

## Versiune anonimată

C-538/19 - 1

Cauza C-538/19

Cerere de decizie preliminară

**Data depunerii:**

10 iulie 2019

**Instanța de trimitere:**

Curtea de Apel Constanța (România)

**Data deciziei de trimitere:**

4 iulie 2019

**Reclamanți-apelanți:**

TS

UT

VU

**Pârâte-intimate:**

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Casa de Asigurări de Sănătate Constanța

Înregistrat în registrul Curții de Justiție sub nr. <u>1122045</u> Luxemburg,
<b>15 JUL. 2019</b> pentru Grefier,
Fax / E-mail : ..... Depus la : <u>1010419</u> ..... Ramona I. Șereș Administrator

[OMISSIS] CURTEA DE APEL CONSTANȚA

Secția I civilă

[OMISSIS] Părțile din proces:

**Apelanți reclamanți:**

TS [OMISSIS]

UT [OMISSIS]

RO

VU [OMISSIS]

**Intimați pârâți:**

**Casa Națională de Asigurări de Sănătate [OMISSIS]**

**Casa de Asigurări de Sănătate Constanța [OMISSIS]**

### **CERERE DE HOTĂRÂRE PRELIMINARĂ**

Curtea de Apel Constanța, din oficiu, față de cele dispuse prin încheierea de ședință din 25 iunie 2019, în temeiul articolului 267 din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene (TFUE), solicită

### **CURȚII DE JUSTIȚIE A UNIUNII EUROPENE**

[OMISSIS] Să răspundă la următoarele întrebări preliminare care privesc interpretarea articolului 56 TFUE și a articolului 20 alineatele (1) și (2) din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială [OMISSIS]:

1. Dacă se asimilează unei situații de urgență, în sensul care rezultă din paragraful 45 al hotărârii din cauza C-173/09 (Elchinov), sau dacă reprezintă un caz de împiedicare obiectivă de a solicita autorizarea prevăzută de articolul 20 alineatele (1) și (2) din Regulamentul (CE) nr. 883/2004, care poate sta la baza rambursării integrale a cheltuielilor ocazionate de primirea unui tratament medical adaptat (îngrijiri spitalicești) în alt stat membru decât cel de reședință al asiguratului, faptul că procedeul terapeutic agreat de acesta a fost prescris numai de către un medic din alt stat membru decât cel de reședință al asiguratului, în condițiile în care diagnosticul și faptul în sine al necesității aplicării de urgență a unui tratament au fost confirmate de medicul aparținând sistemului de asigurări de sănătate al statului membru de reședință, care însă a recomandat un alt procedeu terapeutic, în raport cu care procedeul terapeutic agreat din motive care se pot califica drept pertinente de către persoana asigurată prezintă cel puțin același grad de eficacitate, dar are avantajul că nu generează un handicap. **[OR. 2]**

2. În cazul unui răspuns afirmativ la prima întrebare, dacă persoana asigurată care, după ce i-au fost stabilite, de către un medic din cadrul sistemului de asigurări de sănătate al statului membru de reședință, diagnosticul și un procedeu terapeutic pe care, din motive care se pot califica drept pertinente, nu îl agreează, se deplasează în alt stat membru spre a solicita o a doua opinie medicală, iar aceasta este în sensul aplicării unui alt procedeu terapeutic, care prezintă cel puțin același grad de eficacitate, dar are avantajul că nu generează un handicap, procedeul pe care persoana asigurată îl agreează și care întrunește cerințele prevăzute de articolul 20 alineatul (2) teza a II-a din Regulamentul (CE) nr. 883/2004, mai este ținută, pentru a beneficia de rambursarea costurilor ocazionate de cel din urmă procedeu terapeutic, de solicitarea autorizării prevăzute de articolul 20 alineatul (1) din acest regulament.

2

Versiune anonimată

3. Dacă articolul 56 TFUE și articolul 20 alineatele (1) și (2) din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 se opun unei legislații naționale care, pe de o parte, condiționează autorizarea din partea instituției competente a primirii unui tratament adaptat (îngrijiri spitalicești) în alt stat membru decât cel de reședință de întocmirea unui raport medical numai de către un medic care activează în cadrul sistemului de asigurări de sănătate al statului membru de reședință, avizat de medicul-șef al instituției competente din acest stat, inclusiv în cazul în care procedeul terapeutic agreat de persoana asigurată, din motive care se pot califica drept pertinente în condițiile în care are avantajul că nu generează un handicap, este prescris numai de către un medic din alt stat membru, cu titlul unei a doua opinii medicale, iar pe de altă parte nu garantează, în cadrul unei proceduri accesibile și previzibile, analizarea efectivă, din punct de vedere medical, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate din statul de reședință, a posibilității aplicării celei de-a doua opinii medicale emise în alt stat membru.

4. În cazul unui răspuns afirmativ la prima și a treia întrebare, dacă persoana asigurată, respectiv succesorii acesteia, condiționat de îndeplinirea celor două cerințe prevăzute de articolul 20 alineatul (2) teza a II-a din Regulamentului (CE) nr. 883/2004, sunt îndreptățiți să obțină de la instituția competentă din statul de reședință al persoanei asigurate rambursarea integrală a cheltuielilor ocazionate de procedeul terapeutic aplicat în alt stat membru.

