

InfoCuria
Jurisprudență

română (ro)


[Pagina principală](#) > [Formular de căutare](#) > [Listă de rezultate](#) > [Documente](#)

 Limba documentului : română ECLI:EU:C:2025:651

HOTĂRÂREA CURȚII (Camera a patra) 4 septembrie 2025(*)

„ Trimitere preliminară – Securitate socială – Asigurare de sănătate – Articolul 56 TFUE – Libera prestare a serviciilor – Regulamentul (CE) nr. 883/2004 – Articolul 20 alineatele (1) și (2) – Asistență medicală acordată în alt stat membru decât cel de reședință al persoanei asigurate – Directiva 2011/24/UE – Articolul 7 alineatul (7) – Acoperirea costurilor asistenței medicale suportate de persoana asigurată – Rambursare – Reglementare națională care condiționează acoperirea costurilor de realizarea unei evaluări medicale, efectuată exclusiv de un medic din cadrul sistemului public de asigurări de sănătate din statul membru de reședință al persoanei asigurate și finalizată prin emiterea de către medicul respectiv a unui document care autorizează internarea acestei persoane – Limitare semnificativă a rambursării costurilor asistenței medicale transfrontaliere ”

În cauza C-489/23,

având ca obiect o cerere de decizie preliminară formulată în temeiul articolului 267 TFUE de Înalta Curte de Casație și Justiție (România), prin decizia din 27 martie 2023, primită de Curte la 1 august 2023, în procedura

AF

împotriva

Guvernului României,

Ministerului Sănătății,

Casei Județene de Asigurări de Sănătate Mureș,

CURTEA (Camera a patra),

compusă din domnul I. Jarukaitis, președinte de cameră, domnii N. Jääskinen, A. Arabadjiev (raportor) și M. Condinanzi și doamna R. Frendo, judecători,

avocat general: domnul D. Spielmann,

grefier: domnul A. Calot Escobar,

având în vedere procedura scrisă,

luând în considerare observațiile prezentate:

pentru guvernul polonez, de B. Majczyna, în calitate de agent;

pentru Comisia Europeană, de C. Gheorghiu, B.-R. Killmann și E. Schmidt, în calitate de agenți,

după ascultarea concluziilor avocatului general în ședința din 15 mai 2025,

pronunță prezenta

Hotărâre

Cererea de decizie preliminară privește interpretarea articolelor 49 și 56 TFUE, a articolului 22 alineatul (1) litera (c) din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii care desfășoară activități independente și cu membrii familiilor acestora care se deplasează în cadrul Comunității (JO 1971, L 149, p. 2), în versiunea modificată și actualizată prin Regulamentul (CE) nr. 118/97 al Consiliului din 2 decembrie 1996 (JO 1997, L 28, p. 1, Ediție specială, 05/vol. 1, p. 26), astfel cum a fost modificat prin Regulamentul (CE) nr. 592/2008 al Parlamentului European și al Consiliului din 17 iunie 2008 (JO 2008, L 177, p. 1) (denumit în continuare „Regulamentul nr. 1408/71”), a articolului 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere (JO 2011, L 88, p. 45), precum și a principiilor liberei circulații a pacienților și a serviciilor și a principiilor efectivității și proporționalității.

Această cerere a fost formulată în cadrul unui litigiu între AF, o persoană fizică cu reședința în România, pe de o parte, și Guvernul României, Ministerul Sănătății (România) și Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (România) (denumită în continuare „casa de asigurări de sănătate”), pe de altă parte, în legătură cu refuzul acestor autorități de a-i rambursa lui AF costurile asistenței medicale care i-a fost acordată în Germania.

Cadrul juridic

Dreptul Uniunii

Tratatul FUE

Articolul 49 TFUE are următorul cuprins:

„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.”

Articolul 56 primul paragraf TFUE prevede:

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

Regulamentul (CE) nr. 883/2004

Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială (JO 2004, L 166, p. 1, Ediție specială, 05/vol. 7, p. 82, rectificare în JO 2004, L 200, p. 1) a abrogat și a înlocuit Regulamentul nr. 1408/71 cu efect de la 1 mai 2010.

Articolul 20 din Regulamentul nr. 883/2004, intitulat „Deplasarea în scopul beneficiarii de prestații în natură. Autorizația de a primi un tratament adaptat în afara statului membru de reședință”, prevede la alineatele (1) și (2):

„(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 în statul de reședință 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.”

Directiva 2011/24

Considerentele (5) și (29)-(31) ale Directivei 2011/24 au următorul cuprins:

Astfel cum a recunoscut Consiliul în cadrul Concluziilor sale din 1-2 iunie 2006 privind valorile și principiile comune ale sistemelor de sănătate din Uniunea Europeană [(JO 2006, C 146, p. 1)] [...], există o serie de principii de funcționare comune ale sistemelor de sănătate din întreaga Uniune. Aceste principii de funcționare sunt necesare pentru asigurarea încrederii pacienților în asistența medicală transfrontalieră, condiție esențială pentru realizarea mobilității pacienților, precum și pentru garantarea unui nivel ridicat de protecție a sănătății. În cadrul aceleiași declarații, Consiliul a recunoscut că modalitățile practice prin care aceste valori și principii sunt concretizate diferă semnificativ între statele membre. În special, trebuie plasate în contextul național deciziile cu privire la pachetul asistenței medicale la care au dreptul cetățenii și la mecanismele folosite pentru finanțarea și furnizarea asistenței medicale respective, cum ar fi măsura în care este adecvat să se recurgă la mecanismele de piață și la presiunea concurenței pentru a administra sistemele de sănătate.

