

**RAMBURSAREA CHELTUIELILOR MEDICALE  
EFECTUATE ÎNTR-UN ALT STAT MEMBRU  
AL UNIUNII EUROPENE**

**CULEGERE DE PRACTICĂ JUDICIARĂ**

Selecții realizate de  
**DRAGOȘ CĂLIN**, judecător, Curtea de Apel București  
**ROXANA MARIA CĂLIN**, judecător, Tribunalul București



**EDITURA UNIVERSITARĂ**  
**București, 2020**

Cuvânt înainte ..... 11

**1. În măsura în care se dovedește că urgența medicală a împiedicat pe reclamant nu numai să obțină autorizația prealabilă, dar și să depună cererea de acordare a autorizației prealabile, legislația națională nu poate constitui un impediment în acordarea contravalorii tratamentului medical conform dispozițiilor art. 20 din Regulamentul (CE) nr.883/2004.** 17

*Curtea de Apel Timișoara, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr. 7779 din 7 noiembrie 2017*

**2. Cum reclamanții nu au depus niciun document din care să rezulte că instituțiile medicale din România nu puteau realiza în mod corespunzător sau într-un interval de timp util intervenția chirurgicală efectuată în Austria, nu poate fi acordată contravaloarea tratamentului medical.....** 75

*Curtea de Apel Timișoara, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr.925 din 8 mai 2018*

**3. Prin efectuarea plății tratamentului medical de către reclamant, formularul S2 (E112) nu mai produce efectele pentru care a fost eliberat, neputând fi invocat în solicitarea rambursării. Aceste prevederi sunt aplicabile în toate situațiile, nu doar în aceea a eliberării formularului după plecarea persoanei beneficiare, întrucât scopul eliberării acestuia este același în toate situațiile, respectiv ca beneficiarul să obțină tratament medical din partea unei unități dintr-un alt stat, fără a suporta costul acestuia, contravaloarea serviciilor medicale urmând să fie decontată direct între instituțiile implicate. În situația în care contravaloarea serviciilor medicale a fost achitată de beneficiar, formularul nu mai produce efectele pentru care a fost emis, respectiv decontarea directă a serviciilor medicale între unitatea medicală și casa de asigurări de sănătate, fără contribuția beneficiarului.....** 126

*Curtea de Apel Tîrgu Mureș, Secția a II-a civilă, de contencios administrativ și fiscal, Decizia nr. 666/R din 11 octombrie 2016*

**4. Prevederile art. 22 din Regulamentul (CEE) nr.1408/71 nu se opun, în principiu, unei reglementări a unui stat membru care condiționează rambursarea integrală a cheltuielilor aferente îngrijirilor spitalicești**

acordate în alt stat membru de obținerea unei autorizații prealabile. În schimb, aceste articole se opun unei astfel de reglementări interpretate în sensul că exclude, în toate cazurile, rambursarea integrală de către instituția competentă a cheltuielilor aferente unor astfel de îngrijiri, acordate fără autorizație prealabilă..... 138

*Curtea de Apel Bacău, Secția I civilă, Decizia nr. 1521 din 28 octombrie 2013*

5. Potrivit art. 22 din Regulamentul (CEE) nr.1408/71, există posibilitatea deplasării pe teritoriul unui alt stat membru pentru a primi tratament adecvat stării asiguratului pe timpul bolii sau maternității, atât pentru asigurat, cât și pentru membrul de familie. Intervenția chirurgicală asupra fătului prezintă o urgență neonatală ce se impune a fi realizată imediat după naștere, iar această situație nu este compatibilă cu efectuarea demersurilor cu privire la înregistrarea nașterii și eliberarea certificatului de naștere pe numele copilului..... 148

*Curtea de Apel Ploiești, Secția a II-a civilă, de contencios administrativ și fiscal, Decizia nr. 128 din 16 ianuarie 2018*

6. Legislația internă condiționează suportarea contravalorii cheltuielilor ocazionate de serviciile medicale prestate în afara teritoriul țării, de soluționarea în mod favorabil a cererii de eliberare a formularului S2 (E112) anterior plecării beneficiarului în străinătate, doar emiterea, ca fapt material, putând fi ulterioară plecării..... 159