#### **Descrierea litigiului:**

1. La 21 septembrie 2016, reclamantii au sesizat Tribunalul Constanța, Secția I civilă, cu o acțiune formulată în contradictoriu cu pârâtele prin care au solicitat obligarea acestora la plata în solidar a sumei de 85 000 de euro, reprezentând contravaloarea tratamentului medical acordat în străinătate autorului lor, ZY, precum și a cheltuielilor de judecată.
2. În motivarea cererii, reclamantii au arătat că, la 22 martie 2013, ZY a fost diagnosticat cu cancer în stare avansată, pentru care i-a fost prescris un tratament chirurgical urgent pentru extirparea a două treimi din limbă. La recomandarea unui medic, acesta a contactat o clinică din Austria, din partea căreia a primit o opinie medicală diferită, în sensul necesității aplicării urgente a unui tratament constând în radioterapie, chimioterapie și imunoterapie, abia apoi urmând a se examina utilitatea intervenției chirurgicale. Întrucât era asigurat în sistemul de asigurări de sănătate, a solicitat acordarea formularului E 112 în cadrul unei audiențe la Casa de Asigurări de Sănătate Constanța în vederea suportării de către aceasta a contravalorii tratamentului în străinătate, dar i s-a impus prezentarea unei opinii medicale în sensul că asiguratul nu poate fi tratat în România, medicii fiind, potrivit acestuia, „reticenți datorită sistemului în care funcționează și care suferă de deficiențe atât punctuale, cât și de ansamblu”. Pacientul a acceptat prescripțiile medicale ale specialiștilor de la clinica austriacă, dar, în pofida tratamentului acordat, a decedat la 12 iulie 2014. Reclamantii au estimat cheltuielile ocazionate de tratamentul acordat în străinătate la 150 000 de euro, din

care 15 000 de euro reprezintă cheltuieli de cazare și transport, iar suma de 50 000 de euro a fost [OR. 3] suportată de o societate la care autorul lor era acționar, suma pretinsă reprezentând diferența de 85 000 euro.

3. Prin întâmpinare înregistrată la 19 octombrie 2016, pârâta Casa de Asigurări de Sănătate Constanța a solicitat respingerea acțiunii ca neîntemeiată, arătând că, deși termenul de emitere a formularului E 112 este scurt, de 5 zile lucrătoare, autorul reclamanților a ales să primească servicii medicale în străinătate și că, în cadrul unei audieri, i-a precizat acestuia că, în cazul în care va suporta contravaloarea serviciilor medicale, se va aplica articolul 8 din Normele metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, aprobate prin Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009.
4. Prin întâmpinare înregistrată la 20 octombrie 2016, pârâta Casa Națională de Asigurări de Sănătate a solicitat respingerea acțiunii ca neîntemeiată, arătând că deplasarea pacientului ZY în Austria s-a făcut în scop terapeutic, la cererea acestuia, în mod planificat, împrejurare ce justifică rambursarea potrivit articolului 8 din Normele metodologice aprobate prin Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009, la nivelul tarifelor din România. Potrivit acestei pârâte, Casa de Asigurări de Sănătate Constanța a dat curs solicitărilor pacientului ZY, emițând solicitări pentru prevedere bugetară care au primit avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, procedându-se la alocarea fondurilor necesare finalizării procedurii de rambursare a sumei de 38 370,70 lei.
5. La 17 februarie 2017, pârâta Casa de Asigurări de Sănătate Constanța a depus la dosarul primei instanțe ordinea de plată nr. 31170-31172/14 noiembrie 2016, din care rezultă plata către reclamanta TS a sumei totale de 38 370,70 lei.
6. Prin sentința civilă [din] [OMISSIS] 24 octombrie 2018, Tribunalul Constanța, Secția I civilă, a respins acțiunea ca nefondată, reținând că, „în contextul faptic ce a determinat efectuarea investigațiilor și tratamentelor medicale într-un alt stat membru decât cel de domiciliu, fără a solicita autorizarea prealabilă de către Casa de Asigurări de Sănătate, solicitările reclamanților nu pot fi analizate decât prin prisma articolului 7<sup>1</sup> din Ordinul nr. 729/2009”. Tribunalul a constatat în acest sens că „reclamanții sunt îndreptățiți a primi rambursarea acestor cheltuieli, nu însă în integralitatea lor, ci în cuantumul determinat prin legislația națională, iar în acest context, se constată că pârătele au aprobat și au efectuat plata contravalorii sumelor pe care reclamanții le-au solicitat cu titlul de cheltuieli medicale, în conformitate cu dispozițiile articolului 7 alineatele (8)-(12) din Normele metodologice aprobate prin Ordinul nr. 729/2009”.
7. La 3 decembrie 2018, reclamanții au formulat apel, care a fost înregistrat la Curtea de Apel Constanța, Secția I civilă (instanța de trimitere), la 20 decembrie 2018.

