

Versiune anonimată

-1264957-

C-489/23 - 1

Cauza C-489/23

Cerere de decizie preliminară

Data depunerii:

1 august 2023

Instanța de trimitere:

Înalta Curte de Casație și Justiție (România)

Data deciziei de trimitere:

27 martie 2023

Recurent-reclamant:

AF

Intimați-pârâți:

Guvernul României

Ministerul Sănătății

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

[OMISSIS]

ÎNALTA CURTE DE CASAȚIE ȘI JUSTIȚIE
SECȚIA DE CONTENCIOS ADMINISTRATIV ȘI FISCAL

[OMISSIS]

[OMISSIS]

ÎNCHEIERE

[OMISSIS]

Ședința publică de la 27 martie 2023

RO

[OMISSIS]	[OMISSIS]	1.	[OMISSIS]
	[OMISSIS]	2.	[OMISSIS]
	[OMISSIS]	3.	[OMISSIS]
	[OMISSIS]	4.	[OMISSIS]

Pe rol se află soluționarea cererii de sesizare a Curții de Justiție a Uniunii Europene formulate de *recurentul-reclamant AF*, [OMISSIS] în contradictoriu cu *intimații-pârâți Guvernul României prin Secretariatul General al Guvernului, [OMISSIS] Ministerul Sănătății, [OMISSIS] și Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș*, [OMISSIS] în cadrul recursului formulat împotriva *Sentinței Civile [OMISSIS] din 30 decembrie 2019 a Curții de Apel Târgu Mureș — Secția a II-a Civilă și de Contencios Administrativ și Fiscal [OMISSIS]*.

[OMISSIS]

ÎNALTA CURTE,

- 1 Asupra cererii de sesizare a Curții de Justiție a Uniunii Europene, în temeiul dispozițiilor articolului 267 din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene și a Recomandărilor Curții de Justiție a Uniunii Europene în atenția instanțelor naționale, referitoare la efectuarea trimiterilor preliminare (2019/C 380/01), publicate în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene C 380/01 din 8 noiembrie 2019, reține următoarele:

I. Obiectul litigiului principal și faptele pertinente

- 2 La data de 31 ianuarie 2019, sub nr. 29/43/2019, s-a înregistrat pe rolul Curții de Apel Târgu Mureș - Secția a II-a civilă, de contencios administrativ și fiscal cererea reclamantului **AF** formulată în contradictoriu cu pârâții **Guvernul României și Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș**, prin care a solicitat anularea articolului 3 alineatul (1) litera b) punctul (i), a articolului 3 alineatul (4), a articolului 4 alineatul (1) litera a) punctul (iii) și alineatele (2) și (3) din Hotărârea de Guvern nr. 304 /2014, precum și a anexei nr. 3 din acest act, respectiv a tuturor dispozițiilor care privesc condițiile de rambursare a contravalorii serviciilor medicale și a celor referitoare la modalitatea de calcul privind rambursarea contravalorii asistenței medicale; anularea adreselor de refuz, cu consecința restituirii sumei de 13 069 de euro, reprezentând contravaloarea serviciilor medicale achitate la Clinica PZ NW Prostata Zentrum din cadrul Spitalului Sf. Antoniu din Gronau, Germania.
- 3 La data de 14 martie 2019, Ministerul Sănătății a formulat cerere de intervenție accesorie în favoarea Guvernului României.
- 4 În motivarea petitului privind anularea parțială a actului administrativ normativ, reclamantul a susținut, în esență, că articolele menționate constituie o transpunere

greșită a Directivei 2011/24/UE, deoarece încalcă principiul priorității dreptului Uniunii Europene; mai exact, contravin articolului 56 din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene și prevederilor Regulamentului nr. 1408/71, astfel cum au fost interpretate prin Hotărârea din 5 octombrie 2010 pronunțată de Curtea de Justiție a Uniunii Europene în cauza C-173/09 (Elchinov), precum și prevederilor Regulamentului (CE) 883/2004.

- 5 Reclamantul a mai susținut că cerința existenței unei evaluări medicale efectuate de un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări de sănătate din România finalizată prin emiterea unui bilet de internare instituită prin articolul **3 alineatul (1) litera b) punctul (i)** din Anexa la HG nr. 304/2014 atacată contravine dreptului UE și jurisprudenței CJUE indicate în acțiune; a invocat, de asemenea, jurisprudența CJUE din cauza Elchinov (C-173/09), pentru a susține că legislația europeană se opune reglementării unui stat membru care exclude, în toate cazurile, rambursarea cheltuielilor efectuate cu îngrijirile spitalicești acordate fără autorizație prealabilă în alt stat membru.
- 6 În ceea ce privește cererea de anulare a actelor administrative individuale, reclamantul a invocat, în principal, faptul că în mod nelegal a fost respinsă cererea sa de rambursare a contravalorii tratamentului efectuat în Germania, de vreme ce îndeplinea condițiile de eliberare a formularului E112. Chiar dacă tratamentul a fost efectuat și plata serviciilor a fost efectuată anterior ca pârâta să analizeze cererea sa de eliberare a formularului, aceste aspecte de fapt nu sunt de natură a stinge dreptul său subiectiv, astfel încât pârâta avea obligația de a-i rambursa integral suma achitată în Germania.
- 7 În subsidiar, a arătat că, în mod nelegal, a fost respinsă cererea sa de rambursare a contravalorii tratamentului efectuat în Germania întemeiată pe dispozițiile HG nr. 304/2014, de vreme ce a făcut dovada unei evaluări, precum și a unei internări prin prezentarea biletului de ieșire din spital (Clinica urologie- Spitalul Municipal Cluj Napoca [OMISSIS]) și a scrisorii medicale (Clinica Endoplus Cluj Napoca [OMISSIS]), însoțite de analize și de evaluări medicale efectuate și de entități private din domeniul îngrijirilor medicale.
- 8 În fine, a apreciat că este îndreptățit la rambursarea integrală a costului tratamentului sau măcar în limita tarifelor care ar fi fost suportate de România prin sistemul de asigurări de sănătate pentru intervenția pe care a suferit-o, respectiv prostatectomie radicală asistată robotic (Robot-asisted radical prostatectomy).
- 9 Reclamantul a formulat o cerere de efectuare a unei trimiteri preliminare în fața instanței de fond, care a fost respinsă prin încheierea de ședință de la data de 30.05.2016.
- 10 Prin **Sentința civilă [OMISSIS] din 30 decembrie 2019 pronunțată de Curtea de Apel Târgu Mureș - Secția a II-a Civilă și de Contencios Administrativ și Fiscal [OMISSIS]**, a fost respinsă acțiunea, ca neîntemeiată.

- 11 Împotriva acestei sentințe a declarat recurs reclamantul, prin care a reiterat, în esență, aspectele invocate prin cererea introductivă de instanță.
- 12 Intimații au solicitat respingerea recursului ca nefondat, pentru aspectele invocate și în fața primei instanțe.

Solicitarea de trimitere către Curtea de Justiție a Uniunii Europene a unei cereri de pronunțare a unei decizii preliminare

- 13 La termenul de judecată din data de 31 mai 2022 în fața instanței de recurs, recurentul - reclamant **AF** a formulat [OMISSIS] o nouă solicitare de trimitere către Curtea de Justiție a Uniunii Europene a unei cereri de pronunțare a unei hotărâri preliminare [OMISSIS]
- 14 [OMISSIS]
- 15 [OMISSIS]
- 16 [OMISSIS]
- 17 [OMISSIS]
- 18 [OMISSIS] [textul celor cinci întrebări propuse de recurentul-reclamant]

II. Dispozițiile juridice pertinente

II.1. Dispoziții de drept intern aplicabile

Hotărârea nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră

19 *Articolul 3 alineatul (1) litera b) punctul (i) [din Normele metodologice]*

Articolul 3. - (1) 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 asistenței medicale transfrontaliere acordate pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene și plătite de acesta, la nivelul tarifelor prevăzute la articolul 4, dacă:

b) sunt respectate următoarele criterii de eligibilitate:

(i) serviciile medicale spitalicești au fost acordate într-un alt stat membru al Uniunii Europene, ca urmare a unei evaluări medicale efectuate de către un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, finalizată prin emiterea unui bilet de internare, cu excepția situațiilor prevăzute la articolul 1 nr. crt. 2 și a

situațiilor care se încadrează în criteriile care permit internarea fără bilet de internare prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

20 Articolul 3 alineatul (2)

Prin documente justificative prevăzute la alineatul (1) se înțelege orice document medical, inclusiv biletul de internare, prescripția medicală pentru medicamente și dispozitive medicale - în copie, din care rezultă că asiguratul a beneficiat de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, datat și asumat de către cadrul medical care l-a acordat, precum și documente de plată din care să rezulte că serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale au fost achitate integral de asigurat, de un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta, nivelul tarifelor/prețurilor distinct pentru fiecare serviciu medical, medicament, dispozitiv medical, inclusiv data achitării acestora; traducerea în limba română a documentelor justificative de către un traducător autorizat este în responsabilitatea casei de asigurări de sănătate.

21 Articolul 3 alineatul (4)

Dacă sunt îndeplinite prevederile alineatului (3), casa de asigurări de sănătate întocmește nota de calcul privind rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere utilizând modelul notei de calcul prevăzut în anexa nr. 3.

22 Articolul 4 alineatele (1), (2) și (3)

(1) Nivelul la care se realizează operațiunea de rambursare a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere prevăzute la articolul 3 alineatul (1) se stabilește după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu, medicamentele în tratamentul ambulatoriu, precum și dispozitivele în ambulatoriu: tarife exprimate prin valoarea definitivă a punctului, stabilită în trimestrul anterior datei la care s-a plătit serviciul, tarife, procent din tarife, prețuri de referință, sume de închiriere, sume corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețurilor de referință, prețuri de decontare - preț cu ridicata maximal de decontare la care se adaugă TVA, prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului de către asigurat, de un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta.