*Curtea de Apel Craiova, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia nr. 1630 din 13 martie 2014*

7. A nu recunoaște mamei biologice posibilitatea de a obține serviciile de naștere în locul unde urma să se efectueze și actul medical asupra copilului a făcut ca drepturile asiguratului să fie supuse unei proceduri formaliste, rigide, să devină iluzorii. Raportul medical privind situația copilului, care consemna necesitatea unei intervenții urgente pentru salvarea vieții acestuia, era suficient pentru a face dovada faptului că nașterea nu se putea face într-un interval de timp rezonabil în România, având în vedere starea fătului..... 171

*Curtea de Apel Iași, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia nr. 1683 din 14 noiembrie 2017*

8. În condițiile în care formularul E126 nu este instrumentat de instituțiile oficiale autorizate de la locul de ședere, din cadrul Ministerul Federal al Sănătății și Securității Muncii, ci doar de furnizorul de servicii medicale, așa cum în mod corect a sesizat pârâta, rezulta că în speță nu

putea fi angajată răspunderea statului român în temeiul Regulamentului (CEE) nr.1408/71..... 180

*Curtea de Apel Timișoara, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr.2877 din 9 aprilie 2014*

**9. O condiție a admisibilității eliberării formularului S2 (E112) este aceea ca, din raportul medical, 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 iar acesta să nu poată fi efectuat într-un interval de timp rezonabil în niciuna din unitățile sanitare din România, luând în considerare starea curentă de sănătate a persoanei solicitante și evoluția probabilă a bolii ..... 188**

*Curtea de Apel Oradea, Secția I Civilă, Decizia civilă nr. 96 din 15 ianuarie 2014*

**10. Îngrijirile spitalicești acordate în alt stat membru trebuie să fie rambursate de instituția competentă în limita cuantumului stabilit de legislația acestui stat membru, dacă au făcut obiectul autorizației impuse de art. 22 alin. 1 lit.c din Regulamentul nr. 1408/71. În situația în care acest cuantum este inferior celui care ar fi rezultat din aplicarea legislației în vigoare în statul membru al cărui rezident este asiguratul în cazul spitalizării în acest din urmă stat, trebuie să se acorde în plus de instituția competentă o rambursare suplimentară corespunzătoare diferenței dintre aceste două valori, în limita cheltuielilor efectuate în realitate ..... 210**

*Curtea de Apel Oradea, Secția I Civilă, Decizia civilă nr. 505 din 18 septembrie 2017*

**11. Lipsa unei recomandări medicale dată de un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări de sănătate din România, în sensul unei intervenții chirurgicale asistată robotic. Costuri solicitate spre rambursare..... 222**

*Curtea de Apel Tîrgu Mureș, Secția a II-a civilă, de contencios administrativ și fiscal, Sentința nr. 133 din 30 decembrie 2019*

**12. Din raportul medical trebuie să rezulte că serviciile medicale de care asiguratul a beneficiat se regăsesc în pachetul de servicii de bază (servicii decontate din Fondul național asigurări sociale de sănătate din România) și faptul că aceste servicii nu i se pot efectua în România în intervalul de timp necesar în mod normal pentru obținerea tratamentului, luând considerare starea lui curentă de sănătate și evoluția probabilă a bolii ..... 249**

*Curtea de Apel București, Secția a VIII-a contencios administrativ și fiscal, Sentința civilă nr. 409 din 10 februarie 2017*

**13. Rambursarea cheltuielilor medicale efectuate într-un alt stat membru nu poate fi refuzată în cazul în care tratamentul spitalicesc nu ar putea fi furnizat în timp util în statul membru de reședință al persoanei asigurate din pricina lipsei de medicamente și consumabile medicale de bază și de infrastructură ..... 262**

*Curtea de Apel București, Secția a VIII-a contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr. 5984 din 13 decembrie 2016*