Este adecvat să se impună ca și pacienții care se deplasează într-un alt stat membru pentru asistență medicală, în alte circumstanțe decât cele prevăzute în Regulamentul [...] nr. 883/2004, să poată fi în măsură să beneficieze de principiile liberei circulații a pacienților, serviciilor și bunurilor, în conformitate cu [Tratatul FUE] și cu prezenta directivă. Pacienții ar trebui să se bucure de garantarea suportării costurilor pentru respectiva asistență medicală, cel puțin la nivelul prevăzut pentru aceleași servicii medicale pe care le-ar fi primit pe teritoriul statului membru de afiliere. Aceasta ar trebui să respecte în totalitate responsabilitatea statelor membre de a stabili amploarea asigurărilor medicale aflate la dispoziția cetățenilor lor și să prevină orice efect considerabil asupra finanțării sistemelor naționale de asistență medicală.

Prin urmare, cele două mecanisme ar trebui să fie coerente pentru pacient; se aplică fie prezenta directivă, fie reglementările Uniunii privind coordonarea sistemelor de securitate socială.

Pacienții nu ar trebui să fie privați de drepturile mai avantajoase garantate de reglementările Uniunii privind coordonarea sistemelor de securitate socială, atunci când sunt îndeplinite condițiile pentru acordarea acestora. Prin urmare, oricărui pacient care solicită autorizația de a beneficia de un tratament adecvat bolii sale în alt stat membru ar trebui să i se acorde întotdeauna această autorizație în condițiile prevăzute de reglementările Uniunii atunci când tratamentul în cauză se numără printre prestațiile prevăzute de legislația statului membru de reședință al pacientului și atunci când acest tratament nu poate fi acordat pacientului într-un termen rezonabil din punct de vedere medical, avându-se în vedere starea sa actuală de sănătate și evoluția probabilă a acesteia. Cu toate acestea, în cazul în care un pacient solicită în mod explicit să beneficieze de tratament în condițiile prevăzute de prezenta directivă, prestațiile care se aplică rambursării ar trebui să se limiteze la cele care sunt aplicabile în temeiul prezentei directive. În cazul în care pacientul are dreptul la asistență medicală transfrontalieră atât în temeiul prezentei directive, cât și în temeiul Regulamentului [...] nr. 883/2004 și aplicarea regulamentului respectiv este mai avantajoasă pentru pacient, ar trebui să se atragă atenția pacientului asupra acestui lucru de către statul membru de afiliere.”

Potrivit articolului 1 din această directivă:

„(1) Prezenta directivă stabilește norme pentru facilitarea accesului la asistență medicală transfrontalieră sigură și de înaltă calitate și promovează cooperarea în domeniul asistenței medicale între statele membre, cu deplina respectare a competențelor naționale în materie de organizare și prestare a serviciilor de sănătate și de asistență medicală [...] [și] urmărește, de asemenea, să clarifice relația sa cu cadrul existent în domeniul coordonării sistemelor de securitate socială, Regulamentul (CE) nr. 883/2004, în vederea aplicării drepturilor pacienților.

[...]

(4) Prezenta directivă nu aduce atingere actelor cu putere de lege și normelor administrative ale statelor membre cu privire la organizarea și finanțarea asistenței medicale în situații care nu au legătură cu asistența medicală transfrontalieră. În mod deosebit, nicio dispoziție a prezentei directive nu obligă un stat membru să ramburseze costurile asistenței medicale acordate de furnizorii de servicii medicale stabiliți pe teritoriul său dacă furnizorii respectivi nu fac parte din sistemul de securitate socială sau din sistemul național de sănătate al statului membru respectiv.”

Articolul 7 din directiva menționată, intitulat „Principii generale pentru rambursarea costurilor”, stipulează:

„(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.

[...]

(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.

[...]

(7) Statul membru de afiliere poate impune unei persoane asigurate care solicită rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere, inclusiv asistența medicală primită prin intermediul telemedicinei, aceleași condiții, criterii de eligibilitate și formalități de reglementare și administrative [...] pe care le-ar impune dacă asistența medicală respectivă ar fi acordată pe teritoriul său. Aceasta poate include o evaluare de către un profesionist în domeniul sănătății 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 prealabile rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere, cu excepția cazurilor prevăzute la articolul 8.

[...]”

Dreptul român

„Normele metodologice privind asistența medicală transfrontalieră” (denumite în continuare „normele metodologice”) figurează în anexa la Hotărârea Guvernului nr. 304 din 16 aprilie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (*Monitorul Oficial al României*, Partea I, nr. 318 din 30 aprilie 2014).

Articolul 3 alineatul (1) din aceste norme metodologice prevede:

„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] 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], 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 [...]

Articolul 4 din normele metodologice prevede:

„(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 [taxa pe valoarea adăugată (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:

[...]

(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;

[...]

(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 unui sau a mai multor handicapuri atunci când beneficiază de asistență medicală transfrontalieră."

Litigiul principal și întrebările preliminare

La 8 martie 2018, AF, care are reședința în România și este asigurat în sistemul public național de asigurări de sănătate, a fost diagnosticat cu adenocarcinom de prostată într-o instituție medicală privată din acest stat membru.

Având în vedere beneficiile pentru sănătatea și recuperarea ulterioară a pacientului, tratamentul recomandat a fost o prostatectomie radicală pentru care exista, printre altele, posibilitatea de a fi efectuată cu asistența unui robot chirurgical. AF a fost informat că un astfel de robot există în spitalul de stat din Cluj-Napoca (România), dar că acesta nu era funcțional la acea dată, și că poate efectua aceeași intervenție la o clinică privată din Brașov (România), cu un cost de aproximativ 13 000 de euro.

În acest context, AF a decis să beneficieze de această operație asistată de robotul chirurgical, cu un cost echivalent, în cadrul unei clinici specializate dedicate exclusiv acestei patologii, situată în Germania.

La începutul lunii aprilie 2018, AF s-a adresat casei de asigurări de sănătate în vederea eliberării unui formular specific, formularul E 112, care era necesar, în temeiul Regulamentului nr. 1408/71, în vederea obținerii autorizației de a se deplasa pe teritoriul unui alt stat membru pentru a primi acolo asistență medicală. Casa de asigurări de sănătate ar fi refuzat să înregistreze această cerere.