8. Prin cererea de apel, reclamanții susțin că statuarea primei instanțe în sensul că, în situațiile în care formularul E 112 nu a fost emis, rambursarea cheltuielilor este întotdeauna limitată la nivelul tarifelor naționale este contrară hotărârilor Curții de Justiție a Uniunii Europene din cauzele Elchinov și Luca. Doar în raport cu recomandarea sistemului român de asigurări de sănătate, constând în tratamentul chirurgical, se putea obține formularul E 112, iar nu și pentru o altă recomandare medicală provenind din alt stat membru. Pacientul român, pentru același diagnostic, a urmat în străinătate un alt tratament decât cel prescris de medicii români, opus diametral acestuia ca abordare medicală și considerat de medicii legiști ca oportun și eficient. În opinia reclamanților, dacă medicii din sistemul de sănătate al altui stat membru recomandă o altă abordare pentru același diagnostic, iar aceasta este considerată oportună și eficientă, atunci pacientul român are dreptul la rambursarea integrală din partea sistemului său național.
9. Prin întâmpinări depuse în apel, cele două părâte au reiterat în esență apărările formulate în fața primei instanțe. [OR. 4]
10. Curtea de Apel a pus în discuție din oficiu necesitatea sesizării Curții de Justiție a Uniunii Europene cu cele patru întrebări preliminare [OMISSIS].
11. Reclamanții au fost de acord cu sesizarea și cu cele patru întrebări formulate de Curtea de Apel [OMISSIS].
12. Pârâtele s-au opus sesizării Curții de Justiție a Uniunii Europene, apreciind că articolul 20 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 nu este aplicabil în cauză; în acest sens, au susținut că autorul reclamanților, ZY, nu a fost autorizat de instituția competentă – Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, să plece la tratament în Austria, întrucât nu a solicitat acest lucru, respectiv nu a înaintat la casa de asigurări de sănătate nicio cerere pentru eliberarea documentului S2/E 112, nici înainte de plecarea în Austria, nici ulterior sosirii acolo, pe considerente de forță majoră.
13. Prin încheierea din 25 iunie 2019, Curtea de Apel a dispus sesizarea Curții de Justiție a Uniunii Europene cu întrebările preliminare menționate în debutul prezentului înscris, apreciindu-le necesare soluționării cauzei. În acest sens, Curtea de Apel a reținut că aspectul aplicabilității în speță a articolului 20 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004, așa cum a fost interpretat prin hotărârea Curții de Justiție din 5 octombrie 2010 din cauza C-173/09 (Elchinov), constituie esența fondului pretențiilor reclamanților. Aceștia se prevalează de imposibilitatea de a solicita și a obține autorizarea prealabilă a efectuării tratamentului în Austria, din cauza faptului că acest tratament a fost prescris numai de medicii din Austria, în condițiile în care el prezenta avantajul, spre deosebire de tratamentul prescris de medicul curant afiliat sistemului public de asigurări de sănătate din România, de a nu genera un handicap. Din raportul de expertiză medico-legală efectuat în cauză rezultă că diferența dintre cele două opinii medicale are la bază „*propedeutica chirurgicală și oncologică a fiecărei țări în parte*”, adică diferențe de ordin științific medical existente între statele membre ale Uniunii Europene. Relevanța

acestor diferențe în ceea ce privește înțelegerea și aplicarea științei medicale la nivelul statelor membre, din perspectiva aplicabilității articolului 56 TFUE și a articolului 20 alineatele (1) și (2) din Regulamentul (CE) nr. 883/2004, mai ales în contextul în care procedeul terapeutic aplicat în alt stat membru decât cel de reședință al asiguratului și pentru care acesta optează prezintă avantajul că nu generează un handicap, constituie o chestiune suficient de sensibilă și de dificilă pentru a justifica solicitarea unei interpretări obligatorii din partea Curții de Justiție a Uniunii Europene, prin care să se asigure interpretarea și aplicarea unitară și previzibilă a acestor prevederi ale dreptului Uniunii Europene.

**Situația de fapt reținută de instanța de trimitere:**

14. Reclamanții TS, UT și VU sunt moștenitorii legali (soția supraviețuitoare, respectiv cei doi fii) ai defunctului ZY, decedat la 12 iulie 2014 [OMISSIS].
15. Autorul reclamanților, ZY, a avut calitatea de asigurat în cadrul sistemului public de asigurări de sănătate din România, gestionat de cele două părâte. De asemenea, a avut domiciliul în România.

Pârâta Casa Națională de Asigurări de Sănătate administrează și gestionează sistemul public român de asigurări sociale de sănătate și are în subordine pe pârâta Casa de Asigurări de Sănătate Constanța.

16. În urma internării la Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța în perioada 22-27 martie 2013, autorul reclamanților, ZY, a fost diagnosticat la 28 martie 2013 cu [OR. 5] carcinom scuamos invaziv de limbă dorsală, astfel cum rezultă din buletinul anatomo-patologic [din] [OMISSIS] 28 martie 2013.
17. Potrivit susținerilor reclamanților, necontestate de părâte, pacientului i-a fost recomandat de către medicul curant, din cadrul sistemului public român de asigurări de sănătate, un tratament chirurgical de urgență constând în îndepărtarea chirurgicală a două treimi din limbă.
18. Dorind să beneficieze de o a doua opinie medicală, autorul reclamanților, ZY, s-a deplasat în Austria, unde, în urma internării la Confraternität Privatklinik Josefstadt din Viena, Austria, în perioada 10-14 aprilie 2013, i-a fost confirmat diagnosticul de „carcinom la nivelul limbii, avansat local”, cu precizarea că, „datorită stării avansate a tumorii, o intervenție chirurgicală nu este eficientă pentru pacient, ci se recomandă chimioterapia, pentru care este necesară internarea”.
19. Optând pentru tratamentul prescris prin această a doua opinie medicală, autorul reclamanților, ZY, s-a prezentat în audiență la pârâta Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, căutând să obțină formularul E 112 în vederea suportării de către această instituție a contravalorii tratamentului pe care urma să îl primească la Viena. Prin întâmpinarea depusă în fața primei instanțe, pârâta Casa de Asigurări de Sănătate Constanța a confirmat că, în cadrul unei audieri, i-a precizat autorului

reclamanților, ZY, că, în cazul în care va suporta contravaloarea serviciilor medicale, se va aplica articolul 8 din Normele metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, aprobate prin Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009. Altfel spus, urma să se asigure rambursarea cheltuielilor medicale la *nivelul tarifar practicat în cadrul sistemului de asigurări de sănătate din România*, considerându-se că pacientul se deplasează într-un alt stat membru pentru a beneficia de servicii medicale pentru care nu a obținut aprobarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate.

