva 2011/24 buvo suderinti tam tikri tarpvalstybinių sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimui taikytini principai, ja nebuvo suderinta socialinės apsaugos teisė ir kiekvienos valstybės narės įdiegtos socialinės apsaugos sistemos. Dviguba privalomojo socialinio draudimo sistemos arba nacionalinės sveikatos sistemos struktūra, kurioje valstybinė medicina atskiriama nuo privačios, pagal Teisingumo Teismo jurisprudenciją nekritikuotina, jei ji nėra diskriminacinė ir nesudaro objektyviai nepagrįstų kliūčių laisvam pacientų, paslaugų ar prekių judėjimui.

57. Vis dėlto, man atrodo, svarbu paaiškinti, jog, *in fine*, Direktyva 2011/24 siekiama, kad ES piliečiai visose valstybėse narėse galėtų gauti ir privačias ar pagal sutartį teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, ir viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas²⁵, ir kad direktyvos taikymo sritis savaime neapsiriboją sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, kurie sutartimi susieti su valstybine

²² Pranešimas spaudai – Užimtumo, socialinės politikos, sveikatos ir vartotojų reikalų tarybos 2947-as posėdis – 2009 m. birželio 8–9 d., Liuksemburgas, 9721/2/09 REV 2, *Presse* 124, p. 12. Taip pat žr. Pranešimas spaudai – Užimtumo, socialinės politikos, sveikatos ir vartotojų reikalų tarybos 2980-as posėdis – 2009 m. lapkričio 30 d. ir 2009 m. gruodžio 1 d., Briuselis, 16611/1/09 REV 1, *Presse* 348, p. 13: buvo siekiama visapusiškai paisyti Teisingumo Teismo jurisprudencijos, kartu išsaugant valstybių narių teisę nustatyti savo sveikatos priežiūros sistemas.

²³ Pranešimas spaudai – Užimtumo, socialinės politikos, sveikatos ir vartotojų reikalų tarybos 3019-as posėdis – 2010 m. birželio 7–8 d., Liuksemburgas, 10560/10, *Presse* 156, p. 16; Taip pat žr. Pranešimas spaudai – Užimtumo, socialinės politikos, sveikatos ir vartotojų reikalų tarybos 2916-as posėdis – 2008 m. gruodžio 16–17 d., Briuselis, 16825/08, *Presse* 358, p. 9.

²⁴ Komisijos komunikatas Europos Parlamentui pagal [SESV] 294 straipsnio 6 dalį dėl Tarybos pozicijos per pirmąjį svarstymą siekiant priimti Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo, COM(2010) 503 galutinis, 2008/0142 (COD), 2010 m. rugsėjo 20 d., p. 7 ir 10, kuriame daroma nuoroda į 2005 m. rugsėjo 7 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo (OL L 255, 2005, p. 22).

²⁵ Direktyvos 2011/24 3 straipsnio a punkte „sveikatos priežiūra“ apibrėžiama kaip „sveikatos priežiūros specialistų pacientams teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, siekiant įvertinti, palaikyti ar atstatyti jų sveikatos būklę, įskaitant receptų vaistams ir medicinos prietaisams išrašymą, vaistų ir medicinos prietaisų išdavimą ir (arba) pardavimą bei tiekimą“, neišskiriant viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros paslaugų. Taip pat žr. 2010 m. rugsėjo 3 d. Tarybos aiškinamojo memorandumo projektą, Tarpinstitucinė byla, 2008/0142 (COD), p. 4; „The top ten mistakes patients make in cross-border healthcare“, Europos Komisija, 2018 m., pateikiamą per nuorodą https://health.ec.europa.eu/document/download/b2a023c2-2af5-4ef7-b886-2b9203d355c1_en?filename=2018_10mistakes_en.pdf&prefLang=fr.

sveikatos draudimo sistema arba kitaip pripažinti valstybinės sistemos²⁶. Vis dėlto praktikoje tikėtina, kad sveikatos priežiūros paslaugų apimtis ir kompensacijos gavimo sąlygos įvairiose valstybėse narėse gali skirtis, nes laisvė teikti paslaugas iš esmės nesuteikia teisės į tam tikrą nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos organizavimą²⁷.