Pentru medicamentele de care au beneficiat asigurații în cadrul asistenței medicale transfrontaliere și care nu sunt cuprinse în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale, dar ale căror denumiri comune internaționale sunt prevăzute a fi decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, rambursarea se realizează astfel:

(i) *la nivelul sumei corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețului de referință corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași concentrație și formă farmaceutică asimilabilă în funcție de sublista în care se regăsește denumirea comună internațională respectivă și grupa de boală, după caz;*

(ii) *la nivelul sumei corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețului de referință corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași formă farmaceutică asimilabilă și cea mai apropiată concentrație în funcție de sublista în care se regăsește denumirea comună internațională respectivă și grupa de boală, după caz; în această situație calculul sumei de rambursat se face pentru numărul de unități terapeutice achitate;*

(iii) *la nivelul prețului de decontare - preț cu ridicata maximal de decontare, la care se adaugă TVA - corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași concentrație și formă farmaceutică asimilabilă;*

(iv) *la nivelul prețului de decontare - preț cu ridicata maximal de decontare, la care se adaugă TVA - corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeași formă farmaceutică asimilabilă și cea mai apropiată concentrație; în această situație calculul sumei de rambursat se face pentru numărul de unități terapeutice achitate;*

b) *servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă: $ICM \times TCP$, unde ICM este cel mai mare indice de case-mix dintre toate ICM-urile aferente spitalelor din România, iar TCP este tariful pe caz ponderat al spitalului cu cel mai mare indice de case-mix, prevăzute în actele normative care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului medical; serviciile spitalicești cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă;*

c) *servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, pentru care plata se face pe baza tarifului pe caz rezolvat: o treime din suma rezultată în urma aplicării procedurii prevăzute la litera b); serviciile spitalicești cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale;*

d) *servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, pentru care plata se face pe baza tarifului pe serviciu: tariful maximal prevăzut de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului medical.*

(2) *În cazul în care achitarea serviciilor medicale, medicamentelor, dispozitivelor medicale a fost efectuată în mai multe tranșe, nivelul de rambursare se va stabili considerând ca dată a efectuării plății data ultimei tranșe.*

(3) *Nu se suportă alte costuri, cum ar fi contravaloarea serviciilor de cazare și de călătorie suportate de persoanele asigurate, precum și costuri suplimentare suportate de persoanele cu handicap din cauza unuiia sau a mai multor handicapuri atunci când beneficiază de asistență medicală transfrontalieră.*

II.2. Dreptul Uniunii Europene

23 II.2.1. Tratatul privind [funcționarea Uniunii Europene] [OMISSIS]

24 *Articolul 49 (ex-articolul 43 TCE)*

În conformitate cu dispozițiile care urmează, sunt interzise restricțiile privind libertatea de stabilire a resortisanților unui stat membru pe teritoriul altui stat membru. Această interdicție vizează și restricțiile privind înființarea de agenții, sucursale sau filiale de către resortisanții unui stat membru stabiliți pe teritoriul altui stat membru.

Libertatea de stabilire presupune accesul la activități independente și exercitarea acestora, precum și constituirea și administrarea întreprinderilor și, în special, a societăților în înțelesul articolului 54 al doilea paragraf, în condițiile definite pentru resortisanții proprii de legislația țării de stabilire, sub rezerva dispozițiilor capitolului privind capitalurile.

25 *Articolul 56 (ex-articolul 49 TCE)*

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.

26 *II.2.2. Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere*

27 *Articolul 7 - Principii generale pentru rambursarea costurilor*

(1) *Fără a aduce atingere Regulamentului (CE) nr. 883/2004 și sub rezerva dispozițiilor articolelor 8 și 9, statul membru de afiliere asigură rambursarea costurilor suportate de o persoană asigurată care beneficiază de asistență medicală transfrontalieră, dacă asistența medicală respectivă se regăsește printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată în statul membru de afiliere.*

(2) *Prin derogare de la alineatul (1):*

(a) în cazul în care un stat membru figurează în anexa IV la Regulamentul (CE) nr. 883/2004 și în conformitate cu regulamentul respectiv a recunoscut dreptul la prestații în caz de boală pentru pensionari și pentru membrii familiilor acestora, care își au reședința în alt stat membru, acesta le acordă asistență medicală în temeiul prezentei directive pe cheltuiala sa în timpul șederii acestora pe teritoriul său, în conformitate cu dispozițiile legislației sale, în aceleași condiții în care le-ar acorda asistență în cazul în care persoanele vizate și-ar avea reședința în statul membru care figurează în anexa respectivă:

(b) în cazul în care asistența medicală furnizată în conformitate cu prezenta directivă nu este supusă autorizării prealabile, nu este furnizată în conformitate cu titlul III capitolul I din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 și este acordată pe teritoriul unui stat membru care, potrivit regulamentului respectiv și Regulamentului (CE) nr. 987/2009, răspunde în ultimă instanță de rambursarea costurilor, costurile sunt suportate de respectivul stat membru. Acest stat membru poate suporta costurile asistenței medicale în conformitate cu termenii, condițiile, criteriile de eligibilitate și formalitățile de reglementare și administrative pe care le-a stabilit, cu condiția ca acestea să fie compatibile cu TFUE.

(3) Este responsabilitatea statului membru de afiliere să stabilească, la nivel local, regional sau național, asistența medicală pentru care persoana asigurată are dreptul la rambursarea costurilor și nivelul rambursării costurilor respective, indiferent de locul acordării asistenței medicale.

(4) Costurile asistenței medicale transfrontaliere sunt rambursate sau plătite direct de către statul membru de afiliere până la nivelul costurilor care ar fi fost suportate de statul membru de afiliere dacă asistența medicală respectivă ar fi fost acordată pe teritoriul său, fără a depăși costurile efective ale asistenței medicale primite.

În cazul în care costul total al asistenței medicale transfrontaliere depășește nivelul costurilor care ar fi fost suportate în cazul în care asistența medicală ar fi fost acordată pe teritoriul său, statul membru de afiliere poate cu toate acestea decide să ramburseze costul total.

Statul membru de afiliere poate decide să ramburseze alte costuri aferente, cum ar fi costurile de cazare și de călătorie sau costurile suplimentare pe care le-ar putea suporta persoanele cu handicap din cauza unui sau a mai multor handicapuri atunci când beneficiază de asistență medicală transfrontalieră, în conformitate cu legislația națională și cu condiția să existe o documentație suficientă în care să fie precizate aceste costuri.

(5) Statele membre pot adopta dispoziții în conformitate cu TFUE care vizează asigurarea faptului că, atunci când primesc asistență medicală transfrontalieră, pacienții se bucură de aceleași drepturi pe care le-ar fi avut dacă ar fi primit asistență medicală într-o situație comparabilă în statul membru de afiliere.

(6) În sensul alineatului (4), statele membre dețin un mecanism transparent pentru calcularea costurilor asistenței medicale transfrontaliere care urmează să fie rambursate persoanei asigurate de către statul membru de afiliere. Acest mecanism se bazează pe criterii obiective nediscriminatorii cunoscute în prealabil și aplicate la nivelul administrativ corespunzător (local, regional sau național).

(7) Statul membru de afiliere poate impune unei persoane asigurate care solicită rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere, inclusiv asistența medicală primită prin intermediul telemedicinii, aceleași condiții, criterii de eligibilitate și formalități de reglementare și administrative, la nivel local, regional sau național, pe care le-ar impune dacă asistența medicală respectivă ar fi acordată pe teritoriul său. Aceasta poate include o evaluare de către un cadru medical sau un administrator de servicii medicale care furnizează servicii sistemului obligatoriu de securitate socială sau sistemului național de sănătate din statul membru de afiliere, cum ar fi medicul generalist sau medicul primar la care pacientul este înregistrat, dacă acest lucru este necesar pentru determinarea dreptului individual al pacientului la asistență medicală. Cu toate acestea, condițiile, criteriile de eligibilitate și formalitățile de reglementare și administrative impuse în temeiul prezentului alineat nu pot fi discriminatorii sau nu pot constitui un obstacol în calea liberei circulații a pacienților, serviciilor sau bunurilor, cu excepția cazului în care acest lucru este justificat în mod obiectiv de cerințe de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane.

(8) Statul membru de afiliere nu supune autorizării prelabile rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere, cu excepția cazurilor prevăzute la articolul 8.

(9) Statul membru de afiliere poate limita aplicarea normelor privind rambursarea pentru asistența medicală transfrontalieră pe baza unor motive imperative de interes general, cum ar fi cerințele de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane.

(10) Fără a aduce atingere alineatului (9), statele membre se asigură că asistența medicală transfrontalieră pentru care s-a acordat o autorizație prealabilă este rambursată conform autorizației.

(11) Decizia de limitare a aplicării prezentului articol în conformitate cu alineatul (9) este limitată la ceea ce este necesar și proporțional și nu poate constitui un mijloc de discriminare arbitrară sau un obstacol nejustificat în calea libertății de circulație a bunurilor, persoanelor sau serviciilor. Statele membre notifică Comisiei orice decizie de limitare a rambursării pe baza motivelor enumerate la alineatul (9).

28 II.2.3. Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității

29 Articolul 22

Șederea în afara statului competent. întoarcerea sau transferul reședinței într-un alt stat membru pe timpul bolii sau maternității. Necesitatea deplasării într-un alt stat pentru primirea tratamentului adecvat

(1) Un lucrător care îndeplinește condițiile impuse de legislația statului competent în privința dreptului la prestații, ținând seama, după caz, de dispozițiile articolului 18 și:

(a) a cărui stare necesită imediat prestații pe parcursul șederii pe teritoriul unui alt stat membru sau

(b) care, după ce a dobândit dreptul la prestații plătibile de instituția competentă, este autorizat de respectiva instituție să revină pe teritoriul statului membru în care își are reședința sau să-și transfere reședința pe teritoriul unui alt stat membru sau

(c) care este autorizat de instituția competentă să se deplaseze pe teritoriul unui alt stat membru pentru a primi acolo tratamentul adecvat stării sale are dreptul:

(i) la prestații în natură acordate, în numele instituției competente, de către instituția de la locul de ședere sau de reședință în conformitate cu legislația pe care o aplică, ca și când ar fi afiliat la aceasta, durata perioadei pe parcursul căreia se furnizează prestații fiind reglementată, cu toate acestea, de legislația statului competent;

(ii) la prestații în numerar acordate de instituția competentă în conformitate cu dispozițiile legislației pe care aceasta o aplică. Cu toate acestea, după acordul între instituția competentă și instituția de la locul de ședere sau de reședință, aceste prestații pot fi acordate de această din urmă instituție în numele primei instituții, în conformitate cu legislația statului competent.