În paralel cu această procedură, lui AF i s-a oferit posibilitatea să fie operat în Germania la 9 mai 2018, în urma renunțării unui alt pacient programat la acea dată. Dat fiind că, în cazul în care nu ar fi profitat de această renunțare, ar fi fost nevoit să aștepte 8 săptămâni pentru o dată a operației după primirea aprobării de la casa de sănătate, AF a efectuat, la 24 aprilie 2018, o plată pentru a rezerva data de 9 mai 2018.

Ulterior efectuării acestei plăți, AF și-a reînnoit cererea de eliberare a formularului E 112 la casa de asigurări de sănătate, care i-a respins-o pentru motivul că cererea sa nu era redactată pe formularul cererii-tip și nu era însoțită de actele prevăzute de legislația națională.

După operație, care a avut efectiv loc la 9 mai 2018, AF a solicitat casei de asigurări de sănătate rambursarea sumei de 13 069 de euro, corespunzătoare contravalorii asistenței medicale de care beneficiase în Germania. Acest organism a refuzat rambursarea pentru motivul că, pe de o parte, emiterea formularului E 112 se face înainte de plecarea persoanei beneficiare în alt stat membru pentru a primi acolo asistență medicală și, pe de altă parte, AF ar fi trebuit să urmeze procedura prevăzută de normele metodologice în vederea rambursării.

Mai precis, potrivit casei de asigurări de sănătate, AF nu putea solicita rambursarea întrucât nu a anexat la cererea depusă o copie a „biletului de internare” emis de un medic care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, astfel cum prevede în mod expres articolul 3 alineatul (1) litera b) punctul (i) din normele metodologice.

AF a sesizat Curtea de Apel Târgu Mureș (România) cu o acțiune având ca obiect anularea în parte a Hotărârii Guvernului nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, anularea diverselor adrese de refuz emise de casa de asigurări de sănătate, precum și rambursarea integrală a costurilor aferente îngrijirilor medicale care i-au fost acordate în Germania. El a susținut printre altele că dispozițiile dreptului român privind condițiile de rambursare a contravalorii serviciilor medicale și modalitatea de calcul privind rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere constituie o transpunere incorectă a Directivei 2011/24. AF a adăugat că era îndreptățit la rambursarea integrală a costului tratamentului efectuat în Germania sau măcar la rambursarea în limita tarifelor care ar fi fost suportate în România prin sistemul național de asigurări de sănătate dacă autorizația pentru efectuarea intervenției chirurgicale în cauză i-ar fi fost acordată în prealabil.

Prin sentința civilă din 30 decembrie 2019, Curtea de Apel Târgu Mureș a respins acțiunea formulată de AF ca neîntemeiată.

În aceste condiții, AF a declarat recurs împotriva acestei sentințe la Înalta Curte de Casație și Justiție (România), care este instanța de trimitere.

Pe de o parte, această instanță exprimă îndoieli cu privire la conformitatea cu dreptul Uniunii a dispozițiilor dreptului român care condiționează rambursarea serviciilor medicale transfrontaliere de efectuarea unei evaluări medicale de către un medic din sistemul public de sănătate al statului membru de afiliere, cu excluderea unui medic din sistemul privat de sănătate al acestui stat, și de emiterea subsecventă de către un asemenea medic a unui document care autorizează internarea asiguratului respectiv.

Pe de altă parte, instanța de trimitere ridică problema conformității cu dreptul Uniunii a normei naționale care plafonează cuantumul rambursării costurilor serviciilor medicale transfrontaliere în mod semnificativ comparativ cu costurile efectiv suportate de asigurat în statul membru în care au fost furnizate aceste servicii medicale. Astfel, în temeiul acestei norme naționale, deși AF a suportat, potrivit elementelor din dosarul prezentat Curții, cheltuieli în cuantum de 13 069 de euro, acestuia nu i s-ar putea rambursa decât o sumă cuprinsă între 1 367 și 4 618 lei românești (aproximativ 280-925 de euro).

În aceste condiții, Înalta Curte de Casație și Justiție a hotărât să suspende judecarea cauzei și să adreseze Curții următoarele întrebări preliminare:

Articolul 49 și articolul 56 [TFUE] și articolul 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24[...] 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?

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?”

Procedura în fața Curții

Ca răspuns la o cerere de informații adresată de Curte, instanța de trimitere a arătat în esență, mai întâi, că intervenția medicală la care a fost supus reclamantul din litigiul principal figurează, astfel cum impune articolul 7 alineatul (1) din Directiva 2011/24, printre prestațiile rambursate de autoritatea română competentă, în măsura în care această prestație se regăsește în lista grupelor de diagnostice stabilite prin ordin ministerial, deși, într-adevăr, metoda sau tehnica medicală de tratament nu sunt menționate ca atare în legislația națională. În continuare, această instanță a precizat că intervenția medicală în discuție în litigiul principal figurează printre prestațiile pentru care se impune „emiterea [prealabilă] a formularului E 112”. În sfârșit, ea a arătat că condiția referitoare la evaluarea prealabilă efectuată de un cadru medical care face parte exclusiv din sistemul public de sănătate se aplică atât asistenței medicale acordate pe teritoriul național, cât și celei transfrontaliere.

Cu privire la întrebările preliminare

Cu privire la prima întrebare

Cu titlu introductiv, trebuie arătat, pe de o parte, că, potrivit indicațiilor instanței de trimitere, „biletul de internare”, care face obiectul primei întrebări, constituie un document care atestă că a fost efectuată o evaluare medicală a persoanei asigurate de către un medic din cadrul sistemului public de asigurări de sănătate din România, care autorizează internarea acestei persoane. Prin urmare, interpretarea furnizată de Curte se va întemeia pe această premisă factuală, a cărei exactitate trebuie verificată însă de instanța de trimitere.

Pe de altă parte, trebuie arătat că nu reiese din niciun element din dosarul prezentat Curții că ar exista o legătură între situația în discuție în litigiul principal și exercitarea libertății de stabilire, astfel cum este consacrată la articolul 49 TFUE. În consecință, nu este necesar să se interpreteze această dispoziție în prezenta cauză.