20. După ce a beneficiat de investigații și tratamente medicale constând în radioterapie, chimioterapie și imunoterapie la Confraternität Privatklinik Josefstadt, precum și la Ambulatorium Döbling, ambele din Viena, Austria, autorul reclamanților, ZY, a solicitat Casei de Asigurări de Sănătate Constanța rambursarea cheltuielilor medicale, pe cale administrativă, prin cererile [din] [OMISSIS] 24 septembrie 2013 și [din] [OMISSIS] 4 iunie 2014.
21. În acest sens, la dosarul cauzei au fost depuse facturi și dovezi de plată, necontestate de către pârâte, acoperind cuantumul pretențiilor formulate în cauză: [OMISSIS].[sunt enumerate 16 facturi] **[OR. 6]**
22. În cadrul judecății în primă instanță, a fost administrată proba cu expertiză medico-legală, din raportul de expertiză întocmit de Serviciul Județean de Medicină Legală Constanța, rezultând următoarele concluzii: „1. Pe baza documentelor medicale prezentate în dosarul cauzei, gravitatea maladiei [lui] ZY, diagnostic confirmat în urma biopsiei linguale, prin buletin anatomo-patologic [din] [OMISSIS] 22 martie 2013, efectuat în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Constanța, cu un carcinom scuamos, invaziv, ulcerat, de limbă dorsală, poate fi asimilată termenului de sever; 2. Ținând cont de stadiul avansat al tumorii și de invazia zonelor învecinate, era imperativ necesară o decizie medicală întărită de acceptarea pacientului în vederea respectării autonomiei acestuia, ca principiu de bază în relația medic-pacient. *Alegerea procedurii terapeutice este de asemenea susținută în funcție de propedeutica chirurgicală și oncologică a fiecărei țări în parte, neconstituind o abordare unitară*; 3. Metoda terapeutică, acceptată și agreată de pacient (radioterapie, chimioterapie, imunoterapie) în pofida celei chirurgicale recomandate de medicii români și pusă în practică de cadrele din cadrul Confraternität Privatklinik Josefstadt din Viena, prezintă caracter terapeutic, cu avantajul de a prezerva anatomia normală a regiunii, cât și funcționarea fiziologică a limbii, și poate fi asimilată termenilor de «oportun și eficient», ținând cont că, în acest caz rezultatele tratamentelor nu sunt previzibile. Conform datelor din literatura de specialitate, rata de supraviețuire în neoplasmale linguale cu diseminări locoregionale este de sub 30 % pe o perioadă mai mică sau egală cu 5 ani.”
23. Prin ordinele de plată nr. 31170-31172/14 noiembrie 2016, pârâta Casa de Asigurări de Sănătate Constanța a plătit reclamantei TS suma totală de 38 370,70

lei (echivalentul la data plății a 8 235,82 euro), reprezentând contravaloarea cheltuielilor aferente investigațiilor și tratamentelor medicale de care a beneficiat în Austria autorul reclamațiilor, ZY, calculate la *nivelul tarifelor practicate în cadrul sistemului public român de asigurări de sănătate*. În acest sens, pârâta a făcut aplicarea articolului 8 din Normele metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, aprobate prin Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 545/5 august 2009. Pretențiile reclamațiilor nu se bazează pe această dispoziție națională, care are ca ipoteză opțiunea unui asigurat de a beneficia în străinătate de un tratament de care ar putea beneficia în România. Reclamanții solicită rambursarea integrală a cheltuielilor ocazionate de tratamentul medical aplicat în Austria, cu excepția părții deja recuperate, astfel cum rezultă din descrierea acțiunii; astfel, din perspectiva pretențiilor formulate în cauză, plata sumei de 38 370,70 lei reprezintă doar o plată parțială a sumei deduse judecării.

#### **Dispoziții naționale aplicabile:**

24. Statutul juridic al pârâtelor este reglementat de articolul 276 și articolul 277 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652/28 august 2015, din care se rețin următoarele prevederi relevante în cauză:

„Art. 276 – (1) CNAS [Casa Națională de Asigurări de Sănătate], instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, este organ de specialitate al administrației publice centrale, care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate, are sediul în municipiul București, Calea Călărașilor nr. 248, sectorul 3.

(2) În domeniul sanitar, CNAS asigură aplicarea politicilor și programelor Guvernului în coordonarea Ministerului Sănătății. **[OR. 7]**

(3) CNAS are ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România și are în subordine casele de asigurări de sănătate județene și Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. [...]

„Art. 277 – (1) Casele de asigurări sunt instituții publice, cu personalitate juridică, cu bugete proprii, în subordinea CNAS. [...]

25. În dreptul intern, autorizarea deplasării în alt stat membru în scopul de a primi un tratament adaptat stării de sănătate a pacientului (emiterea certificatului E 112) este reglementată de articolele 39-46 din Normele metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului privind



aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1408/71, probate prin Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 592/2008, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 648/11 septembrie 2008, din care se rețin următoarele prevederi relevante în cauză:

„Articolul 40 – (1) Formularul E 112 se adresează: [...]

b) lucrătorului salariat sau independent și membrilor de familie ai acestuia care sunt autorizați de instituția competentă să se deplaseze într-un alt stat membru cu scopul de a primi tratament medical. [...]

(3) Eliberarea formularului E 112 pentru situația prevăzută la alineatul (1) litera b) nu poate fi refuzată de către instituția competentă dacă tratamentul respectiv se regăsește printre prestațiile acordate în baza legislației statului membru pe al cărui teritoriu își are reședința persoana în cauză, căreia nu i se poate acorda un asemenea tratament în statul membru de reședință în intervalul de timp necesar în mod normal pentru obținerea tratamentului respectiv, luând în considerare starea curentă de sănătate și evoluția probabilă a bolii.”

„Articolul 43 – (1) în vederea obținerii formularului E 112, persoana interesată depune o cerere la casa de asigurări în evidența căreia aceasta este înregistrată ca persoană asigurată.

(2) După efectuarea înregistrării cererii, casa de asigurări procedează la analiza acesteia, după cum urmează: [...]

b) analizează dosarul medical pentru a verifica îndeplinirea condiției prevăzute de articolul 22 alineatul (2) din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71;

c) dacă constată îndeplinirea condițiilor prevăzute la literele a) și b), eliberează formularul E 112.

(3) Termenul maxim de soluționare a cererii de eliberare a formularului E 112 este de 5 zile lucrătoare. [...]