58. Taigi laikausi nuomonės, kad privalomojo socialinio draudimo sistema, arba nacionalinė sveikatos sistema, kaip tai suprantama pagal Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalį, yra kiekvienos valstybės sukurta ir nustatyta viešoji sveikatos priežiūros sistema. Kadangi valstybės narės yra įdiegusios skirtingas nacionalines sistemas, jos pačios turi nustatyti, kurie sveikatos priežiūros specialistai patenka į jų sveikatos sistemą, ir reikia pažymėti, kad kai kurios sistemos apima privačius paslaugų teikėjus, dirbančius pagal sutartis.

59. Vadinasi, Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalimi valstybėms narėms leidžiama toliau taikyti „nukreipimo“ (angl. „gatekeeping“) sistemą, pagal kurią prireikus sveikatos priežiūros specialistas, teikiantis paslaugas valstybinėje sveikatos priežiūros sistemoje, nustato paciento teisę į tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas.

60. Taigi, manau, kad iš Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalies formuluotės ir iš šios direktyvos konteksto bei ja siekiamų tikslų matyti, jog valstybės narės gali reikalauti, kad jų apdraustieji, norintys gauti tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensaciją, būtų įvertinti sveikatos priežiūros specialisto, priklausančio draudimo valstybės narės valstybinei sveikatos draudimo sistemai, ir atsisakyti kompensuoti šias išlaidas, jei tokį vertinimą atliktų šiai sistemai nepriklausantis gydytojas.

61. Prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikęs teismo nuoroda į Teisingumo Teismo jurisprudenciją – 2021 m. spalio 6 d. Sprendimą *Casa Națională de Asigurări de Sănătate ir Casa de Asigurări de Sănătate Constanța*²⁸ – nekeičia šios išvados. Iš tikrųjų, priimdamas sprendimą pagal išankstinio leidimo sistemą, nustatytą Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsniu, siejamu su Reglamento Nr. 987/2009 26 straipsnio 4 dalimi, Teisingumo Teismas laikėsi nuomonės, kad nacionalinės teisės aktuose, pagal kuriuos reikalaujama, kad prie prašymo išduoti leidimą gydytis ne gyvenamosios vietos valstybėje narėje būtų pateikta nacionalinei sveikatos draudimo sistemai priklausančio gydytojo parengta medicininė išvada, kurioje patvirtinta ligos diagnozė bei skirtas jos gydymas, nustatoma sąlyga, kurios nėra tarp numatytųjų Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnyje²⁹.

62. Vis dėlto, priešingai Reglamento Nr. 987/2009 26 straipsnio 4 dalies formuluotei, kurioje numatyta, kad vykstant leidimo suteikimo procedūrai, kompetentinga įstaiga turi teisę bet kuriuo metu surengti apdraustojo sveikatos patikrinimą, kurį atliktų *jus pasirinktas gydytojas buvimo vietos ar gyvenamosios vietos valstybėje narėje*, Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalyje aiškiai nustatyta, kad tai gali būti sveikatos priežiūros specialistas arba sveikatos priežiūros administratorius, teikiantis paslaugas *draudimo valstybės narės privalomojo socialinio draudimo sistemai*, arba *nacionalinei sveikatos priežiūros sistemai*.

²⁶ Direktyvos 2011/24 3 straipsnio f punkte „sveikatos priežiūros specialistas“ apibrėžtas kaip „medicinos gydytojas, slaugytojas, gydytojas odontologas, akušeris arba vaistininkas, kaip apibrėžta [Direktyvoje 2005/36], arba kitas specialistas, sveikatos priežiūros sektoriuje vykstantis veiklą, priskiriamą reglamentuojamoms profesijoms, kaip apibrėžta [Direktyvos 2005/36] 3 straipsnio 1 dalies a punkte, arba asmuo, kuris pagal gydymo valstybės narės teisės aktus laikomas sveikatos priežiūros specialistu“. Kaip minėta šios išvados 51 punkte, valstybės narės pačios sprendžia, ar jos nori kompensuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, nepriklausančių jų socialinės apsaugos sistemai, ar visuomenės sveikatos sistemai, suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas.