**14. Eliberarea formularului S2 (E112) se poate realiza numai în condițiile existenței unui diagnostic cert și a imposibilității tratării afecțiunii în cadrul sistemului medical românesc ..... 290**

*Curtea de Apel Cluj, Secția a III-a contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr. 2107 din 2 noiembrie 2016*

**15. Cât timp reclamantul nu s-a adresat instituției abilitate cu o cerere de eliberare a formularului S2 (E112), nici înainte de deplasarea în străinătate, nici după aceasta, prin invocarea situației de forță majoră în care s-a aflat, situație care l-a împiedicat să solicite eliberarea formularului S2 (E112), nu există temei legal de a rambursa contravaloarea serviciilor medicale acordate..... 296**

*Curtea de Apel Alba Iulia, Secția I civilă, Decizia civilă nr. 1282 din 6 octombrie 2016*

**16. Eliberarea formularului S2 (E112) în cazul în care nu se poate realiza o separare între naștere și intervenția chirurgicală, pe care o impune malformația de care suferă fătul, deoarece nașterea nu poate fi privită ca o afecțiune a mamei ..... 306**

*Curtea de Apel Ploiești, Secția a II-a civilă, de contencios administrativ și fiscal, Decizia nr. 9169 din 31 octombrie 2013*

**17. Neinvocarea unui impediment obiectiv, de nesurmontat în depunerea cererii, ci doar descurajarea reclamantei, printr-o comunicare verbală cu autoritățile publice, că procedura nu ar acoperi astfel de intervenții, nu justifică existența unor circumstanțe speciale, de natură a atrage aplicarea testului de proporționalitate, pentru a se verifica restrângerea nejustificată a liberei prestări a serviciilor ..... 323**

*Curtea de Apel Cluj, Secția a III-a contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr. 1661 din 29 noiembrie 2019*

**1. În măsura în care se dovedește că urgența medicală a împiedicat pe reclamant nu numai să obțină autorizația prealabilă, dar și să depună cererea de acordare a autorizației prealabile, legislația națională nu poate constitui un impediment în acordarea contravalorii tratamentului medical conform dispozițiilor art. 20 din Regulamentul (CE) nr.883/2004**

*Curtea de Apel Timișoara, Secția contencios administrativ și fiscal, Decizia civilă nr. 7779 din 7 noiembrie 2017*

Deliberând asupra recursurilor de față, constată următoarele:

Împotriva sentinței civile nr. 308/25.05.2016, pronunțată de Tribunalul Caraș-Severin, au declarat recurs pârâtele Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Caraș-Severin.

*Recursul pârâtei Casa Națională de Asigurări de Sănătate:*

Casa Națională de Asigurări de Sănătate solicită admiterea recursului, arătând, în esență, că instanța de fond, în mod eronat s-a pronunțat în sensul respingerii excepției lipsei calității procesuale pasive a CNAS și a excepției lipsei de obiect, ambele invocate de pârâta CNAS.

Astfel, în cuprinsul motivării, cu privire la excepția lipsei calității procesual pasive a CNAS, judecătorul fondului în mod eronat a reținut că excepția invocată nu este întemeiată, deoarece capacitatea de a sta în prezentul proces a CNAS este dată de calitatea de ordonator principal de credite, de faptul că pârâta CAS Caraș-Severin nu dispune de fonduri proprii pentru a-și angaja singură obligațiile ce decurg într-un asemenea raport juridic.

Apreciază ca o astfel de motivare nu se poate circumscrie aprecierii instanței asupra calității procesuale pasive a CNAS și, totodată, nu echivalează cu o motivare a respingerii excepției invocate.

În acest sens, solicită a se avea în vedere că, în conformitate cu art. 266 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare (în forma în vigoare la momentul de referință), CNAS este instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, având ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonare a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Potrivit prevederilor art. 267 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare (în forma în vigoare la momentul de referință), casele de asigurări sunt instituții publice cu personalitate juridică distinctă, cu bugete proprii, în subordinea CNAS.