În aceste condiții, trebuie să se înțeleagă că, prin intermediul primei întrebări, instanța de trimitere solicită în esență să se stabilească dacă articolul 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24, citit în lumina articolului 56 TFUE, trebuie interpretat în sensul că se opune unei reglementări naționale care condiționează rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere suportate de persoana asigurată în statul membru de afiliere de o evaluare medicală efectuată de un medic din sistemul public de asigurări de sănătate al acestui stat și finalizată prin emiterea de către medicul respectiv a unui document care autorizează internarea acestei persoane.

În această privință, trebuie amintit că, potrivit unei jurisprudențe constante, în vederea interpretării unei dispoziții de drept al Uniunii, trebuie să se țină seama nu numai de formularea acesteia, ci și de contextul său și de obiectivele urmărite de reglementarea din care face parte [Hotărârea din 17 noiembrie 1983, Merck, 292/82, EU:C:1983:335, punctul 12, și Hotărârea din 30 aprilie 2025, Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main (Export de numerar în Rusia), C-246/24, EU:C:2025:295, punctul 18, precum și jurisprudența citată].

În primul rând, în ceea ce privește modul de redactare a articolului 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24, din acesta reiese că un stat membru de afiliere poate, sub rezerva limitelor pe care le prevede această dispoziție, să impună unei persoane asigurate care solicită rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere aceleași condiții, criterii de eligibilitate și formalități de reglementare și administrative pe care le-ar impune dacă asistența medicală respectivă ar fi acordată pe teritoriul său. Aceasta poate include, după cum precizează dispoziția menționată, o evaluare de către un profesionist în domeniul sănătății 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.

Rezultă astfel din termenii dispoziției amintite că un stat membru poate, în principiu, să impună ca persoana asigurată în statul membru de afiliere să se supună unei evaluări medicale efectuate de un medic din cadrul „sistemului obligatoriu de securitate socială” sau din cadrul „sistemului național de sănătate din [acest] stat”.

Este însă necesar să se stabilească dacă acest mod de redactare sugerează că legiuitorul Uniunii a intenționat să permită statelor membre să condiționeze rambursarea către persoana asigurată, în statul membru de afiliere, a costurilor asistenței medicale transfrontaliere pe care aceasta le-a suportat de efectuarea unei evaluări medicale exclusiv de către un medic din sistemul public obligatoriu de securitate socială sau din sistemul național de sănătate al acestui stat membru și care a fost finalizată prin emiterea de către medicul respectiv a unui document care autorizează internarea acestei persoane.

În această privință, în al doilea rând, trebuie arătat, în ceea ce privește contextul în care se înscrie articolul 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24, că articolul 1 alineatul (4) din această directivă prevede printre altele că nicio dispoziție a acesteia nu obligă un stat membru să ramburseze costurile asistenței medicale acordate de furnizorii de servicii medicale stabiliți pe teritoriul său dacă furnizorii respectivi nu fac parte din sistemul de securitate socială sau din sistemul de sănătate publică al statului membru respectiv.

Or, în măsura în care articolul 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24 prevede că statul membru de afiliere poate impune unei persoane care solicită rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere aceleași condiții, criterii de eligibilitate și formalități de reglementare și administrative pe care le-ar impune dacă asistența medicală respectivă ar fi acordată pe teritoriul său, rezultă că, atunci când un stat membru a ales să ramburseze costurile asistenței medicale acordate de furnizorii de servicii medicale stabiliți pe teritoriul său numai dacă furnizorii respectivi fac parte din sistemul de securitate socială sau din sistemul public de sănătate al statului membru respectiv, aceeași condiție poate, în principiu, să fie impusă în cadrul articolului 7 alineatul (7) menționat.

Într-adevăr, după cum a arătat în esență domnul avocat general la punctele 56 și 57 din concluzii, Directiva 2011/24 nu armonizează sistemele de sănătate sau de asigurări de sănătate ale statelor membre și nu impune o anumită organizare a sistemului național de sănătate.

În consecință, din interpretarea literală și contextuală a articolului 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24 rezultă că această dispoziție nu se opune, sub rezerva limitelor pe care le prevede în mod expres și care vor trebui examinate în cele ce urmează, ca un stat membru de afiliere să impună, în vederea rambursării costurilor asistenței medicale transfrontaliere, ca această rambursare să fie condiționată de o evaluare medicală a persoanei asigurate efectuată de un medic din sistemul public de sănătate sau de asigurări de sănătate din acest stat membru și care a fost finalizată prin emiterea de către medicul respectiv a unui document care autorizează internarea acestei persoane.

Această interpretare este confirmată, în al treilea rând, de finalitatea urmărită de Directiva 2011/24.

Astfel, trebuie amintit că Directiva 2011/24 vizează, după cum reiese din articolul 1 alineatul (1) din aceasta, să faciliteze accesul la asistență medicală transfrontalieră sigură și de înaltă calitate și să promoveze cooperarea în domeniul asistenței medicale între statele membre, cu deplina respectare a competențelor naționale în materie de organizare și prestare a serviciilor de sănătate și de asistență medicală.

În acest sens, considerentul (5) al directivei menționate precizează că deciziile privind, printre altele, mecanismele folosite pentru finanțarea și furnizarea asistenței medicale transfrontaliere trebuie luate la nivel național.

Rezultă că statele membre dispun de o largă marjă de apreciere pentru a stabili modalitățile și condițiile de rambursare a serviciilor de asistență medicală transfrontalieră, astfel încât ele pot prevedea ca asemenea servicii să fie supuse anumitor condiții, precum cea a unei evaluări medicale a persoanei asigurate în statul membru de afiliere de către un medic care face parte exclusiv din sistemul public de sănătate sau de asigurări de sănătate din acest stat membru, finalizată prin emiterea de către medicul respectiv a unui document care autorizează internarea acestei persoane.