²⁷ Šiuo klausimu žr. generalinės advokatės V. Trstenjak išvadą byloje *Komisija / Vokietija* (C-562/10, EU:C:2012:210, 55 punktas).

²⁸ C-538/19, EU:C:2021:809; toliau – Sprendimas *Casa Națională de Asigurări*.

²⁹ Sprendimas *Casa Națională de Asigurări de Sănătate* (41–45 punktai).

Dėl dvigubos sąlygos, susijusios su Rumunijos valstybinio sveikatos draudimo sistemai priklausančio gydytojo vertinimu, dėl kurio pateiktas prašymas dėl gydymo ligoninėje

63. Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalyje nepateiktas išsamus sąlygų, tinkamumo kriterijų ir reguliavimo bei administracinių formalumų, kuriuos draudimo valstybė narė gali nustatyti apdraustiesiems, norintiems gauti tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensaciją, sąrašas. Kaip pavyzdys nurodomas tik sveikatos priežiūros specialisto arba sveikatos priežiūros administratoriaus, teikiančio draudimo valstybės narės įstatymais nustatytos socialinės apsaugos sistemos arba nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos paslaugas, pavyzdžiui, bendrosios praktikos gydytojo arba pirminės sveikatos priežiūros gydytojo, pas kurį pacientas yra prisirašęs, vertinimas. Vis dėlto iš šios nuostatos matyti, kad šios sąlygos, tinkamumo kriterijai ir reguliavimo bei administraciniai formalumai turi būti tokie patys, kokie taikomi sveikatos priežiūros paslaugoms, teikiamoms draudimo valstybės narės teritorijoje, ir negali būti diskriminaciniai ar sudaryti kliūčių laisvam pacientų, paslaugų ar prekių judėjimui, nebent jie būtų objektyviai pateisinami.

64. Šiuo klausimu iš byloje esančių įrodymų matyti, kad Metodinių taisyklių 3 straipsnio 1 dalies b punkte nustatytas tinkamumo kriterijus, pagal kurį tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimas priklauso nuo to, ar apdraustojo gyvenamosios vietos valstybės narės valstybinio sveikatos draudimo sistemai priklausančio sveikatos priežiūros specialistas atliko medicininį įvertinimą ir po to išdavė prašymą dėl gydymo ligoninėje, taikytinas ir Rumunijos teritorijoje teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms. Iš to matyti, kad Metodinių taisyklių 3 straipsnio 1 dalies b punkte nustatytas tinkamumo kriterijus taikomas tiek tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai, tiek Rumunijos teritorijoje teikiamoms medicinos paslaugoms.

65. Vis dėlto, ar šis tinkamumo kriterijus yra kliūtis laisvam pacientų arba paslaugų judėjimui?

66. Iš suformuotos jurisprudencijos matyti, kad nacionalinės teisės aktai yra kliūtis laisvam paslaugų teikimui, kai, nors jais asmenims, apdraustiems valstybiniu sveikatos draudimu, tiesiogiai nedraudžiama kreiptis į kitoje valstybėje narėje įsisteigusį sveikatos priežiūros paslaugų teikėją, jie atgraso nuo naudojimosi tarpvalstybinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis³⁰. Taigi šių nacionalinės teisės aktų poveikis yra toks, kad paslaugų teikimas tarp valstybių narių yra sudėtingesnis nei paslaugų teikimas tik valstybės narės viduje, kaip tai suprantama pagal šios išvados 32 punkte nurodytą jurisprudenciją.

67. Spręsdamas dėl valstybių narių pagal Reglamentą Nr. 883/2004 arba Reglamentą Nr. 1408/71 įvestos išankstinio leidimo sistemos, Teisingumo Teismas nurodė, kad paprastas reikalavimas gauti išankstinį leidimą tam, kad kompetentinga įstaiga pagal valstybėje narėje, kuriai ji priklauso, galiojančią draudimo sistemą padengtų kitoje valstybėje narėje suteikto medicininio gydymo išlaidas, tiek pacientų, tiek paslaugų teikėjų atžvilgiu laikytinas laisvės teikti paslaugas, įtvirtintos SESV 56 straipsnyje, apribojimu, nes draudimo valstybėje narėje patiriamų išlaidų atveju tokio išankstinio leidimo reikalavimas netaikomas ir dėl to šie pacientai atgrasomi nuo galimybės (ar jiems netgi sudaroma kliūčių) kreiptis į kitoje nei jų gyvenamosios vietos valstybėje narėje įsisteigusius medicinos paslaugų teikėjus tam, kad ten gautų aptariamas paslaugas³¹.