(2) Autorizația necesară în temeiul alineatului (1) litera (b) poate fi refuzată numai dacă se stabilește că deplasarea persoanei respective ar prejudicia starea sănătății sale sau primirea de tratament medical.

Autorizația necesară în temeiul alineatului (1) litera (c) nu poate fi refuzată în cazul în care tratamentul respectiv nu poate fi asigurat pentru persoana respectivă pe teritoriul statului membru în care își are reședința.

(3) Membrii de familie ai unui lucrător beneficiază de dispozițiile alineatelor (1) și (2) în ceea ce privește prestațiile în natură.

(4) *Faptul că un lucrător beneficiază de dispozițiile alineatului (1) nu aduce atingere dreptului la prestații al membrilor familiei sale.*”

30 II.2.4. Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială

31 Articolul 20 [alineatele (1) și (2)]

Deplasarea în scopul beneficiii de prestații în natura. 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 acesteia 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.”*

III. Punctele de vedere ale părților

III.1. Motivele invocate de recurentul-reclamant

32 Recurentul-reclamant a susținut că sunt îndeplinite condițiile de admisibilitate a unei cereri de trimitere prejudicială impuse de articolul 19 alineatul (3) litera (b) [TUE] și de articolul 267 [TFUE], ca și de jurisprudența Curții de Justiție a UE.

33 Nu se poate reține teoria actului clar, de vreme ce nu a fost pronunțată încă vreo hotărâre a CJUE față de interpretarea articolului 7 alineatele (2) și (7) din Directiva 2011/24/UE. Interpretarea dreptului [Uniunii] se impune a se realiza de către Curtea de Justiție a Uniunii Europene, de vreme ce în legislația internă se impun condiții neprevăzute de textul directivei și care sunt imposibil de realizat în concret.

34 Chiar dacă, în vederea decontării unui serviciu medical acordat pe teritoriul României, este necesar a se face dovada unui bilet de internare, o astfel de condiție este incompatibilă cu dreptul recunoscut de directivă, deoarece biletul de internare face dovada internării în sistemul de sănătate în vederea suportării

tratamentului, or, în cazul în care tratamentul este suportat în alt stat membru, nu se mai pune problema unui bilet de internare, fiind necesară doar evaluarea medicală efectuată de un medic specialist.

- 35 Recurentul - reclamant consideră că este necesară interpretarea dreptului Uniunii Europene și în ceea ce privește posibilitatea de limitare a sumei decontate, deoarece, chiar dacă se recunoaște dreptul statului membru de a limita această valoare, acest drept nu poate avea ca efect golirea de conținut a dreptului pacientului. *Principiul proporționalității* impune asigurarea unui echilibru just între obiectivele legitime ale statului și măsurile pe care statul le utilizează pentru atingerea acestora. Proporționalitatea necesită, de asemenea, un echilibru just între drepturile persoanei și interesul public, ceea ce înseamnă că limitările trebuie să fie proporționale și să respecte esența dreptului, adică limitările să nu depășească ceea ce este adecvat și necesar pentru a îndeplini „obiectivele de interes general recunoscute de Uniune” sau pentru a proteja drepturile și libertățile altor persoane, iar statul ar trebui să recurgă la măsura cea mai puțin oneroasă. Prin urmare, chiar acceptând că dreptul european permite o astfel de limitare, consideră că reglementarea internă contravine principiului proporționalității, deoarece aduce atingere însuși dreptului în substanța lui.

III.2. Punctul de vedere al intimatului-pârât

- 36 Intimata-pârâtă Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș și-a exprimat punctul de vedere asupra cererii de trimitere preliminară, în sensul respingerii acesteia ca nefondată.
- 37 Aceasta a susținut că, în ceea ce privește prima întrebare, este relevantă jurisprudența Curții de Justiție care a statuat că libertățile fundamentale consacrate prin tratate - libera prestare a serviciilor (cauza [Kohl/Union des caisses de maladie], C-158/96) și libera circulație a mărfurilor (cauza [Decker/Caisse de maladie des employés privés], C-120/95) pot fi invocate pentru a obține suportarea, fără o autorizație prealabilă a casei de asigurări de sănătate, a îngrijirilor medicale ambulatorii sau a compensării de produse medicale în alt stat membru conform tarifelor practicate în țara pacientului. Ca urmare a acestei jurisprudențe au fost adoptate noi acte normative (Regulamentele nr. 883/2004 și nr. 987/2009 și Directiva 2011/24), care conferă cetățenilor reguli detaliate privind suportarea îngrijirilor și a achizițiilor medicale în alt stat membru.
- 38 În ceea ce privește interpretarea dreptului [Uniunii] solicitată de reclamant, prin prisma conținutului solicitării, acesta nu prezintă un element de noutate, după cum rezultă din jurisprudența Curții de Justiție relevantă în materie: Cauza [Petru] (C-268/13), cu privire la interpretarea articolului 22 alineatul (2) prevăzut în Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 și cauza [Luca] (C-430/12), cu privire la interpretarea articolului 49 CE și a articolului 22 din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71.

- 39 Cea de-a doua întrebare, circumscrisă interpretării articolului 7 alineatul (2) din Directiva 2011/24, prin prisma posibilității statului de origine al pacientului să condiționeze rambursarea ulterioară a contravalorii serviciului medical transfrontalier de o evaluare medicală concretizată strict printr-un bilet de internare, cu excluderea oricărui alt înscris medical care să dovedească evaluarea, se arată că, în interpretarea Regulamentului nr. 1408/71, Curtea de Justiție a pronunțat hotărâri relevante, prin prisma distincției făcute cu privire la îngrijirile spitalicești programate și, respectiv, îngrijirile spitalicești neprogramate.
- 40 Astfel, referitor la categoria îngrijirilor spitalicești programate, Curtea s-a pronunțat în multiple rânduri, jurisprudența sa fiind cristalizată, în esență, în cauzele Vanbraekel și alții (C-368/98), Petru (C-268/13), Elchinov (C-173/09) și Watts (C-372/04). În aceeași măsură, referitor la îngrijirile medicale neprogramate, au fost pronunțate hotărâri în cauzele IKA (C-326/00), Keller (C-145/03) și Comisia/Spania (C-211/08).
- 41 Pe de altă parte, în ceea ce privește îngrijirile spitalicești neprogramate, Curtea de Justiție a statuat, cu privire la cerința autorizării prealabile - în măsura în care aceasta este justificată prin necesitatea asigurării unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de îngrijiri medicale de calitate în statul membru în cauză, a asigurării controlului costurilor și evitării unei risipe de resurse financiare, tehnic și umane - prin pronunțarea în cauzele Smits și Peerbooms (C-157/99), Müller-Fauré și van Riet (C-385/99), Stamatelaki (C-444/05) și Vanbraekel și alții (C-368/98).
- 42 În ceea ce privește cea de-a treia întrebare, vizând eventuala limitare permisă de articolul 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24, prin raportare la dreptul pacientului la asistență medicală acordată în sistemul național de sănătate și în cel privat, în ipoteza în care, datorită tehnologiei avansate, serviciul de care a beneficiat pacientul (în speță, reclamantul) nu este disponibil în unități spitalicești de stat, [întimata-pârâtă Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș arată] că dispozițiile din legislația națională sunt circumscrise ipotezei enunțate în directivă, (condițiile acordării asistenței medicale se aplică în mod unitar atât furnizorilor publici cât și celor privați), astfel că sub acest aspect nu se impune sesizarea CJUE cu privire la această întrebare, întrucât nu este necesară o interpretare a dreptului Uniunii.
- 43 Cea de-a cincea întrebare a reclamantului vizează o eventuală limitare a principiului liberei circulații a pacienților și a serviciilor, adusă de legislația națională prin plafonarea cuantumului serviciilor medicale transfrontaliere, în urma utilizării unei formule de calcul care ar limita și cuantumul despăgubirilor la o valoare semnificativ de mică; cu privire la această întrebare, pârâții au arătat că sunt pe deplin aplicabile considerentele avute în vedere pentru întrebarea nr. 2, astfel că prin prisma dezlegărilor date de jurisprudența Curții de Justiție, în cauzele precizate, nu se impune, nici sub acest aspect, trimiterea la CJUE pentru interpretare.

IV. Considerentele instanței de trimitere

- 44 Înalta Curte reține că, în jurisprudența Curții de Justiție a Uniunii Europene, s-a stabilit, în interpretarea articolului 267 TFUE [OMISSIS], că o instanță națională ale cărei decizii nu pot face obiectul unei căi de atac în dreptul intern trebuie, atunci când i se adresează o întrebare de drept comunitar, să își îndeplinească obligația de sesizare a Curții de Justiție, cu excepția cazului în care constată că întrebarea adresată nu este relevantă sau că dispoziția comunitară în cauză a făcut deja obiectul unei interpretări din partea Curții sau că aplicarea corectă a dreptului comunitar se impune cu o asemenea evidență încât nu mai lasă loc niciunei îndoieli rezonabile; existența unei astfel de posibilități trebuie să fie evaluată în funcție de caracteristicile proprii dreptului comunitar, de dificultățile specifice pe care le prezintă interpretarea acestuia și de riscul divergențelor de jurisprudență în cadrul Comunității (*Hotărârea din 6 octombrie 1982, CILFIT și alții, C-283/81, EU:C: 1982:335*).
- 45 În prezenta cauză, Înalta Curte urmează să pronunțe, în soluționarea recursului, o hotărâre definitivă, care nu mai este supusă niciunei căi de atac potrivit dreptului intern, în sensul dispozițiilor articolului 267 TFUE.

