



Zbirka odločb sodne prakse

SODBA SODIŠČA (četrti senat)

z dne 4. septembra 2025*

„Predhodno odločanje – Socialna varnost – Zdravstveno zavarovanje – Člen 56 PDEU – Svoboda opravljanja storitev – Uredba (ES) št. 883/2004 – Člen 20(1) in (2) – Zdravstvena oskrba, ki je bila prejeta v državi članici, ki ni država članica stalnega prebivališča zavarovane osebe – Direktiva 2011/24/EU – Člen 7(7) – Kritje stroškov zdravstvenega varstva, ki so nastali zavarovani osebi – Povračilo – Nacionalna ureditev, s katero se kritje pogojuje z zdravniškim pregledom, ki ga opravi izključno zdravnik iz javnega sistema zdravstvenega zavarovanja države članice stalnega prebivališča zavarovane osebe in zaradi katerega ta zdravnik izda dokument o odobritvi hospitalizacije te osebe – Znatna omejitev povračila stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva“

V zadevi C-489/23,

katere predmet je predlog za sprejetje predhodne odločbe na podlagi člena 267 PDEU, ki ga je vložilo Înalta Curte de Casație și Justiție (vrhovno sodišče, Romunija) z odločbo z dne 27. marca 2023, ki je na Sodišče prispela 1. avgusta 2023, v postopku

AF

proti

Guvernul României,

Ministerul Sănătății,

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș,

SODIŠČE (četrti senat),

v sestavi I. Jarukaitis, predsednik senata, N. Jääskinen, A. Arabadjiev (poročevalec), M. Condinanzi, sodniki, in R. Frendo, sodnica,

generalni pravobranilec: D. Spielmann,

sodni tajnik: A. Calot Escobar,

na podlagi pisnega postopka,

* Jezik postopka: romunščina.

ob upoštevanju stališč, ki so jih predložili:

- za poljsko vlado B. Majczyna, agent,
- za Evropsko komisijo C. Gheorghiu, B.-R. Killmann in E. Schmidt, agenti,

po predstavitvi sklepnih predlogov generalnega pravobranilca na obravnavi 15. maja 2025

izreka naslednjo

Sodbo

- 1 Predlog za sprejetje predhodne odločbe se nanaša na razlago členov 49 in 56 PDEU, člena 22(1)(c) Uredbe Sveta (EGS) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti (UL, posebna izdaja v slovenščini, poglavje 5, zvezek 1, str. 35), v različici po spremembi in posodobitvi z Uredbo Sveta (ES) št. 118/97 z dne 2. decembra 1996 (UL, posebna izdaja v slovenščini, poglavje 5, zvezek 3, str. 3), kakor je bila spremenjena z Uredbo (ES) št. 592/2008 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 17. junija 2008 (UL 2008, L 177, str. 1) (v nadaljevanju: Uredba št. 1408/71), člena 7(7) Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL 2011, L 88, str. 45), načel prostega pretoka pacientov in storitev ter načel učinkovitosti in sorazmernosti.
- 2 Ta predlog je bil vložen v okviru spora med AF, fizično osebo s stalnim prebivališčem v Romuniji, ter Guvernul României (romunska vlada), Ministerul Sănătății (ministrstvo za zdravje, Romunija) in Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (regionalni zavod za zdravstveno zavarovanje v Mureșu, Romunija, v nadaljevanju: zavod za zdravstveno zavarovanje), ker so ti organi AF zavrnilo povrnitev stroškov zdravstvenega varstva, ki mu je bilo zagotovljeno v Nemčiji.

Pravni okvir

Pravo Unije

Pogodba DEU

- 3 Člen 49 PDEU določa:

„V okviru določb, navedenih v nadaljevanju, se omejitve glede pravice do ustanavljanja za državljane ene države članice na ozemlju druge države članice prepovejo. Ta prepoved se uporablja tudi za omejitve pri ustanavljanju agencij, podružnic ali hčerinskih družb državljanov katere koli države članice s sedežem na ozemlju katere koli države članice.

Pravica do ustanavljanja zajema pravico začeti in opravljati dejavnost kot samozaposlena oseba ter pravico do ustanovitve in vodenja podjetij, zlasti družb ali podjetij iz drugega odstavka člena 54, pod pogoji, ki jih ob upoštevanju določb poglavja o kapitalu za svoje državljane določa zakonodaja države, v kateri se taka ustanovitev izvede.“

4 Člen 56, prvi odstavek, PDEU določa:

„V okviru določb, navedenih v nadaljevanju, se omejitve svobode opravljanja storitev v [Evropski u]niji prepovejo za državljane držav članic, ki imajo sedež v eni od držav članic, vendar ne v državi osebe, ki so ji storitve namenjene.“

Uredba (ES) št. 883/2004

5 Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL, posebna izdaja v slovenščini, poglavje 5, zvezek 5, str. 72) je razveljavila in nadomestila Uredbo št. 1408/71 z učinkom od 1. maja 2010.

6 Člen 20 Uredbe št. 883/2004, naslovljen „Potovanje za pridobitev storitev – Odobritev ustreznega zdravljenja zunaj države članice stalnega prebivališča“, v odstavkih 1 in 2 določa:

„1. Če v tej uredbi ni določeno drugače, mora zavarovana oseba, ki potuje v drugo državo članico, da bi prejela storitve med začasnim bivanjem, za odobritev zaprositi pristojnega nosilca.

2. Zavarovana oseba, ki ji pristojni nosilec odobri odhod v drugo državo članico na zdravljenje, ki ustreza njenemu zdravstvenemu stanju, prejme storitve, ki jih v imenu pristojnega nosilca zagotovi nosilec v kraju začasnega prebivališča v skladu z določbami zakonodaje, ki jo uporablja, kakor da bi bila oseba zavarovana po navedeni zakonodaji. Odobri se zdravljenje, ki spada med storitve, določene v zakonodaji države članice, v kateri oseba stalno prebiva, in ji ga ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljeno.“

Direktiva 2011/24

7 V uvodnih izjavah 5 in od 29 do 31 Direktive 2011/24 je navedeno:

„(5) Kot je bilo ugotovljeno v sklepih Sveta z dne 1. in 2. junija 2006 o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije [(UL 2006, C 146, str. 1)] [...], obstaja sklop operativnih načel, ki so skupna zdravstvenim sistemom po vsej Uniji. Ta operativna načela so nujna za zagotavljanje zaupanja pacientov v čezmejno zdravstveno varstvo, ki pa je nujno za doseganje mobilnosti pacientov in visoke ravni varovanja zdravja. Vendar je prav tam Svet ugotovil tudi, da se praksa uresničevanja teh vrednot in načel med državami članicami zelo razlikuje. Zlasti je treba v nacionalni kontekst umestiti odločitve o ‚košarici‘ zdravstvenega varstva, do katere so državljani upravičeni, ter mehanizme, ki se uporabljajo za financiranje in zagotavljanje tega zdravstvenega varstva, kot je na primer obseg, v katerem se je pri upravljanju zdravstvenih sistemov primerno zanesti na tržne mehanizme in konkurenčne pritiske.

[...]