„Articolul 45 – (1) În cazul prevăzut la articolul 40 alineatul (1) litera b), cererea va fi însoțită de următoarele documente: [...]

b) dosarul medical, care va conține, pe lângă înscrisuri medicale, *raportul medical* prevăzut în anexa nr. 10A, din care să rezulte diagnosticul, precum și *recomandarea medicală* pentru efectuarea tratamentului; [...]

(2) Din raportul medical trebuie să rezulte că serviciul medical solicitat face parte din pachetul de servicii de bază de care beneficiază asigurații în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, precum și faptul că acesta nu poate fi

efectuat într-un interval de timp rezonabil în niciuna dintre unitățile sanitare din România, luând în considerare starea curentă de sănătate a persoanei solicitante și evoluția probabilă a bolii. **[OR. 8]**

(3) În raportul medical întocmit de medicul curant trebuie precizat în mod explicit și argumentat motivul pentru care serviciul medical respectiv nu poate fi acordat într-un interval de timp rezonabil în nicio unitate sanitară din România.

(4) *Raportul medical se întocmește de un medic dintr-un spital clinic universitar sau, după caz, județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România. [...]*”

„Articolul 46 – (1) Formularul E 112 se eliberează înainte de plecarea persoanei beneficiare.

(2) Formularul poate fi emis și după plecarea persoanei beneficiare dacă, din motive de forță majoră, nu a putut fi eliberat anticipat. Formularul se eliberează numai dacă nu a fost achitată contravaloarea serviciilor medicale. Din momentul efectuării plății, formularul nu mai produce efectele juridice pentru care este solicitat.

(3) În cazul prevăzut la alineatul (2), casa de asigurări întocmește un referat prin care se argumentează și se justifică situația de forță majoră, document care va sta la baza eliberării formularului E 112.

(4) La întocmirea referatului prevăzut la alineatul (3) se vor detalia *împrejurările de origine externă*, cu caracter extraordinar, absolut imprevizibile și inevitabile, inclusiv împrejurări de natură medicală, care au condus la situația de forță majoră.”

26. Totodată, rambursarea cheltuielilor medicale efectuate în străinătate fără aprobarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate este reglementată de articolul 8 din Normele metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, aprobate prin Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 545/5 august 2009, din care se rețin următoarele prevederi relevante în cauză:

„Articolul 8 – (1) În condițiile în care un asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România se deplasează într-un stat membru al Uniunii Europene cu scopul de a primi tratament medical, fără aprobarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate unde este luat în evidență ca persoană asigurată, acesta suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate.

(2) La solicitarea scrisă a asiguratului, a unui membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau a unei persoane împuternicite de acesta, însoțită de documente justificative, casa de asigurări de sănătate rambursează contravaloarea

serviciilor medicale acordate potrivit alineatului (1) și plătite de acesta, la nivelul tarifelor prevăzute la alineatul (5). [...]

(5) Nivelul la care se realizează operațiunea de rambursare prevăzută la alineatul (4) se stabilește după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu, medicamentele în tratamentul ambulatoriu, precum și dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu: tarife exprimate prin valoarea definitivă a punctului, stabilită în trimestrul anterior datei la care s-a plătit serviciul, tarife maxime, tarife, procent din tarife, prețuri de referință, procent din prețurile de referință, prețuri de decontare, prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului de către asigurat;

b) pentru spitalizarea continuă:  $ICM \times TCP$ , unde ICM este cel mai mare indice de case-mix, aferent spitalelor din România și prevăzut în actele normative care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului de către asigurat, iar TCP este tariful pe caz ponderat al aceluiași spital, aferent aceluiași an;

c) pentru spitalizarea de zi: o treime din suma rezultată în urma aplicării procedurii prevăzute la litera b).

(6) Rambursarea prevăzută la alineatul (4) poate avea loc numai în situația în care serviciul medical acordat într-un stat membru al Uniunii Europene și achitat de către asigurat face parte [OR. 9] din pachetul de servicii de bază din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România. [...]"

Notă: Articolul 8 din Normele metodologice menționate mai sus a fost aplicat în cauză de către pârâte. Această prevedere legală a fost abrogată prin Hotărârea Guvernului nr. 314/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 318/30.04.2014.

27. Articolul 2 din Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 51/29 ianuarie 2003:

„Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale.”

**Dispoziții ale dreptului Uniunii Europene, aplicabile în cauză:**

28. Articolul 56 din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene:

„În conformitate cu dispozițiile ce urmează, sunt interzise restricțiile privind libera prestare a serviciilor în cadrul Uniunii cu privire la resortisanții statelor membre stabiliți într-un alt stat membru decât cel al beneficiarului serviciilor.

Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, pot extinde beneficiul dispozițiilor prezentului capitol la prestatorii de servicii care sunt resortisanți ai unui stat terț și sunt stabiliți în cadrul Uniunii.”

29. Articolul 20 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, JO L 166/30.04.2004, intitulat „Deplasarea în scopul beneficiii de prestații în natură. Autorizația de a primi un tratament adaptat în afara statului membru de reședință”:

„(1) Cu excepția cazului în care prezentul regulament prevede altfel, o persoană asigurată care călătorește în alt stat membru pentru a beneficia de prestații în natură în timpul șederii sale trebuie să solicite autorizarea din partea instituției competente.

(2) Persoana asigurată care este autorizată de către instituția competentă să se deplaseze în alt stat membru în scopul de a primi un tratament adaptat stării sale beneficiază de prestațiile în natură acordate, în numele autorității competente, de către instituția de la locul de ședere, în conformitate cu dispozițiile legislației pe care o aplică, ca și cum ar fi fost asigurată în temeiul legislației menționate. Autorizația se acordă în cazul în care tratamentul respectiv se află printre prestațiile prevăzute de legislația statului membru pe teritoriul căruia este rezidentă persoana în cauză și în cazul în care acestea nu i se poate acorda un astfel de tratament într-un termen justificat din punct de vedere medical, avându-se în vedere starea sa actuală de sănătate și evoluția probabilă a bolii sale. [...]”