Cu toate acestea, după cum s-a arătat la punctul 38 din prezenta hotărâre, mai trebuie să se verifice dacă această condiție națională respectă limitele prevăzute la articolul 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24. În această privință, trebuie amintit că această dispoziție precizează în ultima sa teză că condițiile, criteriile de eligibilitate și formalitățile de reglementare și administrative impuse în temeiul acestui alineat nu pot să fie discriminatorii sau să constituie un obstacol în calea, printre altele, a liberei prestări a serviciilor garantate de articolul 56 TFUE, cu excepția cazului în care acest obstacol 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.

În speță, în ceea ce privește, în primul rând, existența unei eventuale discriminări sau a unui obstacol contrar articolului 56 TFUE, din răspunsul instanței de trimitere la cererea de informații care i-a fost adresată de Curte reiese că condiția impusă la articolul 3 alineatul (1) litera (b) punctul (i) din normele metodologice, potrivit căreia rambursarea asistenței medicale spitalicești transfrontaliere este condiționată de o evaluare medicală efectuată de un medic din sistemul public român de asigurări de sănătate, finalizată prin emiterea de către medicul respectiv a unui document care autorizează internarea acestei persoane, este prevăzută, în mod similar, și pentru asistența medicală acordată pe teritoriul României. Având în vedere că această condiție se aplică deopotrivă asistenței medicale transfrontaliere și celei naționale, ea nu este discriminatorie.

Curtea a statuat însă în repetate rânduri că articolul 56 TFUE se opune aplicării oricărei reglementări naționale al cărei efect este de a face ca prestarea de servicii între state membre să fie mai dificilă decât prestarea de servicii realizată exclusiv în cadrul unui stat membru și că constituie restricții în calea liberei prestări a serviciilor măsurile naționale care interzic, îngreunează sau fac mai puțin atractivă exercitarea acestei libertăți (a se vedea în acest sens Hotărârea din 26 septembrie 2024, Nord Vest Pro Sani Pro, C-387/22, EU:C:2024:786, punctele 39 și 40, precum și jurisprudența citată).

Mai precis, o reglementare națională constituie un obstacol în calea liberei prestări a serviciilor atunci când, deși nu împiedică în mod direct persoanele afiliate la sistemul public de asigurări de sănătate să se adreseze unui prestator de servicii medicale stabilit într-un alt stat membru, ea are un efect disuasiv asupra recurgerii la servicii medicale transfrontaliere (a se vedea în acest sens Hotărârea din 6 octombrie 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, punctul 48 și jurisprudența citată).

Or, impunând persoanei afiliate la sistemul român de securitate socială, în vederea rambursării costurilor asistenței medicale acordate în alt stat membru, să se supună unei evaluări medicale efectuate de un medic din sistemul public român de asigurări de sănătate și să obțină prin partea acestui medic, în urma evaluării, un document care autorizează internarea sa, cu toate că, în cadrul unor îngrijiri spitalicești transfrontaliere, cel mai adesea o asemenea evaluare va fi realizată și un asemenea document va fi în mod normal întocmit de un cadru medical care își desfășoară activitatea în statul membru pe teritoriul căruia urmează să fie acordate îngrijirile medicale, reglementarea română impune o condiție de natură să aibă un efect disuasiv asupra recurgerii la serviciile medicale transfrontaliere.

Rezultă că reglementarea națională în discuție în litigiul principal constituie un obstacol în calea liberei prestări a serviciilor, garantată la articolul 56 TFUE.

În consecință, trebuie, în al doilea rând, după cum reiese din cuprinsul punctului 43 din prezenta hotărâre, să se verifice dacă acest obstacol poate fi justificat în mod obiectiv de cerințele de planificare, astfel cum sunt enunțate la articolul 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24, 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.

În această privință, trebuie de asemenea arătat că rezultă dintr-o jurisprudență consacrată că, presupunând chiar că obstacolul menționat este justificat în raport cu astfel de cerințe, el poate fi admis doar cu condiția să fie de natură să asigure realizarea cerinței invocate și să nu depășească ceea ce este necesar pentru atingerea acesteia (a se vedea în acest sens Hotărârea din 21 iunie 2016, *New Valmar*, C-15/15, EU:C:2016:464, punctul 48 și jurisprudența citată).

În speță, din decizia de trimitere reiese că obiectivul urmărit de reglementarea română constă în asigurarea echilibrului financiar al sistemului național de securitate socială, casa de asigurări de sănătate invocând de asemenea, în fața instanței de trimitere, necesitatea de a controla costurile și de a evita risipa resurselor financiare.

Trebuie amintit în acest sens că, în temeiul articolului 7 alineatul (4) din Directiva 2011/24, regimul de rambursare a asistenței medicale transfrontaliere prevăzut la acest articol poate fi supus unei duble limite. Pe de o parte, rambursarea este calculată pe baza tarifelor aplicabile asistenței medicale în statul membru de afiliere. Pe de altă parte, chiar dacă nivelul costurilor asistenței medicale acordate 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. Prin urmare, sistemul de sănătate al statului membru de afiliere nu este susceptibil să fie supus unui risc de costuri suplimentare legate de suportarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere în cadrul Directivei 2011/24, astfel cum confirmă considerentul (29) al acesteia, care indică în mod expres că suportarea costurilor nu poate avea un efect considerabil asupra finanțării sistemelor naționale de asistență medicală (a se vedea în acest sens Hotărârea din 29 octombrie 2020, *Veselības ministrija*, C-243/19, EU:C:2020:872, punctele 73-76).

În consecință, obiectivul general de menținere a echilibrului financiar al sistemului de securitate socială nu este, în niciun caz, susceptibil să justifice, în temeiul articolului 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24, condiția prin care persoanei asigurate i se impune efectuarea unei evaluări medicale de către un medic din cadrul sistemului public de sănătate sau de asigurări de sănătate din statul membru de afiliere, finalizată prin emiterea de către medicul respectiv a unui document care autorizează internarea acestei persoane.