(29) Primerno je zahtevati, da bi se moralo tudi pacientom, ki iščejo zdravstveno varstvo v drugi državi članici v okoliščinah, ki niso predvidene v [Uredbi št. 883/2004], omogočiti uresničevanje načel prostega pretoka pacientov, storitev in blaga v skladu s PDEU in to direktivo. Pacientom bi bilo treba zagotoviti, da bodo stroški za navedeno zdravstveno varstvo kriti vsaj v višini zneska, ki bi bil zagotovljen za enako zdravstveno varstvo v državi

članici zdravstvenega zavarovanja. Pri tem bi se morala v celoti spoštovati odgovornost držav članic, da določijo obseg kritja stroškov zdravstvenega varstva, ki je na voljo njihovim državljanom, in preprečevati kakršni koli bistveni učinek na financiranje nacionalnih sistemov zdravstvenega varstva.

- (30) Zato bi morala biti za paciente ta dva sistema koherentna; uporabi se bodisi ta direktiva bodisi uredbi Unije o koordinaciji sistemov socialne varnosti.
- (31) Kadar so izpolnjeni pogoji, pacienti ne bi smeli izgubiti pravic do ugodnejše obravnave, ki je zagotovljena z uredbama Unije o koordinaciji sistemov socialne varnosti. Vsakemu pacientu, ki zahteva odobritev zdravljenja, ki ustreza njegovemu zdravstvenemu stanju, v drugi državi članici, bi se le-to moralo v skladu s pogoji iz uredb Unije vedno odobriti, če je zadevno zdravljenje med storitvami, ki jih zagotavlja zakonodaja države članice, v kateri pacient biva, in če se tako zdravljenje pacientu ne more zagotoviti v roku, ki je utemeljen z medicinskega vidika, ob upoštevanju trenutnega zdravstvenega stanja pacienta in verjetnega poteka bolezni. Vendar če pacient namesto tega izrecno zahteva zdravljenje pod pogoji te direktive, bi morale biti storitve, za katere velja povračilo stroškov, omejene na storitve, ki veljajo v skladu s to direktivo. Če je pacient upravičen do čezmejnega zdravstvenega varstva v skladu s to direktivo in hkrati z [Uredbo št. 883/2004] ter je uporaba navedene uredbe bolj ugodna za pacienta, potem bi ga morala na to opozoriti država članica zdravstvenega zavarovanja.“

8 Člen 1 te direktive določa:

„1. Ta direktiva določa pravila za lažji dostop do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva in spodbuja sodelovanje med državami članicami na področju zdravstvenega varstva ter v celoti upošteva nacionalne pristojnosti pri organizaciji in izvajanju zdravstvenega varstva[, njen namen pa] je tudi pojasniti njeno povezavo z obstoječim okvirom za koordinacijo sistemov socialne varnosti, Uredbo (ES) št. 883/2004, z namenom uveljavljanja pravic pacientov.

[...]

4. Ta direktiva ne vpliva na zakone in predpise držav članic o organizaciji in financiranju zdravstvenega varstva v primerih, ki niso povezani s čezmejnimi zdravstvenimi varstvom. Nobena določba te direktive ne obvezuje države članice k povrniti stroškov zdravstvenega varstva, ki ga zagotavljajo izvajalci zdravstvenega varstva s sedežem na njenem ozemlju, če ti izvajalci niso vključeni v sistem socialne varnosti ali sistem javnega zdravstva te države članice.“

9 Člen 7 navedene direktive, naslovljen „Splošna načela za povračilo stroškov“, določa:

„1. Država članica zdravstvenega zavarovanja brez poseganja v Uredbo (ES) št. 883/2004 in v skladu z določbami iz členov 8 in 9 zagotovi, da se stroški, ki jih ima zavarovana oseba, ki prejme čezmejno zdravstveno varstvo, povrnejo, če zadevno zdravstveno varstvo sodi med storitve, do katerih je zavarovana oseba upravičena v državi članici zdravstvenega zavarovanja.

[...]

4. Stroške čezmejnega zdravstvenega varstva povrne ali neposredno plača država članica zdravstvenega zavarovanja do višine stroškov, ki bi jih prevzela država članica zdravstvenega

zavarovanja, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju, ne da bi prekoračili dejanske stroške prejetega zdravstvenega varstva.

[...]

7. Država članica zdravstvenega zavarovanja lahko za zavarovano osebo, ki želi povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, vključno s storitvami zdravstvenega varstva prek telemedicine, uporabi enake pogoje, merila o izpolnjevanju pogojev ter regulativne in upravne formalnosti [...], ki bi jih naložila, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju. To lahko vključuje oceno, ki jo opravi zdravstveni delavec ali uradnik zdravstvenega varstva, ki storitve opravlja za obvezni sistem socialne varnosti ali nacionalni zdravstveni sistem države članice zdravstvenega zavarovanja, na primer splošni zdravnik ali zdravnik, ki izvaja osnovno zdravstveno dejavnost, pri katerem je pacient registriran, če je to potrebno za ugotovitev upravičenosti posameznega pacienta do zdravstvenega varstva. Vendar pa pogoji, merila o izpolnjevanju pogojev ter regulativne in upravne formalnosti, naložene v skladu s tem odstavkom, ne smejo biti diskriminatorne oziroma ne smejo predstavljati ovire za prosti pretok pacientov, storitev ali blaga, razen če to objektivno upravičujejo potrebe za načrtovanje, in sicer v zvezi z zagotavljanjem zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravljenja v zadevni državi članici, ali z namenom obvladovanja stroškov in, kolikor je mogoče, preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov.

8. Država članica zdravstvenega zavarovanja razen v primerih iz člena 8 ne povrne stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, za katerega je potrebna predhodna odobritev.

[...]“

Romunsko pravo

- 10 Metodološka pravila o čezmejnem zdravstvenem varstvu (v nadaljevanju: metodološka pravila) so določena v prilogi k Hotărârea Guvernului n° 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (sklep vlade št. 304/2014 o odobritvi metodoloških pravil o čezmejnem zdravstvenem varstvu) z dne 16. aprila 2014 (*Monitorul Oficial al României*, del I, št. 318 z dne 30. aprila 2014).
- 11 Člen 3(1) metodoloških pravil določa:

„Zavod za zdravstveno zavarovanje na podlagi pisnega zahtevka zavarovane osebe, njenega družinskega člana (starša, zakonca, sina/hčerke) ali osebe, ki jo pooblasti, ki so mu priložena dokazila, povrne stroške čezmejnega zdravstvenega varstva, ki je bilo opravljeno na ozemlju države članice [Unije] in ki ga je zavarovanec plačal, in sicer v višini, kakor je določeno v členu 4, če:

[...]