³⁰ Žr. Sprendimą *Casa Națională de Asigurări de Sănătate* (48 punktas ir jame nurodyta jurisprudencija).

³¹ Šiuo klausimu žr., be kita ko, 1998 m. balandžio 28 d. Sprendimą *Kohll* (C-158/96, EU:C:1998:171, 34 ir 35 punktai), 2001 m. liepos 12 d. Sprendimą *Vanbraekel ir kt.* (C-368/98, EU:C:2001:400, 45 punktas), 2007 m. balandžio 19 d. Sprendimą *Stamatelaki* (C-444/05, EU:C:2007:231, 26 ir 28 punktai), Sprendimą *Elchinov* (41 punktas ir jame nurodyta jurisprudencija), Sprendimą *Casa Națională de Asigurări de Sănătate* (35 punktas ir jame nurodyta jurisprudencija).

68. Nors ši jurisprudencija susijusi su tinkamu Reglamento Nr. 883/2004 arba Reglamento Nr. 1408/71 aiškinimu, ji *mutatis mutandis* taikytina nagrinėjamoje byloje³². Taigi kyla klausimas, ar dėl nagrinėjamų Rumunijos teisės aktų, pagal kuriuos reikalaujama, kad gydytojas atliktų vertinimą pagal Rumunijos valstybinio sveikatos draudimo sistemą, o vėliau tas gydytojas išduotų prašymą dėl gydymo ligoninėje, Rumunijos draudimo sistemos dalyviui tampa sunkiau kreiptis dėl paslaugų teikimo kitoje valstybėje narėje nei Rumunija.

69. Susipažinus su prašymu priimti prejudicinį sprendimą, atrodo, kad prašymas dėl gydymo ligoninėje, kurio reikalaujama pagal Metodinių taisyklių 3 straipsnio 1 dalies b punkto i papunktį, yra dokumentas, kuriuo patvirtinama, kad Rumunijos valstybinio sveikatos draudimo sistemai priklausantis gydytojas atliko medicininį vertinimą, ir rekomenduojamas konkretus stacionarinis gydymas.

70. Pirma, iš Metodinių taisyklių 3 straipsnio 1 dalies b punkto i papunkčio ir 3 straipsnio 2 dalies matyti, kad prašymas dėl gydymo ligoninėje yra vienas iš medicininių dokumentų, kuriais patvirtinama, jog apdraustasis gavo, *inter alia*, sveikatos priežiūros paslaugas. Antra, prašyme priimti prejudicinį sprendimą jį pateikęs teismas nurodo, kad, ieškovo teigimu, prašymas dėl gydymo ligoninėje prilyginamas įrodymui, jog apdraustasis yra priimtas į sveikatos priežiūros sistemą, kad galėtų gauti stacionarinį gydymą³³.

71. Taigi, Metodinių taisyklių 3 straipsnio 1 dalies b punkto i papunktyje numatytas tinkamumo kompensuoti tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas kriterijus negali būti lyginamas su Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalyje nurodytu pavyzdžiu, pagal kurį valstybėms narėms iš esmės leidžiama nustatyti pareigą prieš apsilankant pas specialistą ar gaunant stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugas pasikonsultuoti su bendrosios praktikos gydytoju, kaip nurodyta šios išvados 50 ir 52 punktuose.