IV.1. Precizări preliminare necesare fixării elementelor de fapt și de drept relevante speței

IV.1.1. Situația de fapt relevantă (aspecte dovedite)

- 46 Reclamantul a fost diagnosticat cu Adenocarcinom de prostată la data de 8.03.2018, astfel cum rezultă din scrisoarea medicală emisă de Clinica de Urologie și Andrologie Endoplus din Cluj - Napoca, conform căreia s-a emis indicația de prostatectomie radicală efectuată laparoscopic standard sau asistată robotic.
- 47 Reclamantul a învederat faptul că i s-a adus la cunoștință că există posibilitatea efectuării unei intervenții chirurgicale cu robotul chirurgical DaVinci (Robot-asisted radical prostatectomy), intervenție care prezintă beneficii pentru sănătatea și recuperarea ulterioară a pacientului, comparativ cu intervenția de prostatectomie radicală clasică, recomandarea domnului doctor fiind în acest sens. Acesta a fost informat că există un robot DaVinci în spitalul de stat din Cluj - Napoca, care însă nu este funcțional întrucât la acea dată nu fuseseră achiziționate consumabilele necesare funcționării, motiv pentru care i s-a spus că există posibilitatea efectuării acestei intervenții în sistemul privat de sănătate, respectiv la Clinica Sf. Constantin din Brașov, cu un cost de aproximativ 13000 de euro.
- 48 În acest context, și având în vedere că trecuseră deja aproximativ 4 luni de la stabilirea diagnosticului, a decis efectuarea tratamentului cu aceleași costuri în cadrul unui centru cu experiență bogată dedicat exclusiv acestei patologii, respectiv în cadrul Spitalului St. Antoniu din Gronau, Germania.

- 49 Reclamantul s-a adresat Casei Județene de Asigurări de Sănătate Mureș în vederea eliberării formularului E 112, acesta fiind documentul necesar în vederea efectuării tratamentului în străinătate, potrivit prevederilor Regulamentului (CEE) nr. 1408/71. A formulat o cerere în acest sens la începutul lunii aprilie 2018, dar i s-a refuzat primirea, aspect de fapt cu privire la care se află în imposibilitate de a dovedi aceste demersuri cu înscrisuri.
- 50 În urma corespondenței derulate cu Clinica PZ NW Prostata Zentrum, în paralel cu urmarea acestei proceduri, i s-a oferit posibilitatea să beneficieze de această intervenție chirurgicală în data de 9.05.2018, întrucât rezervarea unui alt pacient pentru această dată a fost anulată, în caz contrar fiind nevoit să aștepte încă aproximativ 8 săptămâni după primirea aprobării de la Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș în vederea efectuării unei alte programări. Pentru a rezerva data respectivă în vederea suportării intervenției, a arătat că a efectuat plata acesteia, la data de 24.04.2018. Intervenția chirurgicală a avut loc la data de 9.05.2018, în Germania, internarea medicală fiind dispusă pe perioada 8.05.2018 - 14.05.2018.
- 51 Ulterior efectuării acestei plăți, și ținând cont de refuzul de primire a cererii de către Casa de Asigurări de Sănătate, a decis înaintarea cererii către Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș, prin serviciul poștal, cu confirmare de primire cu conținut declarat. Cu privire la această cerere, reclamantul a primit adresa nr. 18704/17.05.2018, prin care i s-a arătat că aceasta nu era redactată pe formularul cererii-tip și nu era însoțită de actele prevăzute în anexa 10A a Ordinului nr. 592/2008.
- 52 Ulterior intervenției chirurgicale, la revenirea în țară, a solicitat pârâtei Casa de Asigurări de Sănătate Mureș plata sumei achitate în Germania, invocând ca temei de drept Regulamentul (CEE) nr. 1408/71, care stabilește condițiile de eliberare a formularului E 112, precum și Hotărârea din data de 5 octombrie 2010, pronunțată de Curtea de Justiție a Comunității Europene, în cauza C 173/09, [Elchinov].
- 53 Răspunsul primit de la Casa de Asigurări de Sănătate a fost negativ, fiind comunicată adresa nr. 32819 /10.08.2018, prin care a fost refuzată cererea sa de plată, pârâta arătând că emiterea formularului E 112 se face înainte de plecarea persoanei beneficiare, pârâta indicând că ar trebui să urmeze procedura prevăzută de HG nr. 304/2014 în vederea restituirii sumei.
- 54 Reclamantul arată că a urmat și această procedură, însă și acest demers a fost unul cu rezultat negativ, pârâta arătând că nu îi poate fi restituită suma achitată întrucât nu a făcut dovada unui bilet de internare emis de un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, această condiție fiind instituită prin articolul 3 alineatul (1) litera b) punctul (i) coroborat cu articolul 3 alineatul (2) din capitolul II din [OMISSIS] Normele metodologice privind asistența medicală transfrontalieră [din anexa] la Hotărârea nr. 304/2014.

- 55 Prin cererea înregistrată sub nr. 35820/5.09.2018 la Casa de Asigurări de Sănătate Mureș, a solicitat restituirea sumei de 13 069 Euro, reprezentând contravaloarea serviciilor medicale achitate la Clinica PZ NW Prostata Zentrum din cadrul Spitalului Sf. Antoniu din Gronau, Germania, potrivit facturii fiscale nr. 5568975/16.05.2018.
- 56 Prin Cererea privind rambursarea contravalorii asistentei medicale transfrontaliere înregistrată la CAS Mureș cu nr. 35820/5.09.2018, reclamantul a depus copie de pe documentele prevăzute în cererea menționată la punctele a-d , fără a se transmite însă copie de pe Biletul de internare emis de un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, așa cum este expres prevăzut la articolul 3 alineatul (1) litera b) punctul (i) coroborat cu articolul (3) alineatul (2) din capitolul II din Normele metodologice privind asistenta medicală transfrontalieră [din anexa] la Hotărârea nr. 304/2014.
- 57 Prin adresa nr. 38636 /1.10.2018 emisă de Casa de Asigurări de Sănătate Mureș i s-a comunicat că cererea sa nu poate fi admisă, întrucât nu a făcut dovada unei evaluări medicale efectuate în România, finalizată cu un bilet de internare. Prin această cerere, reclamantul a invocat nelegalitatea legislației naționale - act administrativ cu caracter normativ, ca urmare a neconformității acesteia cu dreptul european, precum și nelegalitatea actelor administrative cu caracter individual, respectiv adresele prin care s-a respins cererea sa de restituire a sumelor achitate.

IV.1.2. Refuzul de înregistrare a cererii de emitere a formularului, anterior efectuării plății și procedurii medicale în alt stat membru

- 58 Prima instanță a reținut ca fiind **un fapt dovedit** încercarea reclamantului de depunere a cererii la începutul lunii aprilie 2018 pentru eliberarea formularului E 112 (anterior plății și efectuării procedurii medicale în alt stat membru) și refuzul corelativ al autorității competente de primire spre înregistrare a cererii, motivat de faptul că aceasta nu era redactată pe formularul cererii-tip și nu era însoțită de actele prevăzute în anexa 10A a Ordinului nr. 592 /2008.
- 59 Cu toate acestea, cum în cauza de față în discuție este legalitatea actelor administrative emise de pârâtă după data survenirii intervenției medicale transfrontaliere și a achitării de către reclamant a costurilor aferente către clinica din Germania, precum și conformitatea normelor naționale cu dreptul [Uniunii] în această ipoteză în lumina jurisprudenței CJUE deja existente ([Ordonanța] Luca și [Hotărârea] Elchinov), această împrejurare de fapt nu apare ca fiind relevantă în arhitectura speței.

IV.1.3. Includerea în pachetul de servicii de bază decontate de fondul național a procedurii medicale suferite de reclamant

- 60 Având în vedere că prima instanță a reținut (bazându-se pe adresa comunicată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu nr. PI0698 /05.12.2019) că această
- 16

intervenție medicală nu este cuprinsă în pachetul de servicii decontate de FNUASS prevăzut în anexa 22 la Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018 (în vigoare la momentul efectuării intervenției chirurgicale din speță), iar recurentul a invocat un motiv distinct de recurs pe acest aspect, Înalta Curte, fără a putea dezlega în mod cert acest aspect de legalitate la acest moment procedural al cauzei, constată că este necesar să se precizeze coordonatele în care se va soluționa acest motiv de casare, față de imperativul lămuririi (fără încălcarea regulilor naționale de procedură) aspectelor de fapt și de drept național relevante în ipoteza efectuării unei trimiteri preliminare.

- 61 Astfel, din perspectiva condiției ca tratamentul medical să se regăsească printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată conform legislației asigurărilor sociale de sănătate din statul membru de proveniență și care sunt decontate din fond, se constată că par să se contureze dubii cu privire la susținerea pârâtelor referitoare la faptul că indicația de prostatectomie radicală efectuată laparoscopic standard sau asistată robotic nu ar fi suportată din fondul național (FNUASS).
- 62 În fapt, reclamantul a învederat faptul că i s-a adus la cunoștință că există posibilitatea efectuării unei intervenții chirurgicale cu robotul chirurgical DaVinci (Robot- asisted radical prostatectomy), intervenție care prezintă beneficii pentru sănătatea și recuperarea ulterioară a pacientului, comparativ cu intervenția de prostatectomie radicală clasică, recomandarea doctorului curant fiind în acest sens. Acesta a fost informat că există un robot DaVinci în spitalul de stat din Cluj-Napoca, care însă nu este funcțional, întrucât la acea dată nu fuseseră achiziționate consumabilele necesare funcționării, motiv pentru care i s-a spus că există posibilitatea efectuării acestei intervenții în sistemul privat de sănătate, respectiv la Clinica Sf. Constantin din Brașov, cu un cost de aproximativ 13 000 de euro. În acest context, și având în vedere că trecuseră deja aproximativ 4 luni de la stabilirea diagnosticului, a decis efectuarea tratamentului cu aceleași costuri în cadrul unui centru cu experiență bogată dedicat exclusiv acestei patologii, respectiv în cadrul Spitalului St. Antoniu din Gronau, Germania.
- 63 Din cercetările efectuate de instanța de recurs pe acest aspect au rezultat mai multe aspecte contradictorii, ce vor fi cântărite în faza finală a judecării, dar care par să contrazică cele reținute de prima instanță.
- 64 Astfel, prin Adresa nr. 17350/03.11.2022 emisă de Spitalul Clinic Județean Mureș, s-a reținut că tumora malignă de prostată, cod diagnostic C61, pentru care s-a efectuat procedura de prostatectomie radicală cod L00804 este în grupa (conform clasificării RODRGvl) DRG M 1010-Proceduri majore pelvine la bărbat cu o valoare relativă VR 2,7723.
- 65 Prin Adresa nr. 35699/15.11.2022 emisă de Casa de Asigurări de Sănătate Mureș, s-a arătat că, potrivit Ordinului MS/CNAS nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a

dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019, la data intervenției chirurgicale suferite de bolnav, în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, prostatectomia sau rezecția prostatei se putea realiza în regim de spitalizare de zi prin procedura endoscopică transuretrală a prostatei (anexa 22, capitolul I, lit. B.2, punctul 111) sau în regim de spitalizare continuă (anexa 23, B II, punctul 440 și/sau punctul 441).