(b) so izpolnjena naslednja merila za upravičenost:

- (i) bolnišnične zdravstvene storitve se opravijo v drugi državi članici [Unije] po zdravniškem pregledu, ki ga opravi zdravnik, ki opravlja zdravstvene storitve v okviru javnega sistema zdravstvenega zavarovanja v Romuniji in zaradi katerega je bila izdana napotnica za sprejem v bolnišnico [...].“

12 Člen 4 metodoloških pravil določa:

„(1) Znesek povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo iz člena 3(1) se določi tako, da zajema:

- (a) za storitve specialističnega ambulantnega zdravljenja, zdravila za ambulantno zdravljenje, kot tudi medicinske pripomočke za ambulantno zdravljenje: končno vrednost tarif, določenih za obdobje treh mesecev pred datumom plačila storitve, tarife, odstotek tarif, referenčne cene, zneske najemnin, zneske, ki ustrezajo uporabi odstotka nadomestila glede na referenčne cene, kritja – najvišji znesek kritja, povečan za [davek na dodano vrednost (DDV)], kot je določen z veljavnimi predpisi o javnem sistemu zdravstvenega zavarovanja, ki so veljali na dan, ko je storitev plačala zavarovana oseba, njen družinski član (starš, zakonec, sin/hčerka) ali oseba, ki jo pooblasti.

Za zdravila, ki jih prejmejo osebe, zavarovane v okviru čezmejnega zdravstvenega varstva, in ki niso navedena na seznamu referenčnih cen na enoto odmerka zdravil – trgovska imena, za katera pa je glede na njihovo mednarodno nelastniško ime določeno, da se njihov strošek povrne iz enotnega nacionalnega sklada za zdravstveno zavarovanje, se povračilo izvede na naslednji način:

[...]

- (iii) do višine zneska kritja – najvišji znesek kritja, povečan za DDV – trgovsko ime z enakim odmerkom in ustrezno farmacevtsko obliko;

[...]

(2) Če je bilo plačilo za zdravstvene storitve, zdravila ali medicinske pripomočke izvedeno v več obrokih, se povračilo določi tako, da se kot datum plačila upošteva datum zadnjega obroka.

(3) Ne krijejo se drugi stroški, kot so stroški nastanitve in potovalnih storitev, ki nastanejo zavarovanim osebam, ter dodatni stroški, ki nastanejo invalidnim osebam pri prejemanju čezmejnega zdravstvenega varstva zaradi ene ali več invalidnosti.“

Spor o glavni stvari in vprašanji za predhodno odločanje

- 13 AF, državljanu Romunije in zavarovancu v okviru nacionalnega javnega sistema zdravstvenega zavarovanja, je bil 8. marca 2018 v zasebni zdravstveni ustanovi v tej državi članici diagnosticiran adenokarcinom prostate.
- 14 Zaradi koristi za pacientovo zdravje in poznejše okrevanje je bilo priporočeno zdravljenje z radikalno prostatektomijo, ki jo je mogoče med drugim izvesti s pomočjo kirurškega robota. Oseba AF je bila obveščena, da tak robot obstaja v javni bolnišnici v Cluju (Romunija), da pa takrat še ni deloval, in da se lahko enak poseg za približno 13.000 EUR opravi v zasebni kliniki v Brașovu (Romunija).
- 15 V teh okoliščinah se je AF odločil koristiti to operacijo s pomočjo kirurškega robota za enake stroške v kliniki v Nemčiji, specializirani samo za to patologijo.

- 16 AF je na začetku aprila 2018 zaprosil zavod za zdravstveno zavarovanje, da mu izda poseben obrazec E 112, ki je v skladu z Uredbo št. 1408/71 potreben za pridobitev dovoljenja, da se odide na ozemlje druge države članice za prejem zdravstvenega varstva. Zavod za zdravstveno zavarovanje naj bi zavrnil registracijo te prošnje.
- 17 Sočasno s tem postopkom se je AF po odpovedi drugega pacienta ponudila priložnost za operacijo v Nemčiji 9. maja 2018. Ker bi moral AF, če te odpovedi ne bi izkoristil, po prejemu soglasja zavoda za zdravstveno zavarovanje čakati osem tednov, preden bi lahko zaprosil za drug datum za poseg, je 24. aprila 2018 izvedel plačilo, da bi rezerviral termin 9. maja 2018.
- 18 AF je po tem plačilu zavod za zdravstveno zavarovanje ponovno zaprosil za izdajo obrazca E 112, ki jo je ta zavrnil z obrazložitvijo, da ni bila vložena na standardnem obrazcu za prošnjo in da ji niso bili priloženi dokumenti, ki jih določa nacionalna zakonodaja.
- 19 AF je po operaciji, ki je bila 9. maja 2018 dejansko opravljena, pri zavodu za zdravstveno zavarovanje zahteval povračilo zneska 13.069 EUR, ki ustreza stroškom zdravstvenega varstva, ki ga je prejel v Nemčiji. Ta organ mu je to povračilo zavrnil z obrazložitvijo, da bi moral biti po eni strani obrazec E 112 izdan pred odhodom upravičenca v drugo državo članico za prejem zdravstvenega varstva in da bi moral AF po drugi strani za to, da bi prejel povračilo, uporabiti postopek, določen z metodološkimi pravili.
- 20 Natančneje, po mnenju zavoda za zdravstveno zavarovanje AF tega povračila ni mogel zahtevati, ker zahtevi ni priložil kopije „napotnice za sprejem v bolnišnico“, ki bi jo izdal zdravnik, ki opravlja zdravstvene storitve v okviru javnega sistema zdravstvenega zavarovanja v Romuniji, kot to izrecno določa člen 3(1)(b)(i) metodoloških pravil.
- 21 AF je pri Curtea de Apel Târgu Mureș (višje sodišče v Târgu Mureșu, Romunija) vložil tožbo za razglasitev delne ničnosti sklepa vlade št. 304/2014 o odobritvi metodoloških pravil o čezmejnem zdravstvenem varstvu, za razglasitev ničnosti različnih zavrnilnih dopisov, ki jih je izdal zavod za zdravstveno zavarovanje, in za povračilo vseh stroškov, povezanih z zdravstveno oskrbo, ki mu je bila nudena v Nemčiji. Med drugim je trdil, da določbe romunskega prava v zvezi s pogoji za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in načinom izračuna povračila stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva pomenijo nepravilen prenos Direktive 2011/24. AF je dodal, da je upravičen do povračila celotnih stroškov zdravljenja, opravljenega v Nemčiji, ali vsaj v višini plačil, ki bi mu bila povrnjena v Romuniji na podlagi nacionalnega sistema zdravstvenega zavarovanja, če bi mu bila predhodno izdana odobritev za zadevni kirurški poseg.
- 22 Curtea de Apel Târgu Mureș (višje sodišče v Târgu Mureșu) je tožbo AF s sodbo z dne 30. decembra 2019 zavrnilo kot neutemeljeno.
- 23 AF je nato zoper to sodbo vložil pritožbo pri Înalta Curte de Casație și Justiție (vrhovno sodišče, Romunija), ki je predložitevno sodišče.
- 24 Po eni strani ima to sodišče pomisleke glede tega, ali so določbe romunskega prava, v skladu s katerimi je kritje čezmejnih zdravstvenih storitev pogojeno s tem, da zdravniški pregled opravi zdravnik iz javnega zdravstvenega sistema države članice zdravstvenega zavarovanja, ne pa tudi zdravnik iz zasebnega zdravstvenega sistema te države, in s tem, da tak zdravnik nato izda dokument o odobritvi hospitalizacije te zavarovane osebe.