Pe de altă parte, chiar dacă nu poate fi exclus ca această condiție să permită asigurarea unui control al costurilor și evitarea pe cât posibil a oricărei risipe de resurse financiare rezultate printre altele din spitalizări inutile care ar fi prescrise de medici care, nefăcând parte din sistemul public de sănătate sau de asigurări de sănătate din statul membru de afiliere, nu ar fi constrânși de necesitatea de a controla cheltuielile publice, trebuie să se constate, în orice caz, că o asemenea condiție nu apare ca fiind conformă cu principiul proporționalității amintit la punctul 50 din prezenta hotărâre. Astfel, după cum a subliniat Comisia Europeană în observațiile sale scrise, legiuitorul român ar fi putut avea în vedere măsuri mai puțin restrictive, precum instituirea unei proceduri de acceptare a certificatelor sau a rapoartelor medicale echivalente, însoțită de o verificare a justeții aparente a diagnosticului și a pertinentei tratamentului propus.

Prin urmare, reglementarea națională în discuție în litigiul principal, în măsura în care îi impune persoanei asigurate, în vederea rambursării costurilor asistenței medicale transfrontaliere, să se supună unei evaluări medicale efectuate de un medic din sistemul public de asigurări de sănătate al statului membru de afiliere și finalizate prin emiterea de către medicul respectiv a unui document care autorizează internarea acestei persoane, implică un obstacol în calea liberei prestări a serviciilor care nu poate fi justificat în temeiul articolului 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24, interpretat în lumina articolului 56 TFUE.

Având în vedere ansamblul acestor considerații, trebuie să se răspundă la prima întrebare că articolul 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24, citit în lumina articolului 56 TFUE, trebuie interpretat în sensul că se opune unei reglementări naționale care condiționează rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere suportate de persoana asigurată în statul membru de afiliere de o evaluare medicală efectuată de un medic din sistemul public de asigurări de sănătate al acestui stat și finalizată prin emiterea de către medicul respectiv a unui document care autorizează internarea acestei persoane.

Cu privire la a doua întrebare

În primul rând, trebuie amintit că, potrivit unei jurisprudențe constante, în cadrul cooperării dintre Curte și instanțele naționale, instituită prin articolul 267 TFUE, numai instanța națională sesizată cu soluționarea litigiului și care trebuie să își asume răspunderea pentru hotărârea judecătorească ce urmează a fi pronunțată are competența să aprecieze, luând în considerare particularitățile cauzei, atât necesitatea unei decizii preliminare pentru a fi în măsură să pronunțe propria hotărâre, cât și pertinenta întrebărilor pe care le adresează Curții. În consecință, în cazul în care întrebările adresate privesc interpretarea dreptului Uniunii, Curtea este în principiu obligată să se pronunțe (Hotărârea din 29 noiembrie 1978, *Redmond*, 83/78, EU:C:1978:214, punctul 25, și Hotărârea din 20 martie 2025, *Arce*, C-365/23, EU:C:2025:192, punctul 38, precum și jurisprudența citată).

Rezultă că întrebările privind dreptul Uniunii beneficiază de o prezumție de pertinență. Curtea poate refuza să se pronunțe asupra unei întrebări preliminare adresate de o instanță națională numai atunci când este evident că interpretarea solicitată a dreptului Uniunii nu are nicio legătură cu realitatea sau cu obiectul litigiului principal, atunci când problema este de natură ipotetică sau atunci când Curtea nu dispune de elementele de fapt și de drept necesare pentru a răspunde în mod util la întrebările care i-au fost adresate (Hotărârea din 20 martie 2025, *Arce*, C-365/23, EU:C:2025:192, punctul 38, precum și jurisprudența citată).

În speță, a doua întrebare privește printre altele interpretarea Regulamentului nr. 1408/71, care a fost abrogat și înlocuit prin Regulamentul nr. 883/2004, în timp ce prima întrebare privea interpretarea Directivei 2011/24.

Or, în ceea ce privește mai precis corelația dintre Directiva 2011/24, pe de o parte, și Regulamentul nr. 883/2004, pe de altă parte, trebuie subliniat că considerentul (30) al acestei directive enunță că, din motive de coerență, se aplică fie această directivă, fie reglementările Uniunii privind coordonarea sistemelor de securitate socială, printre care se numără Regulamentul nr. 883/2004. În plus, considerentul (31) al Directivei 2011/24 precizează în această privință că, în cazul în care pacientul are dreptul la asistență medicală transfrontalieră atât în temeiul directivei menționate, cât și în temeiul Regulamentului nr. 883/2004, iar aplicarea regulamentulului menționat este mai avantajoasă pentru pacient, statul membru de afiliere ar trebui să îi atragă atenția asupra acestui aspect.

Prin urmare, problema aplicabilității, într-o situație de fapt, a Regulamentului nr. 883/2004 sau a Directivei 2011/24 depinde de alegerea persoanei asigurate și de obligația statului membru de afiliere de a consilia pacientul cu privire la această alegere. Fiind vorba despre o apreciere de ordin factual, nu este de competența Curții să se pronunțe cu privire la aplicabilitatea unuia sau a altuia dintre aceste acte ale Uniunii în litigiul principal.

În consecință, având în vedere prezumția de relevanță de care beneficiază a doua întrebare, astfel cum decurge din jurisprudența amintită la punctul 58 din prezenta hotărâre, Curții îi revine sarcina de a examina această întrebare în lumina Regulamentului nr. 883/2004 pentru a oferi un răspuns util instanței de trimitere, cu precizarea însă că acestea din urmă îi va reveni sarcina de a verifica, în raport cu clarificările aduse la punctele 60 și 61 din prezenta hotărâre, dacă acest regulament este aplicabil situației reclamantului din litigiul principal, deoarece aplicarea regulamentului menționat nu poate fi cumulată, pentru aceleași servicii de asistență medicală, cu aplicarea Directivei 2011/24.