- 66 În adresa emisă de CNAS nr. 8038/18.010, se arată că serviciul medical prostatectomie totală, pentru pacienții internați în regim de spitalizare continuă, se putea efectua conform listei cuprinzând descrierea grupelor de diagnostice din anexa 23 B II la Ordinul mai sus menționat, pozițiile 440,441, 444 sau 445.
- 67 Prin adresa nr. 10698 /05.1.2019 emisă de CNAS la solicitarea primei instanțe, aceasta a arătat că, potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, unele servicii medicale de înaltă performanță nu sunt decontate de fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, dar fără a preciza care sunt acestea. Pentru a beneficia de servicii medicale decontate din Fond, este necesar ca asiguratul să se adreseze furnizorilor de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și să urmeze parcursul reglementat prin actele normative anterior menționate. Referitor la modalitatea de realizare a prostatectomiei radicale în regim de spitalizare continuă, potrivit prevederilor articolului 381 din Legea nr. 95/2006, *republicată, medicul din spital care realizează intervenția chirurgicală stabilește în urma consultației modalitatea prin care realizează intervenția*, în mod individual și ca urmare a actului medical propriu.
- 68 Înalta Curte constată că lista cuprinsă în Ordinul menționat reprezintă, conform celor indicate chiar de către părâte, o listă a grupelor de diagnostice și că *metoda sau tehnica medicală de tratament nu sunt menționate ca atare în legislația națională* ce reglementează acordarea asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.
- 69 Conform celor statuate prin Hotărârea din cauza Elchinov, 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, în versiunea modificată și actualizată prin Regulamentul nr. 118/97, astfel cum a fost modificat prin Regulamentul nr. 1992/06, trebuie interpretat în sensul că o autorizație solicitată în temeiul alineatului (1) litera (c) punctul (i) din același articol nu poate fi refuzată: dacă, atunci când prestațiile prevăzute de legislația națională fac obiectul unei liste care nu menționează expres și precis metoda de tratament aplicată, ci definește tipuri de tratament suportate de instituția competentă, s-a stabilit, în temeiul principiilor de interpretare uzuale și în urma unei examinări întemeiate pe criterii obiective și nediscriminatorii, care iau în considerare toate elementele medicale pertinente și datele științifice disponibile, că această metodă de tratament corespunde unor tratamente menționate în această listă și 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. Același articol se opune ca organele naționale care trebuie să se pronunțe cu privire la o cerere de autorizare prealabilă să prezume, cu ocazia aplicării acestei dispoziții, că îngrijirile spitalicești care nu pot fi acordate în statul membru pe teritoriul căruia are reședința asiguratul social nu se numără printre prestațiile a căror rambursare este prevăzută de legislația acestui stat și, invers, că îngrijirile spitalicești care se numără printre aceste prestații pot fi acordate în statul membru amintit.

- 70 De asemenea, relevante din această perspectivă [este și considerentul (34)] din preambulul Directivei 2011/24:

„Statele membre de afiliere ar trebui să le acorde pacienților dreptul de a beneficia, în alt stat membru, de cel puțin aceleași prestații ca și cele oferite de legislația statului membru de afiliere. În cazul în care lista prestațiilor nu specifică exact metoda de tratament aplicată, însă definește tipuri de tratament, statul membru de afiliere nu ar trebui să refuze autorizarea prealabilă sau rambursarea pe motiv că metoda de tratament nu este disponibilă pe teritoriul său, ci ar trebui să analizeze dacă tratamentul transfrontalier solicitat sau efectuat corespunde prestațiilor prevăzute în legislația sa. Faptul că obligația de rambursare a asistenței medicale transfrontaliere în temeiul prezentei directive este limitată la asistența medicală care face parte din prestațiile la care pacientul are dreptul în statul membru de afiliere nu împiedică statele membre să ramburseze costul asistenței medicale transfrontaliere dincolo de aceste limite. Statele membre sunt libere, de exemplu, să ramburseze costuri suplimentare, cum ar fi cazarea și cheltuielile de transport sau costurile suplimentare suportate de o persoană cu handicap, chiar dacă costurile respective nu se rambursează în cazul asistenței medicale oferite pe teritoriul lor.”

- 71 Astfel, acestea sunt reperele naționale și [de drept al Uniunii] în care vor fi analizate criticile din recurs referitoare la statuarea primei instanțe în sensul că tratamentul medical aplicat reclamantului în străinătate nu ar face parte din pachetul de bază de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă la care au dreptul asigurații conform Ordinului MS/CNAS nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018.
- 72 *Pentru ipoteza în care, în urma soluționării acestui motiv de recurs, se va reține că procedura medicală suferită de reclamant este inclusă în pachetul de servicii de bază decontate de fondul național al statului român, atunci întrebările încuviințate de instanță au legătură cu soluționarea cauzei.*
- 73 *Celelalte aspecte de fapt ce au relevanță pentru efectuarea prezentei trimeri preliminare, menționate la punctul IV. 1.1 din prezenta încheiere, sunt considerate dovedite.*

IV.2. În ceea ce privește prima întrebare propusă de recurentul-reclamant

74 [OMISSIS]

75 [OMISSIS]

76 [OMISSIS]

77 [OMISSIS]

78 [OMISSIS]

79 [OMISSIS]

80 [OMISSIS]

81 [OMISSIS]

82 [OMISSIS]

83 [OMISSIS]

84 [OMISSIS]

85 [OMISSIS]

86 [OMISSIS]

87 [OMISSIS]

88 [OMISSIS]

89 [OMISSIS]

90 [OMISSIS]

91 [OMISSIS]

92 [OMISSIS]

93 [OMISSIS] [la punctele 74-93 instanța de trimitere analizează prima întrebare propusă de reclamantul-recurent și arată motivele pentru care nu o adresează Curții]

IV.3. Cu privire la întrebările 2, 3 și 4 propuse de recurent

94 Cu privire la întrebările 2, 3 și 4 propuse de recurent, care urmează a fi reformulate și sintetizate într-o singură întrebare pentru claritate și în vederea unei abordări unitare a problemei de drept care se ridică în cauză, în opinia acestei instanțe chestiunea care se invocă *privește interpretarea dreptului Uniunii*,
20

interpretarea solicitată are *legătură directă* cu obiectul litigiului principal, *este relevantă și pertinentă* pentru soluționarea litigiului, *nu a făcut obiectul unei interpretări* din partea Curții de Justiție a Uniunii Europene, iar aplicarea corectă a dreptului Uniunii nu se impune cu o asemenea evidență încât să nu lase loc niciunei îndoieli rezonabile, pentru motivele ce vor fi arătate în continuare.

95 Aceste trei întrebări pun în discuție două chestiuni distincte:

i - condiția efectuării unei evaluări exclusiv de către un medic din sistemul de sănătate al statului (iar nu de către sistemul privat de sănătate din statul respectiv)

ii - condiția formală a emiterii unui bilet de internare de către statul de unde provine pacientul, deși serviciul este prestat într-un alt stat membru, iar internarea pacientului nu are loc decât în statul membru de afiliere.

96 *Legătura cu prezentul litigiu a ambelor chestiuni de mai sus rezultă din împrejurarea că acestea sunt aspecte de analizat în cadrul verificării existenței unui refuz nejustificat/nelegal de eliberare a autorizării prealabile, fiind cerințe impuse de legislația națională.*

IV.3.1 Condiția efectuării unei evaluări exclusiv de către un medic din sistemul de sănătate al statului (iar nu de către sistemul privat de sănătate al statului respectiv)

97 Ambele condiții de mai sus sunt impuse de legislația națională, respectiv articolul 3 alineatul (1) litera b) punctul (i) și alineatul (2) din HG nr. 304/2014 și articolul 89 din Hotărârea nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019 (text de lege preluat în forma identică cu ceea ce a articolului 89 din HG 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului cadru care reglementează condițiilor acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, cu modificările și completările ulterioare - act normativ în vigoare la data la care reclamantului i s-au eliberat actele medicale de la furnizorii de servicii medicale din România).

98 Pârâții au apreciat că HG nr. 304/2014 transpune întrutotul în legislația națională prevederile Directivei 2011/24 [OMISSIS], condiționarea privind decontarea serviciilor medicale transfrontaliere care au fost efectuate în regim de spitalizare ca urmare a unei evaluări medicale efectuate de către un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, finalizată prin emiterea unui bilet de internare este în consonanță cu prevederile directivei, fiind permisă chiar de prevederile acesteia, având în vedere articolul 7 alineatul (7) al directivei.