72. Nors galimybė gauti specializuotą ar stacionarinį gydymą dažnai priklauso nuo to, ar pacientą gydantis gydytojas išduoda pažymą, kuria patvirtinamas šio gydymo klinikinis būtinumas, nagrinėjamu atveju sunku suprasti, kaip tarpvalstybinio gydymo atveju praktiškai įvykdyti ginčijamoje nacionalinės teisės nuostatoje nustatytą sąlygą. Iš prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikuso teismo pateiktų nuorodų suprantu, kad, jei stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kitoje valstybėje narėje nei draudimo valstybė narė, priėmimas į ligoninę vyksta ne draudimo valstybės narės stacionarinio gydymo įstaigoje, taigi ir prašymas priimti į ligoninę, išduotas draudimo valstybės narės gydytojo, nenaudojamas siekiant patekti į paskirties valstybę narę.

73. Ši aplinkybė leidžia manyti, kad ginčijama nacionalinės teisės nuostata, kiek ja nustatoma dviguba sąlyga, susijusi su Rumunijos valstybinio sveikatos draudimo sistemos gydytojo įvertinimu ir tokio gydytojo prašymu dėl gydymo ligoninėje, yra kliūtis laisvam pacientų ir paslaugų judėjimui, kiek tai susiję su kitoje valstybėje narėje teikiamomis stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis.

³² Atkreipiu dėmesį, kad nagrinėjamu atveju AF suteiktų tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimas yra išankstinio leidimo sistemos dalis, o joje keliamas papildomas reikalavimas, kad draudimo valstybės narės valstybinio sveikatos draudimo sistemai priklausantis gydytojas atliktų išankstinį vertinimą ir kad toks gydytojas išduotų prašymą dėl gydymo ligoninėje.

³³ *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș* (Murešo apskrities sveikatos draudimo kasa) teigimu, įrodyti, kad atliktas medicininis vertinimas, galima tik pateikiant prašymą dėl gydymo ligoninėje.

74. Kalbant konkrečiau, kadangi pagal ginčijamą nacionalinės teisės nuostatą reikalaujama, kad bet kuris apdraustasis gautų pagal Rumunijos valstybinio sveikatos draudimo sistemą dirbančio gydytojo prašymą dėl gydymo ligoninėje, nors tarpvalstybinių stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų atveju tokį prašymą dėl gydymo ligoninėje tradiciškai parengia paskirties valstybės narės ligoninė, apdraustasis, kuris turi tik ne draudimo valstybėje narėje išduotą prašymą dėl gydymo ligoninėje, netenka galimybės gauti tokių stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensaciją, ir dėl to apdraustieji, norintys vykti į užsienį tokio gydymo tikslais, atsiduria nepalankioje padėtyje. Šiomis aplinkybėmis ginčijami nacionalinės teisės aktai gali apsunkinti apdraustųjų naudojimąsi judėjimo laisve.

75. Vadinasi, net jei ši taisyklė taikoma identišškai ir pagal ją nustatomos vienodos tarpvalstybinių ir vietinių stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo sąlygos, ja vis dėlto ribojama laisvė teikti paslaugas visiems apdraustiesiems³⁴.

76. Atsižvelgdamas į tai, laikausi nuomonės, kad Metodinių taisyklių 3 straipsnio 1 dalies b punkto i papunktyje nustatyta dviguba sąlyga atgraso apdraustuosius socialiniu draudimu nuo naudojimosi kitose valstybėse narėse nei draudimo valstybė narė įsisteigusių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų paslaugomis ir daro naudojimąsi SESV 56 straipsnyje garantuojama laisve teikti paslaugas mažiau patrauklų. Taigi, tai yra kliūtis laisvam pacientų ir paslaugų judėjimui.

Dėl kliūties laisvam pacientų ir paslaugų judėjimui pateisinimo

77. Nagrinėjamu atveju Rumunijos Vyriausybė nepateikė jokio taikytinų Rumunijos teisės aktų pateisinimo. Vis dėlto prašymą priimti prejudicinį sprendimą pateikusiam teismui kilo abejonų dėl nagrinėjamų nacionalinės teisės aktų atitikties siekiamam tikslui – užtikrinti socialinio draudimo sistemos finansinę pusiausvyrą – ir dėl nustatytos sąlygos proporcingumo atsižvelgiant į siekiamą tikslą.