30. Articolul 26 din Regulamentul (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, JO L 284/1/30.10.2009, intitulat „Tratamentul programat”:

„(1) În scopul aplicării articolului 20 alineatul (1) din regulamentul de bază, persoana asigurată prezintă un document eliberat de către instituția competentă către instituția de la locul de ședere. În sensul prezentului articol, instituția competentă înseamnă instituția care suportă costurile tratamentului programat; în cazurile menționate la articolul 20 alineatul (4) și articolul 27 alineatul (5) din regulamentul de bază, în care quantumul prestațiilor în natură acordate în statul membru de reședință este rambursat pe baza unor sume fixe, instituția competentă este instituția de la locul de reședință. [...]”

**Jurisprudența relevantă a Curții de Justiție a Uniunii Europene: [OR. 10]**

31. Prin hotărârea Curții de Justiție din 5 octombrie 2010 din cauza C-173/09 (Elchinov), EU:C:2010:581, s-a stabilit că „articolul 49 CE și articolul 22 din Regulamentul nr. 1408/71 se opun reglementării unui stat membru interpretate în sensul că exclude, în toate cazurile, rambursarea cheltuielilor efectuate cu îngrijirile spitalicești acordate fără autorizație prealabilă în alt stat membru” (paragraful 51).
32. În acest sens, Curtea de Justiție a reținut că „o reglementare națională care exclude în toate cazurile rambursarea cheltuielilor efectuate cu îngrijirile spitalicești acordate fără autorizație prealabilă îl privează pe asiguratul social, care, din motive legate de starea sa de sănătate sau de *necesitatea de a primi îngrijiri de urgență* într-o instituție spitalicească, a fost *împiedicat să solicite o astfel de autorizație* sau, precum domnul Elchinov, nu a putut aștepta răspunsul instituției competente, de rambursarea de către această instituție a cheltuielilor efectuate cu îngrijirile menționate, deși condițiile unei astfel de rambursări ar fi îndeplinite” (paragraful 45).
33. Totodată, Curtea de Justiție a stabilit [că], „în ce privește îngrijirile medicale care nu pot fi acordate în statul membru al cărui rezident este asiguratul social, articolul 22 alineatul (2) al doilea paragraf din Regulamentul nr. 1408/71 trebuie interpretat în sensul că o autorizație solicitată în temeiul alineatului (1) litera (c) punctul (i) din același articol nu poate fi refuzată: [...] dacă un tratament alternativ care prezintă același grad de eficacitate nu poate fi aplicat în timp util în statul membru al cărui rezident este asiguratul social” (paragraful 73).
34. În acest sens, Curtea de Justiție a reținut că, „în scopul de a aprecia dacă un tratament care prezintă același grad de eficacitate pentru pacient poate fi obținut în timp util în statul membru al cărui rezident este persoana interesată, instituția competentă este obligată să ia în considerare toate împrejurările care caracterizează fiecare caz concret, ținând seama în mod adecvat nu numai de situația medicală a pacientului la momentul când este solicitată autorizația și, dacă este cazul, *de gradul de suferință sau de natura handicapului acestuia din urmă, care ar putea, de exemplu, să facă imposibilă sau excesiv de dificilă exercitarea unei activități profesionale, ci și de antecedentele acestuia*” (paragraful 66).

**Motivele care au determinat Curtea de Apel să formuleze cererea de decizie preliminară:**

35. Cauza are ca obiect rambursarea integrală a cheltuielilor cu serviciile medicale de care a beneficiat într-un alt stat membru autorul reclamanților, având domiciliul în România și fiind asigurat în cadrul sistemului public român de asigurări de sănătate. Suma solicitată reprezintă diferența dintre cuantumul total al acestor cheltuieli și sumele cu care a fost până în prezent acoperită parțial de către pârâte și de către o societate terță, la care cel în cauză era acționar.

36. Reclamanții au invocat, în sprijinul susținerilor lor, hotărârea Curții de Justiție din cauza Elchinov, din care rezultă că legislația națională nu poate exclude, în toate cazurile, rambursarea cheltuielilor efectuate cu îngrijirile spitalicești acordate fără autorizație prealabilă în alt stat membru. Dimpotrivă, asiguratul este îndreptățit să beneficieze de rambursarea integrală a cheltuielilor efectuate pentru plata serviciilor medicale de care a beneficiat în alt stat membru decât cel de reședință, ca și cum ar fi obținut autorizarea prealabilă din partea instituției competente, dacă sunt îndeplinite cele două condiții prevăzute de articolul 20 alineatul (2) teza a II-a din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 și dacă a fost împiedicat, din cauze obiective, să solicite autorizarea prealabilă din partea instituției competente.
37. În privința primei condiții, ca tratamentul respectiv să se afle printre prestațiile prevăzute de legislația statului membru pe teritoriul căruia este rezidentă persoana în cauză, Curtea de Apel reține că este îndeplinită, faptul nefiind contestat. Pe de o parte, pârâtele au [OR. 11] plătit deja reclamantei TS contravaloarea serviciilor medicale prestate în Austria, la tarifele (mai mici) practicate în România, tocmai pentru că acestea, constând în tratamente de radioterapie, chimioterapie și imunoterapie, fac parte din pachetul de servicii de bază de care beneficiază asigurații în cadrul sistemului public român de asigurări de sănătate. Pe de altă parte, pârâtele au recunoscut același fapt prin precizări scrise formulate în fața instanței de apel.
38. [În ceea ce privește a] doua condiție, ca persoanei în cauză să nu i se poată acorda un astfel de tratament într-un termen justificat din punct de vedere medical, avându-se în vedere starea sa actuală de sănătate și evoluția probabilă a bolii sale, situația de fapt este contestată. Pârâtele susțin că tratamentul medical de care autorul reclamanților a beneficiat în Austria putea fi acordat și în România în timp util, ceea ce reclamanții contestă, invocând existența unor carențe ale sistemului sanitar românesc. Dispozițiile procedurale aplicabile litigiului [OMISSIS] împiedică instanța să statueze, la un moment precum acesta, anterior soluționării cauzei, asupra susținerilor și a apărărilor părților în legătură cu situația de fapt contestată. De aceea, Curtea de Apel se află la acest moment în imposibilitatea de a statua asupra îndeplinirii celei de a doua condiții, ceea ce va putea face abia prin hotărârea definitivă prin care va soluționa cauza în apel.
39. Pentru a lua însă în dezbatere această a doua cerință, Curtea de Apel are mai întâi nevoie să stabilească dacă în cauză sunt incidente împrejurări excepționale care l-au împiedicat pe autorul reclamanților să solicite autorizarea prealabilă pentru tratamentul de care a beneficiat în Austria – chestiune care stă la baza întrebărilor preliminare formulate în cauză.
40. În ceea ce privește cauzele obiective care au împiedicat solicitarea și obținerea unei autorizări prealabile, Curtea de Justiție a reținut în paragraful 45 al hotărârii din cauza Elchinov împrejurări legate de starea de sănătate sau de *necesitatea de a primi îngrijiri de urgență* într-o instituție spitalicească.