Astfel, potrivit prevederilor HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, verificarea îndeplinirii dispozițiilor legislative și soluționarea cauzelor care decurg din act normativ, precum și responsabilitățile ulterioare care decurg din rezolvarea acestor cauze, reprezintă obligații legale care revin exclusiv casei de asigurări de sănătate unde este luată în evidență persoana asigurată.

De asemenea art.3 alin.(1) al HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, prevede că: *"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 traduse în limba română de către un traducător autorizat, 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 art. 4"*.

Totodată, instanța de fond în mod eronat a reținut susținerile reclamantului cu privire la faptul că CNAS a fost cea care a stabilit că acesta este îndrituit a primi doar 1/30 din suma solicitată de la CJAS Caraș-Severin, deținând în acest fel și calitate procesuală pasivă.

Or, cu privire la acest aspect învederează faptul că, reclamantului i s-a achitat către suma de 4.214.16 lei reprezentând contravaloarea serviciilor medicale acordate, în temeiul art. 3 alin.(1) lit. b) coroborat cu art. 4 alin.(1) lit. b) din HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, la nivelul tarifelor din România.

De asemenea, rezultă îndubitabil din actul normativ mai sus menționat faptul că nu CNAS a stabilit cuantumul sumei ce urma să i se ramburseze reclamantului (raportat la situația existentă), ci suma respectivă s-a rambursat în conformitate cu legislația de specialitate, în vigoare la momentul de referință.

Astfel că, referitor la calitatea procesuală pasivă a CNAS, față de considerentele mai sus invocate solicită să se constate lipsa calității procesuale pasive a CNAS în speța de față, și în consecință, admiterea acestei excepții, așa după cum a fost invocată.

De asemenea, raportat la dispozițiile prevederilor art.488 alin.(1) pct.6 din Codul de procedură civilă, apreciază că instanța de fond a motivat lapidar respingerea ca nefondată a excepției lipsei de obiect, invocată de pârâta CNAS, reținând, în mod eronat, faptul că pârâtele au recunoscut doar parțial pretențiile solicitate inițial de către reclamant, în cauză, reclamantul a solicitat doar diferența (29.000 euro) dintre sumele solicitate (30.000 euro) și sumele deja achitate de pârâte (1000 euro).

În acest sens, precizează faptul că reclamantului i-a fost decontată de CAS Caraș-Severin suma de 4.214.16 lei cu titlu de servicii medicale acordate ca urmare a unei intervenții medicale pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, potrivit notei de calcul din 10.06.2015 emisă de pârâta sus menționată. Această sumă a fost achitată în conformitate cu prevederile art. 4 alin.(1) lit. b) din HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, în vigoare la data acordării serviciilor medicale către reclamant, la nivelul tarifelor din România.

Prin urmare, procedura de rambursare a serviciilor medicale acordate în baza formularelor europene are loc la nivel interinstituțional, și presupune un proces laborios și continuu, implicând mai multe instituții atât din plan intern, cât și în cel extern.

În plan intern, Casa Națională de Asigurări de Sănătate îndeplinește funcția de organism de legătură care asigură comunicarea cu organismele similare din statele membre UE/SEE, iar casele de asigurări de sănătate îndeplinesc funcția de instituții competente care suportă cheltuielile pentru prestațiile de boală și maternitate și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate acordate asiguraților proprii de către furnizorii de servicii medicale din alte state. În plan extern, instituțiile prin intermediul cărora se realizează procedura de rambursare a serviciilor medicale sunt organismele de legătură, instituțiile de la locul de ședere și unitățile sanitare care au acordat serviciile medicale.

Referitor la modalitatea de decontare la nivelul tarifelor din România, precizează faptul că acest lucru se realizează, potrivit dispozițiilor art. 4 alin.(1) lit.b din HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, în sensul că nivelul la care se realizează operațiunea de rambursare a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere, se stabilește pentru servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, astfel: ICM x 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.

În consecință, solicită a se observa faptul că, întrucât reclamantului i s-a achitat suma de 4.214,16 lei reprezentând contravaloarea serviciilor medicale acordate în temeiul art.4 alin.(1) lit. b) din HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, la nivelul tarifelor din România, rezultă că, în mod legal și cu respectarea prevederilor legale imperative din legislația aplicabilă, obligația de plată a fost îndeplinită de către CAS Caraș-Severin.