- 99 Înalta Curte va porni în explicarea dubiilor sale privind conformitatea acestei norme naționale cu dreptul [Uniunii] de la considerentele statuate de CJUE în Hotărârea pronunțată în cauza C-444/05, ([Stamatelaki]).
- 100 În cauza amintită, instanța de trimitere a solicitat, în esență, să se stabilească dacă articolul 49 CE trebuie interpretat în sensul că se opune unei legislații a unui stat membru care exclude suportarea cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale acordate într-un spital privat dintr-un alt stat membru. În această cauză, Curtea a statuat în sensul că articolul 49 CE se aplică în situația unui pacient care, precum domnul Stamatelakis, beneficiază, în schimbul unei remunerații, de prestații medicale în mediu spitalicesc într-un alt stat membru decât statul său de reședință, fără să fie relevant dacă această unitate sanitară are statut public sau privat.
- 101 *„23. Cu toate că este cert că dreptul comunitar nu restrânge competența statelor membre de a-și organiza sistemele de securitate socială și că, în lipsa unei armonizări la nivel comunitar, fiecare stat membru are posibilitatea de a stabili prin legislație condițiile de acordare a prestațiilor în materie de securitate socială, totuși, în exercitarea acestei competențe, statele membre trebuie să respecte dreptul comunitar, în special dispozițiile referitoare la libera prestare a serviciilor. Aceste dispoziții interzic statelor membre să instituie sau să mențină restricții nejustificate privind exercitarea acestei libertăți în domeniul îngrijirilor medicale (a se vedea în special Hotărârea din 12 iulie 2001, Smits și Peerbooms, C-157/99, Rec., p. I-5473, punctele 44-46, și Hotărârea Watts, citată anterior, punctul 92).”*
- 102 Deși Curtea a stabilit în mod repetat că nu poate fi exclus ca riscul de a se aduce o atingere gravă echilibrului financiar al sistemului de securitate socială să poată constitui în sine un motiv imperativ de interes general susceptibil să justifice un obstacol în calea principiului liberei prestări a serviciilor (Hotărârea din 28 aprilie 1998, Kohll, C-158/96, Rec., p. I-1931, punctul 41, Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, punctul 72, precum și Hotărârea Müller-Fauré și van Riet, citată anterior, punctul 73), trebuie totuși ca această restricție să nu fie disproporționată în raport cu obiectivul urmărit. În cauza amintită, s-a statuat că caracterul absolut, cu excepția cazului copiilor în vârstă de până la 14 ani, al conținutului interdicției impuse de legislația elenă nu este adaptat obiectivului urmărit, dat fiind că ar putea fi adoptate măsuri mai puțin restrictive și care să respecte în mai mare măsură libertatea de a presta servicii, cum ar fi un sistem de autorizare prealabilă care să respecte cerințele pe care le impune dreptul comunitar (Hotărârea Müller-Fauré și van Riet, citată anterior, punctele 81 și 85) și, dacă este cazul, definirea baremelor de rambursare a cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale. În plus, trebuie respins argumentul guvernului elen, întemeiat pe lipsa unui control, din partea organismelor de securitate socială elene, al calității îngrijirilor medicale acordate în spitalele private dintr-un alt stat membru și pe lipsa verificării capacității unităților spitalicești cu care au fost încheiate acorduri de a furniza un tratament medical corespunzător, identic sau echivalent. Într-adevăr, trebuie constatat că spitalele private din alte state membre sunt de asemenea supuse, în statele membre respective, unor controale de calitate

și că medicii care sunt stabiliți în aceste state și care lucrează în aceste unități sanitare oferă garanții profesionale echivalente celor ale medicilor stabiliți în Grecia, în special după adoptarea și punerea în aplicare a Directivei 93/16/CEE a Consiliului din 5 aprilie 1993 privind facilitarea liberei circulații a medicilor și recunoașterea reciprocă a diplomelor, certificatelor și a altor titluri oficiale de calificare (JO L 165, p. 1, Ediție specială, 06/vol. 2, p. 139).

- 103 Or, Înalta Curte constată că impunerea condiției formale a efectuării evaluării medicale necesare emiterii recomandării de internare/de aplicare a unui anumit tratament exclusiv de către un medic din sistemul de sănătate al statului (cu excluderea unui medic înrolat în sistemul privat de sănătate din statul respectiv), fără caracter de excepție și în toate cazurile, fără o justificare obiectivă sau subsumată unui anumit tip de evaluare critică a calității actului medical, pare să fie disproporționată în raport cu obiectivul urmărit (asigurarea echilibrului financiar al sistemului de securitate socială ca motiv imperativ de interes general susceptibil să justifice un obstacol în calea principiului liberei prestări a serviciilor).
- 104 Pe de altă parte, argumente care conduc spre aceeași concluzie se regăsesc exprimate și în considerentele Hotărârii din 6 octombrie 2021 pronunțată în cauza C-538/19:

„40. În speță, articolul 40 alineatul (1) litera b) și alineatul (3) din anexa la Ordinul nr. 592/2008 condiționează acordarea unei autorizații în temeiul articolului 20 alineatul (1) din Regulamentul nr. 883/2004 de îndeplinirea celor două condiții care corespund în esență celor prevăzute la articolul 20 alineatul (2) a doua teză din acest regulament. Pe de altă parte, conform articolului 45 alineatul (1) litera b) și alineatul (4) din anexa la acest ordin, o persoană asigurată în cadrul sistemului public de asigurări de sănătate românesc este obligată să anexeze la o cerere de autorizare în vederea primirii unui tratament adaptat în afara României un raport medical din care să rezulte diagnosticul, precum și tratamentul care va fi urmat, întocmit 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.”

„44. Rezultă că articolul 20 din Regulamentul nr. 883/2004 coroborat cu articolul 26 alineatul (4) din Regulamentul nr. 987/2009 nu impune ca opinia medicală care susține o cerere de autorizare prealabilă pentru un tratament acordat în alt stat membru decât cel de reședință al persoanei asigurate să fie emisă de un medic din cadrul sistemului public de asigurări de sănătate din statul membru de reședință al acestei persoane și nici nu împiedică luarea în considerare, în cursul procedurii de autorizare, a unei a doua opinii medicale emise de un medic care își desfășoară activitatea în statul membru în care persoana respectivă are intenția de a se deplasa pentru a beneficia de acest tratament.

45. În consecință, o reglementare națională care impune ca o cerere de autorizare în vederea unui tratament în afara statului membru de reședință să fie însoțită de un raport medical care să stabilească diagnosticul, precum și tratamentul care

trebuie urmat, emis de un medic din cadrul sistemului public de asigurări de sănătate național, impune o condiție care le depășește pe cele prevăzute la articolul 20 din Regulamentul nr. 883/2004.”

„47. Este necesar să se arate, în al doilea rând, că cerința de care o dispoziție de drept național precum articolul 45 alineatul (1) litera b) și alineatul (4) din anexa la Ordinul nr. 592/2008 face să depindă eliberarea unei autorizații în temeiul articolului 20 alineatul (1) din Regulamentul nr. 883/2004 constituie un factor disuasiv suplimentar în ceea ce privește recurgerea la servicii medicale transfrontaliere în raport cu cerința unei autorizații prealabile, care, conform jurisprudenței amintite la punctul 35 din prezenta hotărâre, constituie ea însăși o restricție privind libera prestare a serviciilor.”

„51. [...] Cu toate acestea, chiar admitând că cerința prevăzută la articolul 45 alineatul (1) litera b) și alineatul (4) din anexa la Ordinul nr. 592/2008 poate fi, în contextul îngrijirilor spitalicești și al îngrijirilor nespitalicești care necesită echipamente materiale costisitoare, de natură să garanteze aceste obiective de interes general, ea nu pare, în orice caz, să respecte principiul proporționalității amintit la punctul 36 din prezenta hotărâre.

52. Astfel, obiectivul invocat poate fi atins prin instituirea unei proceduri de autorizare care să garanteze, în vederea întocmirii unui raport medical de către un medic care își desfășoară activitatea în sistemul public de asigurări de sănătate din statul membru de reședință al persoanei asigurate, raport care cuprinde diagnosticul și tratamentul recomandat pentru aceasta, luarea în considerare efectivă a unei a doua opinii medicale emise în alt stat membru, care recomandă un tratament alternativ la fel de adaptat stării de sănătate a acestei persoane, însă fără inconveniente primului tratament.

53. Considerațiile care precedă nu sunt repuse în discuție de argumentul invocat de părțile din litigiul principal și de guvernul român potrivit căruia cazul în discuție în litigiul principal intră sub incidența articolului 46 alineatul (2) din anexa la Ordinul nr. 592/2008, care ar fi permis persoanei asigurate în cauză să obțină o autorizație a posteriori, a cărei eliberare nu este condiționată de respectarea cerinței prevăzute la articolul 45 alineatul (1) litera b) și alineatul (4) din această anexă.”

„55. Din ansamblul considerațiilor care precedă reiese că articolul 20 alineatul (2) din Regulamentul nr. 883/2004 coroborat cu articolul 56 TFUE trebuie interpretat în sensul că se opune unei reglementări naționale care condiționează eliberarea unei autorizații în vederea efectuării unui tratament în alt stat membru decât cel de reședință al solicitantului de prezentarea unui raport medical care stabilește diagnosticul, precum și tratamentul ce va fi urmat, emis de un medic din cadrul sistemului public de asigurări de sănătate național, și care nu garantează luarea în considerare de către instituția competentă a unei a doua opinii medicale emise în acest alt stat membru, care prescrie un tratament alternativ.”

105 Față de [cele statuate la punctul] 45 din hotărârea mai sus menționată, în sensul că o reglementare națională care impune ca o cerere de autorizare în vederea unui tratament în afara statului membru de reședință să fie însoțită de un raport medical care să stabilească diagnosticul, precum și tratamentul care trebuie urmat, emis de un medic din cadrul sistemului public de asigurări de sănătate național, impune o condiție care le depășește pe cele prevăzute la articolul 20 din Regulamentul nr. 883/2004, se ridică dubii cu privire la conformitatea normei naționale care impune emiterea acestui raport medical exclusiv de către un medic din sistemul de sănătate al statului (cu excluderea unui medic înrolat în sistemul privat de sănătate al statului respectiv), fără caracter de excepție și în toate cazurile, fără o justificare obiectivă sau subsumată unui anumit tip de evaluare critică a calității actului medical, deoarece o asemenea cerință înțeleasă în mod absolut pare să fie disproporționată în raport cu obiectivul urmărit (asigurarea echilibrului financiar al sistemului de securitate socială ca motiv imperativ de interes general susceptibil să justifice un obstacol în calea principiului liberei prestări a serviciilor).