- 25 Po drugi strani se sprašuje, ali je v skladu s pravom Unije nacionalno pravilo, ki znatno omejuje znesek povračila stroškov čezmejnih zdravstvenih storitev glede na stroške, ki so zavarovani osebi dejansko nastali v državi članici, kjer so bile te zdravstvene storitve opravljene. Na podlagi tega nacionalnega pravila naj bi namreč AF, ki mu je glede na elemente iz spisa, predloženega Sodišču, nastal strošek v višini 13.069 EUR, lahko pridobil povračilo le zneska med 1367 in 4618 romunskih levov (približno od 280 do 925 EUR).
- 26 V teh okoliščinah je Înalta Curte de Casație și Justiție (vrhovno sodišče) prekinilo odločanje in Sodišču v predhodno odločanje predložilo ti vprašanji:
- „1. Ali je treba člena 49 in 56 PDEU ter člen 7(7) Direktive [2011/24] razlagati tako, da nasprotujejo ureditvi, ki povračilo stroškov, ki jim ima oseba z obveznim zavarovanjem v državi članici stalnega prebivališča, samodejno pogojuje s tem, da zdravniški pregled opravi zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstvene storitve v okviru sistema zdravstvenega zavarovanja navedene države, in s tem, da ta zdravstveni delavec pozneje izda napotnico za sprejem v bolnišnico, pri čemer ni dovoljeno predložiti enakovrednih zdravstvenih potrdil, ki jih izdajo zasebne zdravstvene ustanove, tudi če gre za bolnišnično zdravljenje in opravljanje zdravstvenih storitev v državi članici, ki ni država članica stalnega prebivališča zavarovane osebe?
2. Ali je treba člena 49 in 56 PDEU, člen 22(1)(c) [Uredbe št. 1408/71], načeli prostega gibanja pacientov in prostega pretoka storitev ter načeli učinkovitosti in sorazmernosti razlagati tako, da nasprotujejo nacionalni ureditvi, ki v primeru, da ni pridobljena predhodna odobritev, določa znesek za storitve, ki se lahko povrnejo, v višini stroškov, ki bi jih morala kriti država članica stalnega prebivališča, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju, in sicer na podlagi izračuna, ki znatno omejuje znesek takega nadomestila v primerjavi s stroški, ki so zavarovani osebi dejansko nastali v državi članici, v kateri so bile zadevne zdravstvene storitve opravljene?“

Postopek pred Sodiščem

- 27 Predložitveno sodišče je v odgovor na zahtevo za informacije, ki jo je poslalo Sodišče, v bistvu navedlo, najprej, da je zdravniški poseg, opravljen pri tožeči stranki iz postopka v glavni stvari, kot se zahteva s členom 7(1) Direktive 2011/24, med storitvami, ki jih krije pristojni romunski organ, saj je ta storitev, čeprav zdravstvena metoda oziroma tehnika zdravljenja kot taki v nacionalni zakonodaji nista natančno določeni, na seznamu skupin diagnostike, določenem z odlokom. Dalje, to sodišče je pojasnilo, da zdravniški poseg iz postopka v glavni stvari spada med storitve, za katere se zahteva „[predhodna] izdaja obrazca E 112“. Nazadnje, navedlo je, da se pogoj v zvezi s predhodnim ocenjevanjem, ki ga opravi zdravstveni delavec izključno iz javnega zdravstvenega sistema, uporablja tako za zagotavljanje nacionalnega zdravstvenega varstva kot tudi za zagotavljanje čezmejnega zdravstvenega varstva.

Vprašanja za predhodno odločanje

Prvo vprašanje

- 28 Najprej je treba po eni strani navesti, da je glede na navedbe predložitvenega sodišča „napotnica za sprejem v bolnišnico“, ki je predmet prvega vprašanja, dokument, ki potrjuje, da je zdravniški pregled zavarovane osebe opravil zdravnik iz romunskega javnega sistema zdravstvenega zavarovanja, ki odobri hospitalizacijo te osebe. Zato bo razlaga, ki jo bo podalo Sodišče, temeljila na tej dejanski premisi, katere pravilnost pa mora preveriti predložitveno sodišče.
- 29 Po drugi strani je treba navesti, da iz nobenega elementa iz spisa, predloženega Sodišču, ni razvidno, da bi obstajala povezava med položajem iz postopka v glavni stvari in uresničevanjem svobode ustanavljanja, kot je določena v členu 49 PDEU. Zato te določbe v obravnavani zadevi ni treba razlagati.
- 30 V teh okoliščinah je treba razumeti, da predložitveno sodišče s prvim vprašanjem v bistvu sprašuje, ali je treba člen 7(7) Direktive 2011/24 v povezavi s členom 56 PDEU razlagati tako, da nasprotuje nacionalni ureditvi, ki povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, ki so nastali zavarovani osebi, v državi članici zdravstvenega zavarovanja pogojuje z zdravniškim pregledom, ki ga opravi zdravnik iz javnega sistema zdravstvenega zavarovanja te države in zaradi katerega ta zdravnik izda dokument o odobritvi hospitalizacije te osebe.
- 31 V zvezi s tem je treba opozoriti, da je treba v skladu z ustaljeno sodno prakso pri razlagi določbe prava Unije upoštevati ne le njeno besedilo, ampak tudi njen kontekst in cilje, ki jim sledi ureditev, katere del je (sodbi z dne 17. novembra 1983, Merck, 292/82, EU:C:1983:335, točka 12, in z dne 30. aprila 2025, Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main (Izvoz gotovine v Rusijo), C-246/24, EU:C:2025:295, točka 18 in navedena sodna praksa).
- 32 Na prvem mestu, kar zadeva besedilo člena 7(7) Direktive 2011/24, je iz njega razvidno, da lahko država članica zdravstvenega zavarovanja ob upoštevanju omejitev, določenih v tej določbi, za zavarovano osebo, ki želi povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, uporabi enake pogoje, merila o izpolnjevanju pogojev ter regulativne in upravne formalnosti, ki bi jih naložila, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju. V tej določbi je natančneje določeno, da to lahko vključuje oceno, ki jo opravi zdravstveni delavec ali uradnik zdravstvenega varstva, ki storitve opravlja za obvezni sistem socialne varnosti ali nacionalni zdravstveni sistem države članice zdravstvenega zavarovanja, na primer splošni zdravnik ali zdravnik, ki izvaja osnovno zdravstveno dejavnost, pri katerem je pacient registriran, če je to potrebno za ugotovitev upravičenosti posameznega pacienta do zdravstvenega varstva.
- 33 Iz besedila navedene določbe tako izhaja, da lahko država članica načeloma zahteva, da mora zavarovani osebi v državi članici zdravstvenega zavarovanja zdravniški pregled opraviti zdravnik, ki spada v „obvezni sistem socialne varnosti“ ali „v nacionalni zdravstveni sistem [te] države“.
- 34 Vendar je treba ugotoviti, ali to besedilo kaže na to, da je zakonodajalec Unije želel državam članicam dovoliti, da to, da se zavarovani osebi v državi članici zdravstvenega zavarovanja povrnejo stroški čezmejnega zdravstvenega varstva, ki so ji nastali, pogojujejo z zdravniškim pregledom, ki ga opravi izključno zdravnik iz obveznega javnega sistema socialne varnosti ali nacionalnega zdravstvenega sistema te države članice in zaradi katerega ta zdravnik izda dokument o odobritvi hospitalizacije te osebe.