78. Laikausi nuomonės, kad Teisingumo Teismo jurisprudencijoje dėl išankstinio leidimo tvarkos ir laisvo medicinos paslaugų judėjimo pagal SESV 56 straipsnį pateikiama nemažai gairių šiuo klausimu.

79. Teisingumo Teismas, be kita ko, yra pažymėjęs, kad turi būti galima planuoti ligoninių skaičių, geografinį pasiskirstymą, sutvarkymą ir aprūpinimą įrengimais arba net jų pačių teikiamų medicinos paslaugų pobūdį, o tai paprastai daroma pagal įvairius kriterijus. Pirma, tokiu planavimu siekiama, kad atitinkamos valstybės teritorijoje būtų užtikrinta pakankama ir nuolat prieinama subalansuota kokybiškų stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų įvairovė. Antra, jis prisideda prie pastangų kontroliuoti išlaidas ir, kiek įmanoma, išvengti bet kokio finansinių, techninių ir žmogiškųjų išteklių iššvaistymo. Toks švaistymas būtų dar žalingesnis dėl to, kad paprastai stacionarinės sveikatos priežiūros sektorius reikalauja didelių išlaidų ir turi patenkinti didėjančius poreikius, o sveikatos apsaugai skirtini finansiniai ištekliai, neatsižvelgiant į finansavimo būdą, nėra neriboti³⁵.

³⁴ Teisingumo Teismas jau yra nusprendęs, kad nacionalinės teisės aktai, kurie, nors ir taikomi vienodai tiek nacionaliniams subjektams, tiek kitų valstybių narių ūkio subjektams ar paslaugų teikėjams, lemia tai, kad kitų valstybių narių paslaugų teikėjai atsiduria nepalankioje padėtyje, palyginti su nacionaliniais subjektais, laikomi įsisteigimo laisvės ir laisvės teikti paslaugas apribojimu (žr. be kita ko, 2007 m. gruodžio 13 d. Sprendimą *Komisija / Italija*, C-465/05, EU:C:2007:781, 46–48 punktai, ir 2023 m. gruodžio 21 d. Sprendimą *Cofidis*, C-340/22, EU:C:2023:1019, 40 ir 41 punktai).

³⁵ Žr. Sprendimą *Smits ir Peerbooms* (76–79 punktai), 2006 m. gegužės 16 d. Sprendimą *Watts* (C-372/04, EU:C:2006:325, 108 ir 109 punktai) ir Sprendimą *Elchinov* (43 punktas).

80. Vadinasi, negalima atmesti, jog socialinės apsaugos sistemos finansinės pusiausvyros sunkaus pažeidimo pavojus gali būti privalomasis bendrojo intereso pagrindas, kuriuo galima pateisinti laisvo paslaugų teikimo principo kliūtį³⁶.

81. Šiuo klausimu Teisingumo Teismas jau pažymėjo, kad, atsižvelgiant į Reglamente Nr. 883/2004 nustatytos kompensavimo sistemos ir Direktyvoje 2011/24 numatytos kompensavimo sistemos skirtumus, pagal šią direktyvą ir skirtingai nuo šiuo reglamentu reglamentuojamų situacijų, tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų atveju draudimo valstybė narė iš esmės nepatiria papildomos finansinės naštos³⁷.

82. Teisingumo Teismas konstatavo, kad, kitaip nei Reglamento Nr. 883/2004 20 straipsnio 2 dalyje, Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 4 dalies pirmoje pastraipoje numatyta, kad, kaip priminta šios išvados 37 punkte, draudimo valstybė narė kompensuoja arba tiesiogiai apmoka tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas iki tokio lygio, iki kurio jas padengtų, jei tos sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteiktos jos teritorijoje, neviršydama gautų sveikatos priežiūros paslaugų faktinių išlaidų³⁸.

83. Taigi pagal Direktyvos 2011/24 7 straipsnį gali būti taikomi du numatytos kompensacijos apribojimai. Pirma, ji apskaičiuojama remiantis sveikatos priežiūros paslaugų tarifais draudimo valstybėje narėje. Antra, jei priimančiojoje valstybėje narėje suteikto gydymo kaina mažesnė nei draudimo valstybėje narėje, ši kompensacija neviršija gautų sveikatos priežiūros paslaugų faktinių išlaidų³⁹.