41. În cauză, din raportul de expertiză medico-legală întocmit în fața primei instanțe a rezultat că diagnosticul a fost unul sever, iar aplicarea unui tratament medical era, la momentul diagnosticării (28 martie 2013), urgentă.
42. Motivul pentru care autorul reclamanților nu a obținut autorizarea prealabilă nu a fost însă nici imposibilitatea efectuării demersurilor administrative necesare la Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, nici tergiversarea de către aceasta a procedurii de autorizare. El nu a putut să obțină autorizarea prealabilă, întrucât tratamentul în cauză, constând în radioterapie, chimioterapie și imunoterapie, de care dorea să beneficieze, nu a fost prescris de medicul curant din cadrul sistemului public de asigurări de sănătate român, care a stabilit primul diagnosticul, ci doar de medici din Austria, cu titlul unei a doua opinii medicale exprimate în considerarea aceluiași diagnostic.
43. Autorul reclamanților avea dreptul să facă o astfel de opțiune, în detrimentul tratamentului recomandat de medicul curant român, în condițiile în care acesta din urmă ar fi presupus crearea unui handicap ca urmare a îndepărtării unei mari părți din limbă, în vreme ce tratamentul prescris în Austria menținea atât anatomia normală a regiunii, cât și funcționarea fiziologică a limbii. [Punctul] 66 din hotărârea din cauza Elchinov susține acest drept de opțiune, subsumat principiului autonomiei de voință, ca parte componentă a dreptului la protecția vieții private, garantat de articolul 8 din Convenția europeană a drepturilor omului și de articolul 7 din Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene, precum și a dreptului la integritate fizică, garantat de articolul 3 alineatul (2) litera (a) din cartă.
44. O constatare din raportul de expertiză medico-legală a atras în mod special atenția Curții de Apel: „Alegerea procedurii terapeutice este de asemenea susținută în funcție de propedeutica chirurgicală și oncologică a fiecărei țări în parte, neconstituind o abordare [OR. 12] unitară”. Curtea de Apel nu are motive să se îndoiască de această constatare a medicilor legiști, câtă vreme ea ține în sine de știința medicală și nici nu a fost contestată de părți.
45. Astfel, rezultă că nu numai sistemele juridice ale statelor membre sunt, respectiv pot fi, diferite, ci și propedeutica, adică abordarea clinică a diferitor afecțiuni medicale. Între statele membre pot exista așadar diferențe de înțelegere a științei medicale care conduc la practicarea unor tipuri de tratamente diferite pentru același diagnostic. Cauzele acestei distanțări de ordin medical dintre statele membre pot fi culturale (la nivel științific), dar și economice.
46. Aceasta explică faptul că, în cauză, fără a fi incidentă vreo culpă medicală, au existat două opinii medicale diferite în privința tratamentului aplicabil aceluiași diagnostic: în România a fost prescris un tratament care genera un handicap, în vreme ce în Austria a fost prescris un tratament care menținea integritatea și funcționalitatea organului în cauză. Potrivit raportului de expertiză medico-legală întocmit în cadrul judecății în primă instanță, ambele tratamente erau oportune și eficiente. Diferența de abordare medicală nu este însă rezultatul unei simple divergențe de opinii medicale, ci, astfel cum s-a reținut în raportul de expertiză

medico-legală, este urmarea caracterului neunitar, la nivelul fiecărei țări în parte, al propedeuticii chirurgicale și oncologice.