- 35 Na drugem mestu, v zvezi s tem je treba glede konteksta, v katerega je umeščen člen 7(7) Direktive 2011/24, navesti, da člen 1(4) te direktive med drugim določa, da nobena določba te direktive ne obvezuje države članice k povrniti stroškov zdravstvenega varstva, ki ga zagotavljajo izvajalci zdravstvenega varstva s sedežem na njenem ozemlju, če ti izvajalci niso vključeni v sistem socialne varnosti ali sistem javnega zdravstva te države članice.
- 36 Ker pa člen 7(7) Direktive 2011/24 določa, da lahko država članica zdravstvenega zavarovanja za osebo, ki želi povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, uporabi enake pogoje, merila o izpolnjevanju pogojev ter regulativne in upravne formalnosti, ki bi jih naložila, če bi bilo zdravstveno varstvo zagotovljeno na njenem ozemlju, iz tega izhaja, da se lahko – če se je država članica odločila, da stroške zdravstvenega varstva, ki ga zagotavljajo izvajalci zdravstvenega varstva s sedežem na njenem ozemlju, povrne le, če so ti izvajalci vključeni v sistem socialne varnosti ali sistem javnega zdravstva te države članice – v okviru navedenega člena 7(7) načeloma naloži isti pogoji.
- 37 Kot je namreč generalni pravobranilec v bistvu navedel v točkah 56 in 57 sklepnih predlogov, Direktiva 2011/24 ne harmonizira zdravstvenih sistemov ali sistemov zdravstvenega zavarovanja držav članic in ne nalaga določene organizacije nacionalnega zdravstvenega sistema.
- 38 Zato iz jezikovne in kontekstualne razlage člena 7(7) Direktive 2011/24 izhaja, da ta določba ob upoštevanju omejitev, ki jih izrecno določa in ki jih bo treba preučiti pozneje, ne nasprotuje temu, da država članica zdravstvenega zavarovanja za povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva zahteva, da je to povračilo pogojeno z zdravniškim pregledom zavarovane osebe, ki ga opravi zdravnik iz javnega zdravstvenega sistema ali sistema zdravstvenega zavarovanja te države in zaradi katerega ta zdravnik izda dokument o odobritvi hospitalizacije te osebe.
- 39 Na tretjem mestu, to razlago potrjuje cilj, ki mu sledi Direktiva 2011/24.
- 40 Opozoriti je treba namreč, da je namen Direktive 2011/24, kot je razvidno iz njenega člena 1(1), olajšati dostop do varnega in visokokakovostnega čezmejnega zdravstvenega varstva in z njo se spodbuja sodelovanje med državami članicami na področju zdravstvenega varstva ter v celoti upoštevajo nacionalne pristojnosti pri organizaciji in izvajanju zdravstvenega varstva.
- 41 V zvezi s tem je v uvodni izjavi 5 navedene direktive pojasnjeno, da je treba odločitve med drugim o mehanizmi, ki se uporabljajo za financiranje in zagotavljanje čezmejnega zdravstvenega varstva, sprejemati na nacionalni ravni.
- 42 Iz tega sledi, da imajo države članice široko polje proste presoje pri določitvi podrobnih pravil in pogojev za kritje stroškov storitev čezmejnega zdravstvenega varstva, tako da lahko določijo, da za take storitve veljajo nekateri pogoji, kot je zdravniški pregled osebe, zavarovane v državi članici zdravstvenega zavarovanja, ki ga opravi zdravnik izključno iz javnega zdravstvenega sistema ali sistema zdravstvenega zavarovanja te države in zaradi katerega ta zdravnik izda dokument o odobritvi hospitalizacije te osebe.
- 43 Vendar je treba, kot je navedeno v točki 38 te sodbe, preveriti še, ali se s tem nacionalnim pogojem spoštujejo omejitve iz člena 7(7) Direktive 2011/24. V zvezi s tem je treba opozoriti, da ta določba v zadnjem stavku natančneje določa, da pogoji, merila o izpolnjevanju pogojev ter regulativne in upravne formalnosti, naložene v skladu s tem odstavkom, ne smejo biti diskriminatorne oziroma ne smejo predstavljati ovire med drugim za prosti pretok storitev, zagotovljen s členom 56 PDEU,

razen če to oviro objektivno upravičujejo potrebe za načrtovanje, in sicer v zvezi z zagotavljanjem zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravljenja v zadevni državi članici, ali z namenom obvladovanja stroškov in, kolikor je mogoče, preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov.

- 44 V obravnavanem primeru je na prvem mestu v zvezi z obstojem morebitne diskriminacije ali ovire, ki bi bila v nasprotju s členom 56 PDEU, iz odgovora predložitvenega sodišča na zahtevo za informacije, ki jo je nanj naslovilo Sodišče, razvidno, da pogoj iz člena 3(1)(b)(i) metodoloških pravil, v skladu s katerim je povračilo stroškov čezmejnega bolnišničnega zdravstvenega varstva pogojeno z zdravniškim pregledom, ki ga opravi zdravnik iz romunskega javnega sistema zdravstvenega zavarovanja in zaradi katerega ta zdravnik izda dokument o odobritvi hospitalizacije zadevne osebe, prav tako podobno določen za zdravstveno varstvo, zagotovljeno na romunskem ozemlju. Ker se ta pogoj tako uporablja enako za čezmejno in nacionalno zdravstveno varstvo, ni diskriminatoren.
- 45 Vendar je Sodišče že večkrat razsodilo, da člen 56 PDEU nasprotuje uporabi vsakršne nacionalne ureditve, katere posledica je, da opravljanje storitev med državami članicami postane težje od opravljanja storitev izključno znotraj države članice, in da so nacionalni ukrepi, ki prepovedujejo, ovirajo ali zmanjšujejo privlačnost uresničevanja svobode opravljanja storitev, omejitve te svobode (glej v tem smislu sodbo z dne 26. septembra 2024, Nord Vest Pro Sani Pro, C-387/22, EU:C:2024:786, točki 39 in 40 ter navedena sodna praksa).
- 46 Natančneje, nacionalna ureditev je ovira za svobodo opravljanja storitev, če kljub temu, da osebam, ki so vključene v javni sistem zdravstvenega zavarovanja, neposredno ne preprečuje, da se obrnejo na ponudnika zdravstvenih storitev s sedežem v drugi državi članici, odvratilno vpliva na uporabo čezmejnih zdravstvenih storitev (glej v tem smislu sodbo z dne 6. oktobra 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate in Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, točka 48 in navedena sodna praksa).
- 47 Z romunsko ureditvijo pa je s tem, da se od osebe, vključene v romunski sistem socialne varnosti, za povračilo stroškov zdravstvenega varstva, zagotovljenega v drugi državi članici, zahteva, da opravi zdravniški pregled pri zdravniku iz romunskega javnega sistema zdravstvenega zavarovanja, in da po tem pregledu od tega zdravnika pridobi dokument o odobritvi njene hospitalizacije, čeprav v okviru čezmejnega bolnišničnega zdravljenja najpogosteje tak pregled opravi in tak dokument običajno izda zdravstveni delavec, ki deluje v državi članici, na ozemlju katere bo zagotovljeno zdravstveno varstvo, določen pogoj, ki lahko odvratilno vpliva na uporabo čezmejnih zdravstvenih storitev.
- 48 Iz tega izhaja, da je nacionalna ureditev iz postopka v glavni stvari ovira za svobodo opravljanja storitev, zagotovljeno v členu 56 PDEU.
- 49 Zato je treba, na drugem mestu, kot je razvidno iz točke 43 te sodbe, preveriti, ali je lahko ta ovira objektivno upravičena s potrebami za načrtovanje, kot so določene v členu 7(7) Direktive 2011/24, in sicer v zvezi z zagotavljanjem zadostnega in stalnega dostopa do uravnoveženega obsega visokokakovostnega zdravljenja v zadevni državi članici, ali z namenom obvladovanja stroškov in, kolikor je mogoče, preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov.