84. Kadangi taikomi šie du sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimo pagal Direktyvą 2011/24 apribojimai, nėra pavojaus, kad asmens draudimo valstybės narės sveikatos sistemai teks papildoma našta dėl būtinybės kompensuoti tarpvalstybinio gydymo išlaidas, koks gali iškilti taikant kompensavimo sistemą, nustatytą Reglamentu Nr. 883/2004. Teisingumo Teismas pridūrė, kad šį aiškinimą patvirtina Direktyvos 2011/24 29 konstatuojamoji dalis, kurioje aiškiai nurodyta, kad šis išlaidų padengimas negali turėti didelės įtakos nacionalinių sveikatos priežiūros sistemų finansavimui⁴⁰.

85. Iš to, kas išdėstyta, matyti, kad tokiomis aplinkybėmis, kokios susiklostė pagrindinėje byloje, tokiu tikslu iš principo negalima remtis siekiant pateisinti sąlygą, pagal kurią medicininį vertinimą turi atlikti gydytojas, teikiantis sveikatos priežiūros paslaugas pagal Rumunijos socialinio sveikatos draudimo sistemą, ir juo remiantis turi būti pateiktas prašymas dėl gydymo ligoninėje pagal Direktyvos 2011/24 7 straipsnio 7 dalį.

86. Jei Teisingumo Teismas nesutiktų su šiuo požiūriu, reikėtų pateikti glaustas pastabas dėl sistemos, pagal kurią reikalaujama, kad draudimo valstybės narės valstybinio socialinio draudimo sistemai priklausantis gydytojas atliktų išankstinį medicininį vertinimą ir pateiktų prašymą dėl gydymo ligoninėje, proporcingumo.

87. Nagrinėjamu atveju man atrodo, kad ginčijamuose nacionalinės teisės aktuose nustatyto tinkamumo kriterijaus automatiškumas ir dvejopos sąlygos, nuo kurios priklauso tarpvalstybinės stacionarinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimas, absoliutumas neatitinka siekiamo

³⁶ Žr. 2011 m. sausio 27 d. Sprendimą *Komisija / Liuksemburgas* (C-490/09, EU:C:2011:34, 43 punktas ir jame nurodyta jurisprudencija).

³⁷ Žr. Sprendimą *Veselības ministrija* (72–77 punktai).

³⁸ Sprendimas *Veselības ministrija* (73 punktas).

³⁹ Sprendimas *Veselības ministrija* (74 punktas).

⁴⁰ Sprendimas *Veselības ministrija* (75 ir 76 punktai).

tikslo, nes galima taikyti mažiau ribojančias priemones, labiau paisant laisvo pacientų ir paslaugų judėjimo, pavyzdžiui, nustatyti tvarką, pagal kurią prireikus būtų pripažįstamos lygiavertės medicininės pažymos ar ataskaitos ir tikrinamas diagnozių bei siūlomo gydymo patikimumas. Taigi, toks tinkamumo kriterijus negali atitikti proporcingumo reikalavimo.

Išvada

88. Atsižvelgdamas į tai, kas išdėstyta, siūlau Teisingumo Teismui į *Înalta Curte de Casație și Justiție* (Aukščiausiasis Kasacinis Teisingumo Teismas) pateiktą pirmąjį prejudicinį klausimą atsakyti taip:

SESV 56 straipsnis ir 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo 7 straipsnio 7 dalis

turi būti aiškinami taip:

pagal juos draudžiami tokie teisės aktai, pagal kuriuos tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų, kurias patyrė apdraustasis, kompensavimas draudimo valstybėje narėje automatiškai siejamas su gydytojo, teikiančio sveikatos priežiūros paslaugas šios valstybės valstybinio sveikatos draudimo sistemoje, atliekamu medicininiu vertinimu ir juo grindžiamu šio gydytojo prašymu dėl gydymo ligoninėje, bei neleidžiama pateikti lygiaverčių dokumentų, išduotų šios valstybės valstybinei sveikatos draudimo sistemai nepriklausančio sveikatos priežiūros specialisto.