În acest sens, excepția lipsei de obiect nu a fost invocată de CNAS cu referire la corespondența dintre CNAS și CAS Caraș-Severin în ceea ce privește suma de bani



solicitată de reclamant și cea rambursată de CAS Caraș-Severin către acesta (așa după cum, în mod eronat, a reținut instanța de fond), ci se întemeiază pe dispozițiile legale speciale aplicabile speței de față, respectiv HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistenta medicală transfrontalieră.

Astfel, modalitatea prin care s-a dus la îndeplinire obligația de plată (raportat la speța de față), s-a realizat în conformitate cu prevederile legale speciale la care am făcut referire anterior, această procedură de rambursare fiind singura reglementată de legislația în materie.

În consecință, solicită admiterea excepției lipsei de obiect, așa după cum a fost invocată.

Pe fondul cauzei, raportat la prevederile art.488 alin.(1) pct. 8 din Codul de procedură civilă, în mod eronat instanța de fond a reținut faptul că în cauza dedusă judecării, se impune a se clarifica doar refuzul parțial al părților și nicidecum îndreptățirea reclamantului la decontarea serviciilor medicale din străinătate, având în vedere că părțile au recunoscut dreptul reclamantului la decontarea acestor servicii prin însăși plata parțială a acestora.

Astfel, instanța de fond se află în eroare privind reținerile din sentința recurată, având în vedere faptul că, în speță, cadrul legislativ al căror dispoziții sunt aplicabile îl constituie Titlul XIX din Legea nr.95/2006, cu modificările și completările ulterioare, prin care a fost transpusă Directiva 2011/24 în ceea ce privește asistența medicală transfrontalieră precum și HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistenta medicală transfrontalieră și raportat la faptul că, în baza prevederilor legale mai sus menționate, CAS Caraș-Severin, în urma aprobării alocării de prevedere bugetară comunicată de CNAS prin adresa nr. P6700/14.07.2015, a decontat reclamantului suma de 4.214,16 lei.

Totodată, așa după cum reiese din documentele depuse la dosarul cauzei, rezultă că cererea de eliberare a formularului E112/S2 a fost depusă de reclamant ulterior internării în unitatea sanitară Institutul Mutualist Montsouris din Paris, Franța, și ulterior achitării serviciilor medicale de acesta (data solicitării eliberării formularului este 02.03.2015, iar perioada de spitalizare conform documentelor depuse de reclamant, este 17.01 - 05.03.2015, data efectuării plății către unitatea sanitară din Franța fiind 16.01.2015).

În acest sens, potrivit art. 46 din Ordinul președintelui CNAS nr.592/2008 pentru aprobarea Normelor 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, cu modificările și completările ulterioare: „(1)

Formularul E112 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 alin. (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 E112. (4) La întocmirea referatului prevăzut la alin. (3) se vor detalia împrejurările de origine externă, cu caracter extraordinar, absolut imprezvizibile și inevitabile, inclusiv împrejurări de natură medicală, care au condus la situația de forță majoră.”

Astfel, potrivit dispozițiilor Cap. II art. 3 alin.(1) lit. b) coroborat cu art. 4 alin.(1) lit. b) din HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră: *„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 traduse în limba română de către un traducător autorizat, casa de asigurări de sănătate rambursează contravaloarea asistenței medicale transfrontaliere acordate pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene și plătite de acesta dacă 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 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”*. În acest sens, „nivelul la care se realizează operațiunea de rambursare a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere prevăzute la art. 3 alin. (1) se stabilește (...) pentru servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă: ICM x 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.