- 50 V zvezi s tem je treba navesti tudi, da iz ustaljene sodne prakse izhaja, da je – tudi če se predpostavi, da je navedena ovira glede na take potrebe upravičena – dopustna le, če je primerna za zagotovitev uresničitve navedene potrebe in če ne presega tega, kar je nujno za doseg te potrebe (glej v tem smislu sodbo z dne 21. junija 2016, *New Valmar*, C-15/15, EU:C:2016:464, točka 48 in navedena sodna praksa).
- 51 V obravnavanem primeru je iz predložitvene odločbe razvidno, da je cilj romunske ureditve zagotoviti finančno ravnotežje nacionalnega sistema socialne varnosti, pri čemer se je zavod za zdravstveno zavarovanje pred predložitvenim sodiščem skliceval tudi na nujnost obvladovanja stroškov in preprečevanja odvečne porabe finančnih virov.
- 52 V zvezi s tem je treba opozoriti, da se lahko v skladu s členom 7(4) Direktive 2011/24 za sistem povračila stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo, določen v tem členu, določi dvojna omejitev. Po eni strani se to povračilo izračuna na podlagi tarif, ki veljajo za zdravstveno varstvo v državi članici zdravstvenega zavarovanja. Po drugi strani, če je višina stroškov zdravstvenega varstva, zagotovljenega v državi članici gostiteljici, nižja od višine stroškov zdravstvenega varstva v državi članici zdravstvenega zavarovanja, navedeno povračilo ne presega dejanskih stroškov prejetega zdravstvenega varstva. Zato zdravstveni sistem države članice zdravstvenega zavarovanja ne more biti izpostavljen tveganju dodatnih stroškov v zvezi s kritjem stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva v okviru Direktive 2011/24, kot je to potrjeno v uvodni izjavi 29 te direktive, v kateri je izrecno navedeno, da to kritje stroškov ne sme imeti bistvenega učinka na financiranje nacionalnih sistemov zdravstvenega varstva (glej v tem smislu sodbo z dne 29. oktobra 2020, *Veselības ministrija*, C-243/19, EU:C:2020:872, točke od 73 do 76).
- 53 Zato splošni cilj ohranitve finančnega ravnotežja sistema socialne varnosti nikakor ne more glede na člen 7(7) Direktive 2011/24 upravičiti pogoja, s katerim se od zavarovane osebe zahteva zdravniški pregled, ki ga opravi zdravnik iz javnega zdravstvenega sistema ali sistema zdravstvenega zavarovanja države članice zdravstvenega zavarovanja in zaradi katerega ta zdravnik izda dokument o odobritvi hospitalizacije te osebe.
- 54 Poleg tega je treba, čeprav ni mogoče izključiti, da ta pogoj omogoča obvladovanje stroškov in, kolikor je mogoče, preprečevanje odvečne porabe finančnih virov, do katerega bi prišlo zaradi nepotrebnih hospitalizacij, ki bi jih predpisali zdravniki, ki zato, ker ne spadajo v javni zdravstveni sistem ali sistem zdravstvenega zavarovanja države članice zdravstvenega zavarovanja, ne bi bili zavezani upoštevati potrebe po obvladovanju javnih izdatkov, vsekakor ugotoviti, da tak pogoj očitno ni v skladu z načelom sorazmernosti, na katero je bilo opozorjeno v točki 50 te sodbe. Kot je namreč Evropska komisija poudarila v pisnem stališču, bi lahko romunski zakonodajalec vzel v obzir manj omejevalne ukrepe, kot je uvedba postopka za sprejem enakovrednih zdravniških potrdil ali poročil v povezavi s preverjanjem razpoznavne pravilnosti diagnoze in primernosti predlaganega zdravljenja.
- 55 Zato nacionalna ureditev iz postopka v glavni stvari v delu, v katerem od zavarovane osebe za povračilo stroškov čezmejnega zdravljenja zahteva zdravniški pregled, ki ga opravi zdravnik iz javnega sistema zdravstvenega zavarovanja države članice zdravstvenega zavarovanja in zaradi katerega ta zdravnik izda dokument o odobritvi hospitalizacije te osebe, vsebuje oviro za svobodo opravljanja storitev, ki je na podlagi člena 7(7) Direktive 2011/24 v povezavi s členom 56 PDEU ni mogoče upravičiti.

- 56 Glede na vse te preudarke je treba na prvo vprašanje odgovoriti, da je treba člen 7(7) Direktive 2011/24 v povezavi s členom 56 PDEU razlagati tako, da nasprotuje nacionalni ureditvi, ki povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, ki so nastali zavarovani osebi, v državi članici zdravstvenega zavarovanja pogojuje z zdravniškim pregledom, ki ga opravi zdravnik iz javnega sistema zdravstvenega zavarovanja te države in zaradi katerega ta zdravnik izda dokument o odobritvi hospitalizacije te osebe.