IV.3.2. Condiția formală a emiterii unui bilet de internare de către statul de unde provine pacientul, deși serviciul este prestat într-un alt stat membru.

- 106 Reprezentantului părții a arătat că o astfel de limitare este permisă de textul Directivei, deoarece articolul (7) alineatul (7) prevede posibilitatea stabilirii de condiții, criterii de eligibilitate și formalități de reglementare și administrative, la nivel local, regional sau național, pe care le-ar impune dacă asistența medicală respectivă ar fi acordată pe teritoriul său.
- 107 Reclamantul a susținut că legislația internă impune o condiție neprevăzută de textul directivei și care este imposibil de realizat în concret; chiar dacă, în vederea decontării unui serviciu medical acordat pe teritoriul României este necesar a se face dovada unui bilet de internare, o astfel de condiție este incompatibilă cu dreptul recunoscut de directivă, deoarece biletul de internare face dovada internării în sistemul de sănătate în vederea suportării tratamentului, or, în cazul în care tratamentul este suportat în alt stat membru, nu se mai pune problema unui bilet de internare, fiind necesară doar evaluarea medicală efectuată de un medic specialist.
- 108 Înalta Curte constată că reclamantul nu se încadra în situațiile de excepție prevăzute de legea națională care permit internarea fără bilet de internare (articolul 3 alineatul (1) litera b) punctul (i) din HG 304/2014), aspect de fapt necontestat de reclamant.
- 109 Înalta Curte constată că se ridică dificultăți serioase în a justifica relevanța menținerii acestei condiții de eliberare a autorizării prealabile (eliberarea unui bilet de internare în condițiile legii naționale), câtă vreme în mod evident internarea nu se face într-o unitate spitalicească din statul membru, iar biletul de internare ca atare nu folosește în vederea internării nici în statul membru de destinație.

- 110 Astfel, în stabilirea caracterului justificat/întemeiat al refuzului eliberării unei autorizații necesare în temeiul articolului 22 din Regulamentul nr. 1408/71, un element ce va face obiectul evaluării instanței naționale este necesitatea conform legislației naționale a existenței biletului de internare eliberat ca atare reclamantului.
- 111 Or, impunerea unei asemenea condiții strict formale, în condițiile din cauza dată în care se pune în discuție și conformitatea normei naționale care exclude emiterea raportului de evaluare medicală de către un medic din afara sistemului național al asigurărilor medicale, pare să impună o condiție care le depășește pe cele prevăzute la articolul 20 din Regulamentul nr. 883/2004.
- 112 După cum reiese din considerentul (8) al Directivei 2011/24, aceasta din urmă a codificat jurisprudența Curții privind libera prestare a serviciilor garantată de articolul 56 TFUE în domeniul asistenței medicale, urmărind totodată să realizeze o aplicare mai generală și, de asemenea, mai eficace a principiilor stabilite de la caz la caz de această jurisprudență. Astfel, articolul 7 alineatul (1) din Directiva 2011/24 prevede că, fără a aduce atingere Regulamentului nr. 883/2004 și sub rezerva dispozițiilor articolelor 8 și 9 din această directivă, statul membru de afiliere asigură rambursarea costurilor suportate de o persoană asigurată care beneficiază de asistență medicală transfrontalieră, dacă asistența medicală respectivă se regăsește printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată în acest stat membru.
- 113 Articolul 7 alineatul (4) din Directiva 2011/24 prevede în plus că costurile asistenței medicale transfrontaliere sunt rambursate sau plătite direct de statul membru de afiliere până la nivelul costurilor care ar fi fost suportate de statul membru de afiliere dacă asistența medicală respectivă ar fi fost acordată pe teritoriul său, fără a depăși costurile efective ale asistenței medicale primite. Pe de altă parte, articolul 8 din această directivă prevede că un stat membru poate supune serviciile spitalicești unui sistem de autorizare prealabilă. Cu toate acestea, acest articol precizează că un astfel de sistem, inclusiv criteriile și aplicarea acestor criterii, precum și deciziile individuale de a refuza acordarea autorizației prelabile, trebuie să se limiteze la ceea ce este necesar și proporțional cu obiectivul care trebuie atins și nu poate constitui un mijloc de discriminare arbitrară sau un obstacol nejustificat în calea liberei circulații a pacienților.
- 114 Considerentul (43) al Directivei 2011/24 enunță, la rândul lui, că criteriile aferente acordării autorizării prelabile ar trebui să fie justificate din perspectiva motivelor imperative de interes general capabile să justifice obstacolele în calea liberei circulații a serviciilor medicale, cum ar fi cerințele de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane.
- 115 În ceea ce privește, pe de o parte, obiectivul referitor la necesitatea de a proteja stabilitatea financiară a sistemului de securitate socială, trebuie subliniată

existența unei diferențe sistemice între sistemul de rambursare instituit prin Regulamentul nr. 883/2004 și cel prevăzut de Directiva 2011/24. Spre deosebire de articolul 20 alineatul (2) din Regulamentul nr. 883/2004, articolul 7 alineatul (4) primul paragraf din Directiva 2011/24 prevede, astfel cum s-a amintit la punctul 68 din prezenta hotărâre, că costurile asistenței medicale transfrontaliere sunt rambursate sau plătite direct de statul membru de afiliere până la nivelul costurilor care ar fi fost suportate de acest stat membru dacă asistența medicală respectivă ar fi fost acordată pe teritoriul său, iar aceasta fără a se depăși costurile efective ale asistenței medicale primite.

- 116 Rambursarea prevăzută la articolul 7 din Directiva 2011/24 poate fi, așadar, supusă unei duble limite. Pe de o parte, ea este calculată pe baza tarifelor aplicabile asistenței medicale în statul membru de afiliere. Pe de altă parte, chiar dacă nivelul costurilor cu asistența medicală acordată în statul membru gazdă este inferior celui al asistenței medicale acordate în statul membru de afiliere, această rambursare nu depășește costurile efective ale asistenței medicale primite. Din moment ce rambursarea costurilor cu această asistență medicală în temeiul Directivei 2011/24 este supusă acestei duble limite, sistemul de sănătate al statului membru de afiliere nu poate fi supus unui risc de costuri suplimentare legat de suportarea cheltuielilor cu asistența medicală transfrontalieră. Această interpretare este de altfel confirmată de considerentul (29) al Directivei 2011/24, care indică în mod expres că această suportare a costurilor nu poate avea un efect considerabil asupra finanțării sistemelor naționale de asistență medicală.
- 117 Prin urmare, în cadrul Directivei 2011/24 și spre deosebire de situațiile reglementate de Regulamentul nr. 883/2004, statul membru de afiliere nu va fi, în principiu, expus unei sarcini financiare suplimentare în cazul unei asistențe transfrontaliere.
- 118 Față de aceste aspecte, menționate în cuprinsul Hotărârii din 29 octombrie 2020 pronunțate de CJUE în cauza C-243/19, Înalta Curte constată că se conturează dubii privind existența unei justificări rezonabile pentru impunerea acestei condiții de formă, din perspectiva textelor mai sus amintite.
- 119 Ca urmare, Înalta Curte consideră necesară sesizarea CJUE, din perspectiva întrebărilor solicitate de reclamant și reformulate astfel:

[OMISSIS] *[textul întrebării 1, redat în dispozitiv]*

IV.4. Cu privire la ultima întrebare propusă de recurentul-reclamant

- 120 Cu privire la această întrebare, care urmează a fi reformulată de asemenea, chestiunea care se invocă *privește interpretarea dreptului Uniunii*, interpretarea solicitată are *legătură directă cu obiectul litigiului principal, este relevantă și pertinentă* pentru soluționarea litigiului în materie de concurență, *nu a făcut obiectul unei interpretări* din partea Curții de Justiție a Uniunii Europene, iar aplicarea corectă a dreptului Uniunii nu se impune cu o asemenea evidență încât

să nu lase loc niciunei îndoieli rezonabile, pentru motivele ce vor fi arătate în continuare.

- 121 *Legătura cu soluționarea cauzei a acestei întrebări se întrezărește în ipoteza în care instanța de recurs, în urma evaluării argumentelor din cauză, ar putea constata, pe de o parte, că refuzul de eliberare a autorizării prealabile a fost justificat și legal și, pe de altă parte, că procedura medicală suferită de reclamant ar fi fost inclusă în pachetul de servicii de bază decontate de fondul național.*
- 122 Pârâții au considerat că dispozițiile normative din cuprinsul articolului 4 din anexa la HG nr.304/2014 care plafonează cuantumul sumei rambursate nu constituie condiții suplimentare care conduc la negarea sau afectarea dreptului de rambursare în substanța lui, astfel cum susține reclamantul, chiar dacă aceste plafonări conduc la o reducere a sumei de rambursat.
- 123 Astfel, în conformitate cu prevederile articolului 7 alineatul (4) din Directivă - Principii generale pentru rambursarea costurilor, *„Costurile asistenței medicale transfrontaliere sunt rambursate sau plătite direct de către statul membru de afiliere până la nivelul costurilor care ar fi fost suportate de statul membru de afiliere dacă asistența medicală respectivă ar fi fost acordată pe teritoriul său, fără a depăși costurile efective ale asistenței medicale primite.”*
- 124 Aceste prevederi se regăsesc transpuse întocmai în cuprinsul articolului 4 din Hotărârea Guvernului nr. 304 /2014, cu modificările și completările ulterioare, care reglementează modul decontării, fiind firesc să existe un algoritm de calcul. Așadar, regula este că, pentru un pacient înregistrat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere de care acesta a beneficiat pe teritoriul altui stat membru urmează a se face la nivelul costurilor decontate pentru serviciile medicale furnizate pe teritoriul României. Această limitare este una permisă de chiar legislația comunitară și este rezonabilă fiind justificată de *motive imperative de interes general legate de sănătatea publică*, chiar dacă această limitare este una drastică.
- 125 Reclamantul a susținut că este necesară interpretarea dreptului Uniunii Europene și în ceea ce privește posibilitatea de limitare a sumei decontate, deoarece, chiar dacă se recunoaște dreptul statului membru de a limita această valoare, acest drept nu poate avea ca efect golirea de conținut a dreptului pacientului. Principiul proporționalității impune asigurarea unui echilibru just între obiectivele legitime ale statului și măsurile pe care statul le utilizează pentru atingerea acestora. Proporționalitatea necesită, de asemenea, un echilibru just între drepturile persoanei și interesul public. Cu cât este mai mare ingerința, cu atât mai mult se impune o justificare. Din acest principiu fundamental al dreptului european rezultă că limitările trebuie să fie proporționale și să respecte esența dreptului. Acest lucru înseamnă că limitările nu trebuie să depășească ceea ce este adecvat și necesar pentru a îndeplini „obiectivele de interes general recunoscute de Uniune” sau pentru a proteja drepturile și libertățile altor persoane, iar statul ar trebui să recurgă la măsura cea mai puțin oneroasă. Prin urmare, chiar acceptând că dreptul

european permite o astfel de limitare, reglementarea internă contravine principiului proporționalității, deoarece aduce atingere însuși dreptului în substanța lui.