De asemenea, potrivit dispozițiilor Cap.II art. 3 alin.(6) și (7) din HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, *„rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere se efectuează de către casa de asigurări de sănătate care a întocmit solicitarea de acordare de prevedere bugetară, în lei, în termen de maximum 60 de zile de la data alocării de prevedere bugetară”*, fapt dovedit prin adresa CNAS nr. P6700/14.07.2015 despre care a făcut vorbire mai sus, prin care s-a aprobat alocarea de prevedere bugetară către CAS Caraș-Severin, și, *„Rambursarea nu*

*trebuie să depășească contravaloarea în lei a asistenței medicale transfrontaliere achitate de asigurat, de un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau de către o persoană imputernicită de acesta, la cursul Băncii Naționale a României din data efectuării plății, comparând tariful achitat cu nivelul stabilit pentru rambursare conform prevederilor art. 4, distinct pentru fie care serviciu medical/ medicament/ dispozitiv medical”.*

În acest sens, prin prevederile HG nr.304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, legiuitorul a stabilit procedura și condițiile în care un asigurat român care beneficiază de servicii medicale acordate într-un alt stat membru al U.E., are dreptul să solicite de la statul de apartenență (în speță, statul român) rambursarea cheltuielilor efectuate. Asiguratul are dreptul la rambursarea acestor cheltuieli la nivelul tarifelor decontate în România și cu condiția ca serviciile medicale de care a beneficiat în străinătate să facă parte din pachetul de bază decontat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Totodată, în mod eronat a reținut instanța de fond faptul că în ceea ce privește cuantumul rambursării ce se datora reclamantului de către pârâte, *Tribunalul va avea în vedere și art.36 alin.(1) din Regulamentul (CEE) 1408/71 care prevede că „prestațiile în natură acordate în conformitate cu dispozițiile prezentului capitol de instituția unui stat membru pe seama unui alt stat membru se rambursează integral.”*

Astfel, actul normativ invocat în motivare de către instanța de fond a fost abrogat în conformitate cu art. 90 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, astfel încât, pentru perioada de referință în care reclamantul a beneficiat de servicii medicale pe teritoriul Statului francez (în speță, anul 2015), Regulamentul (CEE) 1408/71 nu mai poate fi aplicat, nemaifiind în vigoare.

Pe de altă parte, chiar în situația în care s-ar fi aplicat Regulamentul (CEE) 1408/71, instanța de fond s-a aflat în eroare invocând prevederile actului normativ mai sus amintit deoarece acesta face referire la rambursarea interinstituțională, operațiune care nu face obiectul litigiului de față.

Astfel, textul de lege prevede foarte clar faptul că prestațiile în natură (în speță serviciile medicale) acordate de instituția unui stat membru (în speță Franța) pe seama unui alt stat membru (în speță România), se rambursează integral, în sensul că suma de bani pe care trebuie să o plătească Statul român către Statul francez se rambursează integral pe baza solicitării statului francez pentru sumele suportate de sistemul de asigurări de sănătate din statul respectiv. Acest lucru reiese și din numele Secțiunii 7 din Regulamentul (CEE) 1408/71, unde este cuprins textul de lege mai sus menționat, și anume „Rambursarea între instituții”.

Tot în acest sens, în mod eronat, instanța de fond a invocat ca jurisprudență punctul 4 din Hotărârea pronunțată în 05.10.2010 pronunțată în cauza C-173/09 de CJUE, și anume faptul că „Cuantumul menționat este egal cu cel determinat potrivit

dispozițiilor legislației aplicabile instituției din statul membru pe teritoriul căruia au fost acordate îngrijirile spitalicești.”, reținând faptul că în Franța, statul membru pe teritoriul căruia au fost acordate îngrijirile spitalicești, costul total al intervenției chirurgicale și al tratamentelor adiacente s-a ridicat la 30.000 de euro, conform instrumentelor de plată depuse ca probatoriu.

Apreciază că eroarea instanței de fond constă în faptul că, pe de o parte, CNAS nu a făcut nicio mențiune referitor la contestarea sumei solicitate de reclamant spre rambursare, iar pe de altă parte, punctul 4 din Hotărârea mai sus menționată se referea la situația în care „ (...) *refuzul de eliberare a unei autorizații necesare în temeiul articolului 22 alineatul (1) litera (c) punctul (i) din Regulamentul nr. 1408/71, în versiunea modificată și actualizată prin Regulamentul nr. 118/97, astfel cum a fost modificat prin Regulamentul nr. 1992/2006, nu a fost întemeiat (...)*”.