Drugo vprašanje

- 57 Na prvem mestu, opozoriti je treba, da je v skladu z ustaljeno sodno prakso v okviru sodelovanja med Sodiščem in nacionalnimi sodišči, uvedenega s členom 267 PDEU, le nacionalno sodišče, ki odloča o sporu in ki mora prevzeti odgovornost za sodno odločbo, ki bo izdana, pristojno, da ob upoštevanju posebnosti zadeve presodi potrebo po predhodni odločbi, da bi lahko izdalo sodbo, in tudi upoštevnost vprašanj, ki jih postavi Sodišču. Zato Sodišče, kadar se zastavljena vprašanja nanašajo na razlago prava Unije, načeloma mora odločiti (sodbi z dne 29. novembra 1978, Redmond, 83/78, EU:C:1978:214, točka 25, in z dne 20. marca 2025, Arce, C-365/23, EU:C:2025:192, točka 38 in navedena sodna praksa).
- 58 Iz tega izhaja, da za vprašanja v zvezi s pravom Unije velja domneva upoštevnosti. Sodišče lahko odločanje o vprašanju za predhodno odločanje, ki ga zastavi nacionalnega sodišče, zavrne samo, če je očitno, da zahtevana razlaga prava Unije nima nobene zveze z dejanskim stanjem ali predmetom spora o glavni stvari, če je problem hipotetičen ali če Sodišče nima na voljo dejanskih in pravnih elementov, ki so potrebni, da bi lahko na zastavljena vprašanja dalo koristne odgovore (glej sodbo z dne 20. marca 2025, Arce, C-365/23, EU:C:2025:192, točka 38 in navedena sodna praksa).
- 59 V obravnavanem primeru se drugo vprašanje med drugim nanaša na razlago Uredbe št. 1408/71, ki je bila razveljavljena in nadomeščena z Uredbo št. 883/2004, medtem ko se je prvo vprašanje nanašalo na razlago Direktive 2011/24.
- 60 V zvezi z razmerjem med Direktivo 2011/24 na eni strani in Uredbo št. 883/2004 na drugi strani pa je treba poudariti, da je v uvodni izjavi 30 te direktive navedeno, da se zaradi koherentnosti uporabi bodisi ta direktiva bodisi uredbi Unije o koordinaciji sistemov socialne varnosti, med katerima je Uredba št. 883/2004. Poleg tega je v uvodni izjavi 31 Direktive 2011/24 pojasnjeno, da bi morala država članica zdravstvenega zavarovanja pacienta, če je ta upravičen do čezmejnega zdravstvenega varstva v skladu s to direktivo in hkrati z Uredbo št. 883/2004 ter je uporaba navedene uredbe zanj bolj ugodna, na to opozoriti.
- 61 Zato je vprašanje uporabe Uredbe št. 883/2004 ali Direktive 2011/24 v nekem dejanskem položaju odvisno od izbire zavarovane osebe in od dolžnosti države članice zdravstvenega zavarovanja, da pacientu svetuje glede te izbire. Kar zadeva presojo dejanskega stanja, Sodišča ni pristojno, da se izreče o uporabi enega ali drugega od teh aktov Unije za spor o glavni stvari.
- 62 Ob upoštevanju domneve upoštevnosti, ki velja za drugo vprašanje, kot izhaja iz sodne prakse, na katero je bilo opozorjeno v točki 58 te sodbe, mora Sodišče zato to vprašanje preučiti z vidika Uredbe št. 883/2004, da bi predložitvenemu sodišču dalo koristen odgovor, pri čemer pa je treba pojasniti, da bo moralo to sodišče glede na pojasnila, navedena v točkah 60 in 61 te sodbe, preveriti, ali se ta uredba uporabi za položaj tožeče stranke iz postopka v glavni stvari, saj njene uporabe za isto storitev zdravstvenega varstva ni mogoče kumulirati z uporabo Direktive 2011/24.

- 63 Na drugem mestu, opozoriti je treba, da mora Sodišče v skladu z ustaljeno sodno prakso v okviru postopka sodelovanja med nacionalnimi sodišči in Sodiščem, uvedenega s členom 267 PDEU, nacionalnemu sodišču dati koristen odgovor, ki mu omogoča rešitev spora, o katerem odloča. S tega vidika mora Sodišče po potrebi preoblikovati vprašanje, ki mu je bilo predloženo. Poleg tega lahko Sodišče presodi, da je treba upoštevati določbe prava Unije, na katere se nacionalno sodišče v besedilu svojega vprašanja ni sklicevalo (sodbi z dne 17. julija 1997, Krüger, C-334/95, EU:C:1997:378, točki 22 in 23, in z dne 15. julija 2021, Ministrstvo za obrambo, C-742/19, EU:C:2021:597, točka 31 in navedena sodna praksa).
- 64 V obravnavanem primeru je treba po eni strani ugotoviti, da se za spor o glavni stvari *rationae temporis* ne uporablja Uredba št. 1408/71, ampak Uredba št. 883/2004. Po drugi strani, kot je bilo navedeno v točki 29 te sodbe, predlog za sprejetje predhodne odločbe ne vsebuje nobenega elementa, na podlagi katerega bi bilo mogoče šteti, da položaj iz postopka v glavni stvari spada na področje uporabe člena 49 PDEU.
- 65 V teh okoliščinah je treba drugo vprašanje preoblikovati in šteti, da to sodišče z njim v bistvu sprašuje, ali je treba člen 20(1) in (2) Uredbe št. 883/2004 v povezavi s členom 56 PDEU razlagati tako, da nasprotuje nacionalni ureditvi, v skladu s katero je, kadar zavarovana oseba ni pridobila predhodne odobritve, ki se zahteva za to, da bi bile zanjo opravljene nekatere čezmejne zdravstvene storitve, znesek njihovega povračila s strani države članice zdravstvenega zavarovanja omejen na znesek, določen v sistemu zdravstvenega zavarovanja te države, pri čemer se za to uporabi način izračuna, ki znatno omejuje znesek tega povračila v primerjavi s stroški, ki so zavarovani osebi dejansko nastali v državi članici, v kateri ji je bilo zagotovljeno navedeno zdravstveno varstvo.
- 66 V zvezi s tem je treba opozoriti, da mora v skladu s členom 20(1) Uredbe št. 883/2004, če v tej uredbi ni določeno drugače, zavarovana oseba, ki potuje v drugo državo članico od tiste, v kateri ima stalno prebivališče, da bi prejela storitve med začasnim bivanjem, za odobritev zaprositi pristojnega nosilca.
- 67 V skladu s členom 20(2), drugi stavek, te uredbe mora pristojni nosilec to odobritev obvezno izdati, če sta izpolnjena oba pogoja, ki sta določena v tem členu (sodba z dne 6. oktobra 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate in Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, točka 30 in navedena sodna praksa).
- 68 V skladu s prvim stavkom te določbe zavarovana oseba, ki je pridobila to odobritev, prejme storitve, ki jih v imenu pristojnega nosilca zagotovi nosilec v kraju začasnega prebivališča v skladu z določbami zakonodaje, ki jo uporablja, kakor da bi bila oseba zavarovana po navedeni zakonodaji.
- 69 Ker pa uporaba člena 20 Uredbe št. 883/2004 za določen položaj ne izključuje, da ta položaj spada na področje uporabe določb o svobodi opravljanja storitev in v obravnavanem primeru člena 56 PDEU, je treba ta člen 20 razlagati glede na to določbo Pogodbe DEU in z njo povezano sodno prakso Sodišča (sodba z dne 6. oktobra 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate in Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, točka 32 in navedena sodna praksa).
- 70 Sodišče pa je opredelilo dva primera, v katerih je zavarovana oseba, čeprav odobritev ni bila izdana pred začetkom načrtovanega zdravljenja v državi članici začasnega prebivališča, upravičena, da od pristojnega nosilca dobi neposredno povračilo zneska, ki je enak znesku, ki bi ga običajno kril ta nosilec, če bi zavarovana oseba to odobritev imela.