În al doilea rând, trebuie amintit că, potrivit unei jurisprudențe constante, în cadrul procedurii de cooperare dintre instanțele naționale și Curte instituite prin articolul 267 TFUE, este de competența acestuia din urmă să ofere instanței naționale un răspuns util, care să îi permită să soluționeze litigiul cu care este sesizată. Din această perspectivă, Curtea trebuie, dacă este cazul, să reformuleze întrebările care îi sunt adresate. În plus, Curtea poate fi pusă în situația de a lua în considerare norme de drept al Uniunii la care instanța națională nu a făcut referire în enunțul întrebării sale (Hotărârea din 17 iulie 1997, Krüger, C-334/95, EU:C:1997:378, punctele 22 și 23, și Hotărârea din 15 iulie 2021, Ministrstvo za obrambo, C-742/19, EU:C:2021:597, punctul 31 și jurisprudența citată).

În speță, trebuie să se constate, pe de o parte, că Regulamentul nr. 883/2004, iar nu Regulamentul nr. 1408/71, este aplicabil *ratione temporis* litigiului principal. Pe de altă parte, după cum s-a arătat la punctul 29 din prezenta hotărâre, cererea de decizie preliminară nu cuprinde niciun element care să permită să se considere că situația în discuție în litigiul principal intră în domeniul de aplicare al articolului 49 TFUE.

În aceste condiții, este necesar să se reformuleze a doua întrebare și să se considere că, prin intermediul acesteia, instanța menționată solicită în esență să se stabilească dacă articolul 20 alineatele (1) și (2) din Regulamentul nr. 883/2004, citit în lumina articolului 56 TFUE, trebuie interpretat în sensul că se opune unei reglementări naționale în temeiul căreia, atunci când o persoană asigurată nu a obținut autorizația prealabilă necesară pentru a i se acorda anumite îngrijiri medicale transfrontaliere, cuantumul în care acestea pot fi rambursate de statul membru de afiliere este limitat la cel prevăzut de sistemul de asigurări de sănătate al acestui stat, prin aplicarea în acest scop a unei formule de calcul care limitează în mod semnificativ cuantumul acestei rambursări comparativ cu costurile efectiv suportate de persoana asigurată în statul membru în care i-au fost acordate aceste îngrijiri medicale.

În această privință, trebuie amintit că, potrivit articolului 20 alineatul (1) din Regulamentul nr. 883/2004, cu excepția cazului în care acest regulament prevede altfel, o persoană asigurată care călătorește în alt stat membru decât cel de reședință pentru a beneficia de prestații în natură în timpul șederii sale trebuie să solicite autorizarea din partea instituției competente.

În conformitate cu articolul 20 alineatul (2) a doua teză din regulamentul menționat, această autorizație este eliberată în mod obligatoriu de instituția competentă atunci când sunt îndeplinite cele două condiții enunțate în acesta (Hotărârea din 6 octombrie 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, punctul 30 și jurisprudența citată).

Potrivit primei teze a acestei dispoziții, persoana asigurată care a obținut această autorizație beneficiază în acest caz de prestații 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.

Cu toate acestea, întrucât aplicabilitatea articolului 20 din Regulamentul nr. 883/2004 în cazul unei situații determinate nu exclude posibilitatea ca aceasta din urmă să intre în domeniul de aplicare al dispozițiilor privitoare la libera prestare a serviciilor și, în speță, al articolului 56 TFUE, acest articol 20 trebuie interpretat în lumina acestei dispoziții din Tratatul FUE și a jurisprudenței Curții referitoare la aceasta (Hotărârea din 6 octombrie 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, punctul 32 și jurisprudența citată).

Or, Curtea a identificat două ipoteze în care, chiar și în lipsa unei autorizații eliberate înainte de începerea acordării tratamentelor programate în statul membru de ședere, persoana asigurată are dreptul să obțină în mod direct rambursarea din partea instituției competente a unui cuantum echivalent cu cel care ar fi fost în mod normal suportat de această instituție dacă persoana asigurată ar fi dispus de o astfel de autorizație.

În primul caz, persoana asigurată are dreptul de a obține o astfel de rambursare atunci când, după ce s-a confruntat cu un refuz din partea instituției competente în urma unei cereri de autorizare, caracterul neîntemeiat al unui astfel de refuz este stabilit ulterior fie de instituția competentă însăși, fie printr-o decizie judecătorească (Hotărârea din 6 octombrie 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, punctul 38 și jurisprudența citată).

În al doilea caz, persoana asigurată are dreptul de a obține o asemenea rambursare atunci când, pentru motive legate de starea sa de sănătate sau de necesitatea primirii unor tratamente de urgență într-o instituție spitalicească, ea a fost împiedicată să solicite o astfel de autorizație sau nu a putut aștepta decizia instituției competente cu privire la cererea de autorizare prezentată. Curtea a statuat în această privință că o reglementare națională care exclude în toate cazurile rambursarea cheltuielilor efectuate cu îngrijirile spitalicești acordate fără autorizație prealabilă într-un alt stat membru privează persoana asigurată de rambursarea acestor îngrijiri, deși celelalte condiții prevăzute pentru o asemenea rambursare ar fi îndeplinite. O astfel de reglementare, care nu poate fi justificată de motive imperative de interes general și care, în orice caz, nu îndeplinește cerința proporționalității, constituie, în consecință, o restricție nejustificată privind libera prestare a serviciilor (Hotărârea din 6 octombrie 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, C-538/19, EU:C:2021:809, punctul 39 și jurisprudența citată).

În schimb, persoanele asigurate care se deplasează într-un alt stat membru decât cel de afiliere pentru a primi îngrijiri spitalicești fără să fi solicitat și fără să fi obținut autorizația prealabilă necesară sau atunci când refuzul de a elibera o autorizație prealabilă este întemeiat nu pot pretinde rambursarea cheltuielilor aferente îngrijirilor menționate, în temeiul articolului 56 TFUE, decât în limita acoperirii garantate de sistemul de asigurări de sănătate al statului membru de afiliere [a se vedea în acest sens Hotărârea din 5 octombrie 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, punctul 80 și jurisprudența citată, precum și Hotărârea din 23 septembrie 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistență medicală transfrontalieră), C-777/18, EU:C:2020:745, punctul 63].