Or, în speță nu se poate vorbi despre refuzul neîntemeiat de a elibera formularul E112 din moment ce reclamantul a solicitat acest formular după externare, în condițiile în care acesta reprezintă un instrument care trebuia solicitat anterior internării conform Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, act normativ în vigoare, aplicabil pentru perioada de referință.

De asemenea, în mod eronat instanța de fond a reținut printr-o motivare lapidară faptul că a obligat părțile și la plata către reclamant a dobânzilor legale prevăzute de art. 124 din Codul de procedură fiscală, ignorând accepțiunea legislației în vigoare privind solicitarea de acordare de dobândă legală, și anume Codul civil și OG nr. 13/2011 privind dobânda legală remuneratorie și penalizatoare pentru obligații bănești, precum și pentru reglementarea unor măsuri financiar-fiscale în domeniul bancar, potrivit cărora această solicitare nu poate face obiectul prezentului litigiu, acesta nefiind încadrat în materia contractuală care stă la baza raporturilor juridice în care se face aplicabilă noțiunea de „dobândă legală”.

Totodată, referitor la admisibilitatea recursului, precizează faptul că potrivit art. 22 alin. (I) din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, ordonatorii de credite au obligația de a angaja și de a utiliza creditele bugetare numai în limita prevederilor și destinațiilor aprobate, pentru cheltuieli strict legate de activitatea instituțiilor publice respective și cu respectarea dispozițiilor legale.

În contextul celor mai sus menționate, având în vedere destinația specială, precisă și limitată a bugetului FNUASS, astfel cum prevede și Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, precum și principiul prevăzut la art. 208 alin. (3) lit. f) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, potrivit căruia asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează ca un sistem unitar, pe baza participării persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, aduce la cunoștință că orice grevare a bugetului Fondului național unic de asigurări de sănătate are drept consecință o serie de

aspecte cu impact negativ în ceea ce privește veniturile și procedura de gestionare a acestuia.

Astfel, întreprinderea oricăror măsuri ce presupun influențe financiare suplimentare negative asupra bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate conduce automat la diminuarea atât a pachetului de servicii medicale, medicamente și materiale sanitare pentru persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cât și a calității serviciilor medicale acordate acestora.

*Recursul autorității pârâte Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Caraș-Severin:*

Pârâta recurentă Casa de asigurări de sănătate Caraș-Severin solicită casarea hotărârii și respingerea acțiunii, arătând în esență că instanța de fond a reținut incorect că sunt aplicabile dispozițiile art. 36 alin (1) din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 și, pe cale de consecință, reclamantul are dreptul la rambursarea „integrată” a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere deoarece, pentru a se afla într-o atare situație, reclamantul ar fi trebuit să fie autorizat prealabil prin formularul S2 (E112). Dar, într-o asemenea împrejurare, statul membru competent (România), prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în calitatea sa de organism de legătură, ar fi fost responsabil de suportarea costului tratamentelor efectuate în statul membru de ședere (Franța), fiind incidente dispozițiile art. 35 Rambursările între instituții din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 și art. 66 Procedura de rambursare între instituții din Regulamentul (CE) nr. 987/2009.

În același sens s-a pronunțat Înalta Curte de Casație și Justiție - Secția de Contencios Administrativ și Fiscal, prin Decizia nr.899 din 21 februarie 2012 Dreptul persoanelor asigurate de a beneficia de tratament medical în spațiul Uniunii Europene. Condiții de eliberare a formularului E112 și Curtea de Apel Timișoara, prin Decizia civilă nr. 4241 din 13.05.2014 Cheltuieli medicale efectuate în Germania. Cuantumul sumei de restituit, practică judiciară depusă de către pârâta 2 la termenul de judecată din data de 18.05.2016.