- 71 V prvem primeru je zavarovana oseba upravičena do takega povračila, kadar je bilo po tem, ko ji je pristojni nosilec vloženo prošnjo za odobritev zavrnil, bodisi s strani samega pristojnega nosilca bodisi s sodno odločbo ugotovljeno, da ta zavrnitev ni bila utemeljena (sodba z dne 6. oktobra 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate in Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, točka 38 in navedena sodna praksa).
- 72 V drugem primeru je zavarovana oseba upravičena do takega povračila, kadar iz razlogov v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem ali potrebo po urgentnem zdravljenju v bolnišnici ni mogla zaprositi za tako odobritev ali ni mogla čakati na odločitev pristojnega nosilca o vloženi prošnji za odobritev. Sodišče je v zvezi s tem presodilo, da nacionalna ureditev, ki v vseh primerih izključuje kritje bolnišnične oskrbe, prejete v drugi državi članici brez predhodne odobritve, zavarovano osebo prikrajša za kritje te oskrbe, čeprav bi bili pogoji za tako kritje sicer izpolnjeni. Taka ureditev, ki je ne bi bilo mogoče upravičiti z nujnimi razlogi v splošnem interesu in ki nikakor ne bi izpolnjevala zahteve po sorazmernosti, zato pomeni neutemeljeno omejitev svobode opravljanja storitev (sodba z dne 6. oktobra 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate in Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, točka 39 in navedena sodna praksa).
- 73 Zavarovane osebe, ki v državo članico, ki ni država zavarovanja, da bi tam prejele bolnišnično oskrbo, odidejo, ne da bi zaprosile za zahtevano predhodno odobritev in jo pridobile, ali če je zavrnitev predhodne odobritve utemeljena, lahko na podlagi člena 56 PDEU zahtevajo kritje stroškov navedene oskrbe le v mejah kritja, ki ga zagotavlja sistem zdravstvenega zavarovanja države članice zdravstvenega zavarovanja (glej v tem smislu sodbi z dne 5. oktobra 2010, Elčinov, C-173/09, EU:C:2010:581, točka 80 in navedena sodna praksa, ter z dne 23. septembra 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Čezmejno zdravstveno varstvo), C-777/18, EU:C:2020:745, točka 63).
- 74 Sodišče je v zvezi s tem pojasnilo tudi, da nič ne nasprotuje temu, da država članica določi zneske povračila, ki jih lahko uveljavljajo pacienti, ki so prejeli oskrbo v drugi državi članici, če ti zneski temeljijo na objektivnih, nediskriminatornih in preglednih merilih (sodba z dne 23. septembra 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Čezmejno zdravstveno varstvo), C-777/18, EU:C:2020:745, točka 64 in navedena sodna praksa).
- 75 Iz zgoraj navedenega izhaja, da ima zavarovana oseba, če je prejela čezmejno zdravstveno varstvo, ne da bi zaprosila za predhodno odobritev, ki se zato zahteva, in jo pridobila, ali kljub temu, da je bila zavrnitev izdaje te odobritve utemeljena, pravico do povračila stroškov navedenega zdravstvenega varstva le v mejah kritja, ki ga zagotavlja sistem zdravstvenega zavarovanja, v katerega je vključena, znesek povračila navedenih stroškov pa lahko ta država članica določi na ravni, ki je nižja od zneska stroškov, ki so tej osebi dejansko nastali, če mehanizem za izračun navedenega zneska temelji na objektivnih, nediskriminatornih in preglednih merilih. V obravnavanem primeru mora predložitveno sodišče preveriti, ali način izračuna, določen z metodološkimi pravili, izpolnjuje te zahteve. Vendar je ta oseba, če iz razlogov v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem ali potrebo po urgentnem zdravljenju v bolnišnici ni mogla zaprositi za tako predhodno odobritev ali ni mogla čakati na odločitev pristojnega nosilca o vloženi prošnji za odobritev, upravičena, da od pristojnega nosilca dobi povračilo zneska, ki je enak znesku, ki bi ga običajno kril ta nosilec, če bi ta oseba to odobritev imela.
- 76 Glede na zgoraj navedene preudarke je treba na drugo vprašanje odgovoriti, da je treba člen 20(1) in (2) Uredbe št. 883/2004 v povezavi s členom 56 PDEU razlagati tako, da ne nasprotuje nacionalni ureditvi, v skladu s katero je, kadar je bila zavarovani osebi utemeljeno zavrnjena predhodna odobritev, ki se zahteva za to, da bi bile zanjo opravljene nekatere čezmejne zdravstvene storitve, znesek njihovega povračila s strani države članice zdravstvenega zavarovanja

omejen na znesek, določen v sistemu zdravstvenega zavarovanja te države, pri čemer se za to uporabi način izračuna, ki znatno omejuje znesek tega povračila v primerjavi s stroški, ki so tej osebi dejansko nastali v državi članici, v kateri ji je bilo zagotovljeno navedeno zdravstveno varstvo, če ta način izračuna temelji na objektivnih, nediskriminatornih in preglednih merilih. Vendar je navedena oseba, če iz razlogov v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem ali potrebo po urgentnem zdravljenju v bolnišnici ni mogla zaprositi za tako predhodno odobritev ali ni mogla čakati na odločitev pristojnega nosilca o vloženih prošnji za odobritev, upravičena, da od pristojnega nosilca dobi povračilo zneska, ki je enak znesku, ki bi ga običajno kril ta nosilec, če bi ta oseba to odobritev imela.

Stroški

- 77 Ker je ta postopek za stranke v postopku v glavni stvari ena od stopenj v postopku pred predložitvenim sodiščem, to odloči o stroških. Stroški za predložitev stališč Sodišču, ki niso stroški omenjenih strank, se ne povrnejo.

Iz teh razlogov je Sodišče (četrti senat) razsodilo:

1. Člen 7(7) Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu v povezavi s členom 56 PDEU

je treba razlagati tako, da

nasprotuje nacionalni ureditvi, ki povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, ki so nastali zavarovani osebi, v državi članici zdravstvenega zavarovanja pogojuje z zdravniškim pregledom, ki ga opravi zdravnik iz javnega sistema zdravstvenega zavarovanja te države in zaradi katerega ta zdravnik izda dokument o odobritvi hospitalizacije te osebe.

2. Člen 20(1) in (2) Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti v povezavi s členom 56 PDEU

je treba razlagati tako, da

ne nasprotuje nacionalni ureditvi, v skladu s katero je, kadar je bila zavarovani osebi utemeljeno zavrnjena predhodna odobritev, ki se zahteva za to, da bi bile zanjo opravljene nekatere čezmejne zdravstvene storitve, znesek njihovega povračila s strani države članice zdravstvenega zavarovanja omejen na znesek, določen v sistemu zdravstvenega zavarovanja te države, pri čemer se za to uporabi način izračuna, ki znatno omejuje znesek tega povračila v primerjavi s stroški, ki so tej osebi dejansko nastali v državi članici, v kateri ji je bilo zagotovljeno navedeno zdravstveno varstvo, če ta način izračuna temelji na objektivnih, nediskriminatornih in preglednih merilih. Vendar je navedena oseba, če iz razlogov v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem ali potrebo po urgentnem zdravljenju v bolnišnici ni mogla zaprositi za predhodno odobritev ali ni mogla čakati na odločitev pristojnega nosilca o vloženih prošnji za odobritev, upravičena, da od pristojnega nosilca dobi povračilo zneska, ki je enak znesku, ki bi ga običajno kril ta nosilec, če bi ta oseba to odobritev imela.

Podpisi