Curtea a precizat de asemenea în această privință că nimic nu împiedică un stat membru să stabilească cuantumuri ale rambursării pe care pacienții care au primit îngrijiri într-un alt stat membru le pot pretinde, cu condiția ca aceste cuantumuri să se bazeze pe criterii obiective, nediscriminatorii și transparente [Hotărârea din 23 septembrie 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistență medicală transfrontalieră), C-777/18, EU:C:2020:745, punctul 64 și jurisprudența citată].

Rezultă din cele ce precedă că, atunci când o persoană asigurată a primit asistență medicală transfrontalieră fără să fi solicitat și fără să fi obținut autorizația prealabilă necesară în acest scop sau atunci când refuzul de eliberare a acestei autorizații era întemeiat, ea nu are dreptul la rambursarea respectivelor îngrijiri decât în limita acoperirii garantate de sistemul de asigurări de sănătate la care este afiliată, iar cuantumul rambursării costurilor menționate poate fi stabilit de acest stat membru la un nivel inferior celui al costurilor suportate efectiv de această persoană, cu condiția ca mecanismul de calcul al cuantumului menționat să se bazeze pe criterii obiective, nediscriminatorii și transparente. În speță, este de competența instanței de trimitere să verifice dacă formula de calcul stabilită de normele metodologice îndeplinește aceste cerințe. Totuși, dacă, din motive legate de starea sa de sănătate sau de necesitatea de a primi îngrijiri de urgență într-o instituție spitalicească, această persoană a fost împiedicată să solicite o astfel de autorizație prealabilă sau nu a putut aștepta decizia instituției competente cu privire la cererea de autorizare prezentată, ea are dreptul să obțină rambursarea de către instituția competentă a unui quantum echivalent cu cel care ar fi fost suportat în mod normal de această instituție dacă persoana respectivă ar fi dispus de o asemenea autorizație.

Având în vedere considerațiile care precedă, trebuie să se răspundă la a doua întrebare că articolul 20 alineatele (1) și (2) din Regulamentul nr. 883/2004, citit în lumina articolului 56 TFUE, trebuie interpretat în sensul că nu se opune unei reglementări naționale în temeiul căreia, atunci când unei persoane asigurate i s-a refuzat, în mod întemeiat, autorizația prealabilă necesară pentru a i se acorda anumite îngrijiri medicale transfrontaliere, cuantumul în care acestea pot fi rambursate de statul membru de afiliere este limitat la cel prevăzut de sistemul de asigurări de sănătate al acestui stat, prin aplicarea în acest scop a unei formule de calcul care limitează în mod semnificativ cuantumul acestei rambursări comparativ cu costurile efectiv suportate de acea persoană în statul membru în care i-au fost acordate respectivele îngrijiri medicale, cu condiția ca formula de calcul să se bazeze pe criterii obiective, nediscriminatorii și transparente. Cu toate acestea, dacă, din motive legate de starea sa de sănătate sau de necesitatea de a primi îngrijiri de urgență într-o instituție spitalicească, această persoană a fost împiedicată să solicite o astfel de autorizație prealabilă sau nu a putut aștepta decizia instituției competente cu privire la cererea de autorizare prezentată, ea are dreptul să obțină rambursarea de către instituția competentă a unui quantum echivalent cu cel care ar fi fost suportat în mod normal de această instituție dacă persoana respectivă ar fi dispus de o asemenea autorizație.

Cu privire la cheltuielile de judecată

Întrucât, în privința părților din litigiul principal, procedura are caracterul unui incident survenit la instanța de trimitere, este de competența acesteia să se pronunțe cu privire la cheltuielile de judecată. Cheltuielile efectuate pentru a prezenta observații Curții, altele decât cele ale părților menționate, nu pot face obiectul unei rambursări. Pentru aceste motive, Curtea (Camera a patra) declară:

Articolul 7 alineatul (7) din Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere, citit în lumina articolului 56 TFUE, trebuie interpretat în sensul că

se opune unei reglementări naționale care condiționează rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere suportate de persoana asigurată în statul membru de afiliere de o evaluare medicală efectuată de un medic din sistemul public de asigurări de sănătate al acestui stat și finalizată prin emiterea de către medicul respectiv a unui document care autorizează internarea acestei persoane.

Articolul 20 alineatele (1) și (2) din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, citit în lumina articolului 56 TFUE, trebuie interpretat în sensul că

nu se opune unei reglementări naționale în temeiul căreia, atunci când unei persoane asigurate i s-a refuzat, în mod întemeiat, autorizația prealabilă necesară pentru a i se acorda anumite îngrijiri medicale transfrontaliere, cuantumul în care acestea pot fi rambursate de statul membru de afiliere este limitat la cel prevăzut de sistemul de asigurări de sănătate al acestui stat, prin aplicarea în acest scop a unei formule de calcul care limitează în mod semnificativ cuantumul acestei rambursări comparativ cu costurile efectiv suportate de acea persoană în statul membru în care i-au fost acordate respectivele îngrijiri medicale, cu condiția ca formula de calcul să se bazeze pe criterii obiective, nediscriminatorii și transparente. Cu toate acestea, dacă, din motive legate de starea sa de sănătate sau de necesitatea de a primi îngrijiri de urgență într-o instituție spitalicească, această persoană a fost împiedicată să solicite o autorizație prealabilă sau nu a putut aștepta decizia instituției competente cu privire la cererea de autorizare prezentată, ea are dreptul să obțină rambursarea de către instituția competentă a unui cuantum echivalent cu cel care ar fi fost suportat în mod normal de această instituție dacă persoana respectivă ar fi dispus de o asemenea autorizație.

Semnături

*
— Limba de procedură: româna.