Așadar, în absența formularului S2 (E112), prin prisma dispozițiilor legale ce reglementează asistența medicală transfrontalieră (Legea nr.95/2006, cu modificările și completările ulterioare și HG nr.304/2014), apreciază că pârâta Casa de Asigurări de Sănătate Caraș-Severin a realizat în mod corect și temeinic operațiunea de rambursare către reclamant, la nivelul costurilor care ar fi fost suportate de România în cazul în care asistența medicală ar fi fost acordată pe teritoriul acesteia, adică a 4.214,16 lei.

Cu toate acestea, tribunalul a găsit întemeiată cererea reclamantului de acordarea sumei de 29.000 euro diferență între suma achitată de pârâte și contravaloarea serviciilor spitalicești de care a beneficiat într-un stat UE în subsidiar, în intervalul 29.12.2014 (data externării din Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara) — 17.01.2015 (data internării la Institutul de Ajutor Reciproc Montsouris din Paris), reclamantul avea posibilitatea să solicite instituției competente Casa de asigurări de

sănătate Caraș-Severin autorizarea prealabilă - formularul S 2 (E112) pentru a se deplasa în Franța în scopul de a primi asistență medicală.

Potrivit dispozitivului sentinței civile nr. 308 din 25.05.2016, instanța de fond *”Obligă pârâtele să achite reclamantului dobânzile legale de la data de 05.03.2015 până în ziua plății efective”, iar în considerentele hotărârii, „Tribunalul va obliga pârâtele și la plata către reclamant a dobânzilor legale prevăzute de art. 124 din Codul de procedură fiscală”.*

În condițiile în care, obligațiile de plată constând în rambursarea contravalorii, în lei, a serviciilor medicale de care a beneficiat reclamantul în Franța, au fost îndeplinite cu respectarea termenelor și a condițiilor dispuse de HG nr.304/2014, prin achitarea sumei de 4.214,16 lei la data de 19.08.2015, apreciază că pârâta a doua nu poate fi obligată la plata dobânzilor, cu atât mai mult a celor prevăzute de art. 124 din Codul de procedură fiscală.

*Aprecierea Curții de Apel Timișoara:*

Analizând actele dosarului, criticile recurentelor prin prisma dispozițiilor art. 499 din Codul de procedură civilă, aprobat prin Legea nr. 134/2010, Curtea de Apel constată următoarele:

Cu privire la obiectul litigiului, Curtea constată că în prezenta cauză, reclamantul BG a solicitat – în contradictoriu cu pârâtele Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Caraș-Severin: să se constate că pârâta de Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Caraș-Severin nu a răspuns solicitării reclamantului de restituire a sumei de 30.000 euro în termenul legal; să oblige pârâtele la achitarea către reclamant a sumei de 29.000 euro, contra valoarea în lei la data plății, sumă reprezentând cheltuieli medicale efectuate în Franța, Paris la Institutul Mutual Montsouris; să oblige pârâtele la plata dobânzilor legale de la data efectuării plății de către reclamant până la momentul efectiv al restituirii sumei de 29.000 Euro, echivalentul în lei la data plății, cu cheltuieli de judecată reprezentând taxa judiciară de timbru, onorariu avocațial, precum și deplasările avocatului la termenele de judecată.

În motivarea acțiunii, reclamantul arată că, în fapt, în luna decembrie 2014 a fost internat la Spitalul Județean Timișoara, fiind suspect de pancreatită, fiind apoi transferat la Institutul Cardiovascular Timișoara, unde i-a fost stabilit diagnosticul de stenoză aortică gravă și mai apoi internat la Spitalul Clinic Timișoara, „Clinicile Noi”, la terapie intensivă. La Spitalul Clinic Timișoara „Clinicile Noi”, i s-a comunicat reclamantului că singura sa șansă de supraviețuire este să meargă să se opereze în străinătate, întrucât în România nu există echipamentele și medicamentele necesare realizării cu succes a intervenției de care reclamantul avea nevoie.

Având în vedere aceste aspecte, reclamantul a luat legătura cu o clinică de specialitate, Institutul Mutualist Montsouris din Paris, Franța, care a acceptat să efectueze operația, reclamantul fiind operat cu succes în data de 19.01.2015, pentru