47. Luând ca premisă că autorul reclamanților avea dreptul să aleagă tratamentul prescris în Austria, în virtutea dreptului său la viață privată și a celui la integritate fizică, legislația națională nu îi permitea obținerea unei autorizări prealabile pentru tratamentul prescris în Austria (ca de altfel nici suportarea costurilor acestui tratament în România), pentru că tratamentul în cauză nu a fost prescris de un medic afiliat sistemului public român de asigurări de sănătate.
48. Asiguratul pare să rămână, în aceste condiții, prizonierul propedeuticii sale naționale, știința medicală prezentându-se diferit în funcție de statul membru în care este aplicată. Curtea de Apel are îndoieli că această premisă factuală, care presupune că știința medicală cunoaște granițe interne în cadrul Uniunii Europene, stă cu adevărat la baza coordonării sistemelor de asigurări sociale ale statelor membre, respectiv a libertății de prestare a serviciilor.
49. Dimpotrivă, Curtea de Apel tinde să aprecieze că spiritul dreptului Uniunii Europene este străin perpetuării diferențelor înregistrate între statele membre la nivelul înțelegerii și aplicării științei medicale. Sub acest aspect, nu pot fi ignorate diferențele inerente de ordin economic, logistic și științific dintre sistemele sanitare ale statelor membre. Din motive obiective sau subiective, medicii dintr-o țară pot fi mai buni specialiști, într-un anumit domeniu al științei medicale, decât cei din altă țară. Faptul că există opinii medicale divergente nu dovedește care medici sunt mai buni, dar dovedește că unii pot fi mai buni decât ceilalți.
50. Curtea de Apel exprimă îndoieli că divergența opiniilor medicale poate funcționa ca o limită a libertății de circulație a serviciilor, având în vedere că această libertate fundamentală a fost recunoscută tocmai pentru ca beneficiarii să poată avea acces la servicii de cât mai bună calitate.
51. Câtă vreme un stat membru include un anumit procedeu terapeutic printre prestațiile prevăzute de legislația sa, apare ca fiind discutabil, din perspectiva liberei circulații a serviciilor, sub rezerva dovedirii unei fraude, ca doar faptul în sine că numai medicii din alt stat membru îl prescriu **ar putea** genera în mod automat un tratament diferit față de cazul în care același procedeu terapeutic ar fi fost prescris de medicii afiliați sistemului său sanitar. În speță, pacientul s-a deplasat în alt stat membru decât cel de reședință nu atât pentru că tratamentul în cauză ar fi fost mai bine aplicat acolo, ci pentru că numai acolo i-a fost prescris, deci pentru că nu a avut acces la el în statul membru de reședință, chiar dacă acest stat îl **[OR. 13]** prevedea prin legislația sa, în sensul primei condiții prevăzute de articolul 20 alineatul (2) teza a II-a din Regulamentul (CE) nr. 833/2004.
52. Speța ilustrează, așadar, că, dincolo de orice acuzație de culpă medicală, divergența opiniilor medicale exprimate în state membre diferite se poate afla, *de facto*, în calea libertății de circulație a serviciilor medicale.



53. Curtea de Apel are îndoieli că o divergență de opinii medicale este reductibilă la o rezolvare în termeni de suveranitate a fiecărui stat membru asupra bugetului de asigurări sociale de sănătate, în detrimentul dreptului pacientului de a alege în mod informat între opiniile medicale, având caracter exclusiv științific, care i-au devenit accesibile inclusiv în alt stat membru decât cel de reședință.
54. În speță, este adevărat că, pe parcursul tratamentului în Austria, care a fost aplicat succesiv pe parcursul a mai mult de un an, autorul reclamațiilor nu a revenit niciodată la medicul său curant din România pentru a-i prezenta opinia divergentă a medicilor din Austria și a încerca să-l convingă de justetea celei din urmă opinii, fie spre a continua tratamentul cu radioterapie, chimioterapie și imunoterapie în România, fie spre a solicita autorizarea prealabilă a continuării lui în Austria. În opinia Curții de Apel, relevanța acestei împrejurări este îndoielnică din două motive: pe de o parte, legislația națională nu prevede o procedură de valorificare a unei a doua opinii medicale furnizate în alt stat membru, care să garanteze dreptul pacientului ca medicul său curant să reexamineze, cu finalitatea posibilă a revizuirii, opinia medicală inițial formulată; pe de altă parte, în raportul dintre medic și pacient, prerogativa prescrierii tratamentului revine în exclusivitate medicului, pacientul putând cel mult alege dintre procedeele terapeutice pe care acesta i le prezintă; în termeni realiști, pacientul nu poate propune medicului curant din România un tratament asupra căruia acesta din urmă să fie obligat să se pronunțe într-o manieră care să garanteze examinarea efectivă a propunerii.
55. În aceste condiții, Curtea de Apel are nevoie de concursul Curții de Justiție a Uniunii Europene, care să statueze, asigurând interpretarea și aplicarea unitară a dreptului Uniunii, asupra compatibilității cu acesta a legislației naționale [articolul 43 alineatul (4) din Normele metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1408/71, aprobate prin Ordinul Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 592/2008, publicat în Monitorul Oficial al României, partea I, nr. 648/11 septembrie 2008], potrivit căreia „raportul medical se întocmește de un medic dintr-un spital clinic universitar sau, după caz, județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România”, *fără a fi prevăzută vreo posibilitate de valorificare, în cadrul procedurii de autorizare prealabilă, a unei a doua opinii medicale furnizate asiguratului român într-un alt stat membru.*
56. [OMISSIS] [este redată, în esență, prima întrebare] **[OR. 14]**
57. [OMISSIS] [este redată, în esență, a doua întrebare]
58. [OMISSIS] [este redată, în esență, a treia întrebare]

59. [OMISSIS] [este redată, în esență, a patra întrebare]

Anexăm următoarele înscrisuri:

- cererea de chemare în judecată [OMISSIS];
- întâmpinarea formulată la data de 19.10.2016 de pârâta Casa de Asigurări de Sănătate Constanța [OMISSIS];
- întâmpinarea formulată la data de 20.10.2016 de pârâta Casa Națională de Asigurări de Sănătate [OMISSIS];
- cererea de apel [OMISSIS];
- întâmpinare formulată în apel la data de 10.01.2019 de intimata pârâtă Casa de Asigurări de Sănătate Constanța [OMISSIS]; **[OR. 15]**
- întâmpinarea formulată în apel la data de 22.01.2019 de intimata pârâtă Casa Națională de Asigurări de Sănătate [OMISSIS];
- precizări formulate în apel la data de 19.04.2019 de intimata pârâtă Casa de Asigurări de Sănătate Constanța [OMISSIS];
- precizări formulate în apel la data de 22.04.2019 de intimata pârâtă Casa Națională de Asigurări de Sănătate [OMISSIS];
- precizări formulate în apel la data de 04.06.2019 de intimata pârâtă Casa de Asigurări de Sănătate Constanța [OMISSIS].

**[OMISSIS]** [semnături] [OMISSIS] (*Constanța, 4 iulie 2019*)