- 126 În fapt, deși în esență au susținut că procedura medicală aplicată reclamantului nu este suspusă decontării în sistemul național, aspect adresat deja în cadrul prezentei la punctul IV. 1.2., prin adresele emise s-au avansat diferite valori ale costului acestei proceduri (de la 1 367 de lei la 4 618 lei aferent anului 2018, anul în care reclamantul a suportat intervenția medicală), fără a-și asuma vreun calcul concret nicunul din pârâții chemați în judecată; or, reclamantul a suportat, conform dovezilor de la dosar, un cost de 13 069 de euro (cca 60 000 de lei în echivalent la cursul BNR din luna mai 2018).
- 127 Cu toate acestea, raportat la costul mediu astfel avansat la nivel teoretic de către pârâți (care au refuzat în mod sistematic să se pronunțe asupra acestui calcul, deși potrivit legii naționale, acestora le revine această sarcină), în ipoteza în care instanța națională va reține, în urma evaluării probatoriului, a dreptului național și a principiilor de drept unional, [OMISSIS] că reclamantul trebuia și putea să obțină în timp rezonabil și fără a-i fi pusă în pericol viața sau refacerea sa în condiții similare, autorizarea prealabilă impusă de articolul 8 din directivă, Înalta Curte analizează conformitatea normei naționale de stabilire a formulei de calcul, care limitează cuantumul acestei despăgubiri în mod semnificativ comparativ cu costurile efectiv suportate de asigurat în statul membru ce a acordat aceste servicii medicale.
- 128 Astfel, este cert că, față de interpretările date în cauza C-430/12, [Luca] (punctul 29), „*asigurații sociali care beneficiază de îngrijiri spitalicești în alt stat membru decât statul membru de reședință nu pot solicita rambursarea respectivelor cheltuieli, în temeiul articolului 49 CE, decât în limita acoperirii garantate de regimul de asigurări de sănătate la care sunt afiliați.*”
- 129 De asemenea, conform punctului 80 din Hotărârea Elchinov, „*trebuie adăugat că, astfel cum a arătat avocatul general la punctul 85 din concluzii, asigurații sociali care beneficiază de îngrijiri spitalicești în alt stat membru decât statul membru de reședință fără a solicita autorizare în temeiul articolului 22 alineatul (1) litera (c) punctul (i) din Regulamentul nr. 1408/71 nu pot solicita rambursarea cheltuielilor efectuate cu îngrijirile menționate în temeiul articolului 49 CE decât în limita acoperirii garantate de regimul de asigurări de sănătate la care sunt afiliați (a se vedea în acest sens Hotărârea Müller-Fauré și van Riet, punctele 98 și 106). Situația este aceeași atunci când refuzul de eliberare a unei autorizații prelabile solicitate în temeiul articolului 22 menționat este întemeiat.*”
- 130 Cu toate acestea, în această ipoteză, se pune în discuție respectarea valorilor și principiilor comune, valabile în întreaga Uniune, cu privire la modul în care sistemele de sănătate răspund nevoilor populației și ale pacienților pe care îi deservește (astfel cum sunt denumite în cadrul considerentului (21) din preambulul Directivei 2011/24), în cazul existenței unei discrepanțe majore între valoarea

serviciilor medicale conform legislației statului membru de afiliere și cea stabilită conform legislației statului membru unde a fost aplicat tratamentul.

- 131 Dincolo de faptul că, potrivit considerentului (5) al preambulului directivei, deciziile cu privire la pachetul asistenței medicale la care au dreptul cetățenii și la mecanismele folosite pentru finanțarea și furnizarea asistenței medicale respective trebuie plasate în contextul național și că, potrivit considerentului (7) al preambulului directivei, fiecare stat are libertatea de a decide tipul de asistență medicală pe care îl consideră adecvat, accesul la îngrijiri de bună calitate, care include accesul la cele mai potrivite proceduri medicale adecvate stării medicale a pacientului, reprezintă în mod clar o valoare comună la nivelul Uniunii.
- 132 Conform considerentului (22) al preambulului directivei, *„ar trebui depuse eforturi sistematice și continue pentru a asigura îmbunătățirea standardelor de calitate și siguranță în conformitate cu concluziile Consiliului și ținând seama de progresele înregistrate în știința medicală internațională și de bunele practici medicale recunoscute la nivel general, precum și de noile tehnologii din domeniul sănătății.”*
- 133 Deși conform articolului 7 alineatul (3) din directivă, *„este responsabilitatea statului membru de afiliere să stabilească, la nivel local, regional sau național, asistența medicală pentru care persoana asigurată are dreptul la rambursarea costurilor și nivelul rambursării costurilor respective, indiferent de locul acordării asistenței medicale”*, totodată, conform articolului 5 litera (b) din aceeași directivă, *„statul membru de afiliere se asigură că (...) există mecanisme care să furnizeze pacienților, la cerere, informații privind drepturile lor în statul membru respectiv cu privire la primirea de asistență medicală transfrontalieră, îndeosebi în ceea ce privește termenii și condițiile de rambursare a costurilor în conformitate cu articolul 7 alineatul (6) și procedurile de evaluare și de stabilire a drepturilor respective și pentru căile de apel și de despăgubire dacă pacienții consideră că drepturile lor nu au fost respectate, în conformitate cu articolul 9. În informațiile privind asistența medicală transfrontalieră, se face o distincție clară între drepturile de care beneficiază pacienții în temeiul prezentei directive și drepturile ce decurg din Regulamentul (CE) nr. 883/2004.”*
- 134 Or, față de refuzul sistematic al autorităților pârâte de a comunica instanțelor de judecată un calcul concret al costului (potrivit legislației naționale) procedurii medicale suportate de reclamant, dincolo de refuzul efectiv de considerare ca îndeplinite a condițiilor pentru rambursare, se pune în discuție dacă modalitatea de calcul a decontului medical reglementat de legislația națională respectă obligația impusă de articolul 5 litera (b) din directivă și implicit, în caz de neîndeplinire a condițiilor pentru eliberarea autorizării prealabile, dacă refuzul rambursării sau rambursarea într-o proporție derizorie raportat la cuantumul efectiv cheltuit de asigurat, respectă principiul proporționalității, pornind de la premisa lipsei unei informări reale a asiguratului cu privire la perspectiva sumei ce ar fi putut fi rambursată.

135 Ca urmare, Înalta Curte consideră necesară sesizarea CJUE, din perspectiva întrebării solicitate de reclamant și reformulate astfel:

[OMISSIS] *[textul întrebării 2, redat în dispozitiv]*

V. Întrebările preliminare

136 Pentru toate motivele prezentate, în temeiul dispozițiilor articolului 267 TFUE, Înalta Curte va sesiza Curtea de Justiție a Uniunii Europene cu întrebările preliminare ce reies din dispozitivul prezentei încheieri.

137 [OMISSIS]

PENTRU ACESTE MOTIVE

ÎN NUMELE LEGII

DISPUNE:

Admite în parte cererea de sesizare a Curții de Justiție a Uniunii Europene formulată de recurentul-reclamant AF.

În temeiul articolului 267 TFUE, sesizează Curtea de Justiție a Uniunii Europene cu următoarele întrebări preliminare:

„1. Articolul 49 și articolul 56 TFUE și articolul 7 alineatul 7 din Directiva 2011/24/UE se interpretează în sensul că se opun unei reglementări care condiționează automat rambursarea cheltuielilor efectuate de persoana asigurată în mod obligatoriu în statul membru de reședință de o evaluare medicală efectuată de către un cadru medical ce furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări de sănătate din acel stat și de emiterea subsecventă a unui bilet de internare de către acesta, fără a fi permisă depunerea de înscrisuri medicale echivalente emise de instituții medicale din sistemul privat de sănătate, chiar și în situația în care internarea a avut loc și serviciul medical a fost prestat în alt stat membru decât cel de reședință al asiguratului?

2. Articolul 49 și articolul 56 TFUE, articolul 22 alineatul (1) litera (c) din Regulamentul nr. 1408/71, principiile liberei circulații a pacienților și a serviciilor, precum și principiul eficienței și principiul proporționalității se interpretează în sensul că se opun unei reglementări naționale care, în cazul neobținerii autorizării prealabile, stabilește cuantumul serviciilor ce urmează a fi decontate la nivelul costurilor care ar fi fost suportate de statul membru de reședință, dacă asistența medicală ar fi fost acordată pe teritoriul său, printr-o formulă de calcul care limitează cuantumul acestei despăgubiri în mod semnificativ comparativ cu costurile efectiv suportate de asigurat în statul membru ce a acordat aceste servicii medicale?”

[OMISSIS]

[OMISSIS]
[OMISSIS]

[OMISSIS]
[OMISSIS]

[OMISSIS]
[OMISSIS]

[OMISSIS]
[OMISSIS]

[procedură, semnături]