Dosar nr. 6239/110/2009

R O M Â N I A

CURTEA DE APEL BACĂU
SECȚIA I CIVILA

ÎNCHEIERE

Ședința publică de la 10 septembrie 2012

Completul compus din:

PREŞEDINTE - (…)
JUDECĂTORI - (…)

GREFIER - (…)

La ordine a venit spre soluționare recursul civil declarat de reclamanta LUCA ELENA împotriva sentinței civile nr. 2090/20.11.2011 pronunțată de Tribunalul Bacău în dosarul nr. 6239/110/2009.

La apelul nominal făcut în ședință publică a răspuns recurenta Luca Elena asistată de avocat …, lipsă fiind intimata Casa de Asigurări de Sănătate Bacău.

S-a expus referatul oral al cauzei de către grefierul de ședință care învederează instanței că:

- procedura de citare legal îndeplinită.

Curtea dispune lăsarea cauzei la a doua strigare, în eventualitatea prezentării reprezentantului intimatei.

La reluarea cauzei, la apelul nominal făcut în ședință publică a răspuns recurenta Luca Elena asistată de avocat …, lipsă fiind intimata Casa de Asigurări de Sănătate Bacău.

Instanța acordă cuvântul cu privire la sesizarea Curtii de Justitie a Uniunii Europene .

Avocat …, având cuvântul pentru recurenta Luca Elena, arată că întrebările preliminare sunt pertinente şi este de acord cu sesizarea Curţii de Justiţie a Uniunii Europene.

Curtea rămâne în pronunțare cu privire la sesizarea Curţii de Justiţie a Uniunii Europene.

C U R T E A

- deliberând -

Curtea de Apel Bacău, în temeiul dispozițiilor art. 267 (ex-articolul 234 TCE) din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene, versiunea consolidată publicată în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene C 83/49 din 30.03.2010 solicită Curţii de Justiţie a Comunităţii

Europene a se răspunde la următoarele întrebări preliminare privind interpretarea art. 56 (ex-articolul 49 TCE) din TCE cu privire la libera prestare a serviciilor în cadrul Uniunii şi a art. 22 din Regulamentul nr. 1408/71 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi, lucrătorii independenţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii.

O decizie în acest sens este utilă soluţionării cauzei interne ce face obiectul dosarului nr. 6239/110/2009 aflat pe rolul Curţii de Apel Bacău.

1. ÎNTREBĂRI PRELIMINARE

1. Dacă art. 56 din TCE (ex. articolul 49 TCE) şi art. 22 din Regulamentul nr.1408/71 se opun unor dispoziţii naţionale, precum cele ale art. 40 alin.1 lit.b , art.45 şi art.46 din Ordinul 592/2008 potrivit cărora lucrătorul salariat sau independent sau membrii de familie ai acestora au dreptul să obţină rambursarea valorii totale a cheltuielilor efectuate pentru asistenţă medicală în străinătate numai dacă au obţinut o autorizaţie prealabilă în acest sens?

2. Dacă plata parţială a unui tratament medical efectuat în interiorul Comunităţii calculat conform tarifelor statului membru asigurator – în speţa noastră conform art. 7^1 din Ordinul 122/2007 (în prezent abrogat prin Ordinul 729/2009) reprezintă o restricţie în sensul art. 56 TCE (ex. articolul 49 TCE) ?

3. Dacă răspunsul la întrebarea precedentă este afirmativ, în limita cărei sume trebuie rambursate cheltuielile efectuate de persoane asigurate în ipoteza în care cuantumul plăţilor prevăzute în legislaţia statului membru de reşedinţă este diferit de cuantumul prestaţiilor prevăzute de legislaţia statului membru în care a fost efectuat tratamentul ?

2. OBIECTUL LITIGIULUI. FAPTE RELEVANTE.

Curtea de Apel Bacău a fost sesizată ca instanţă de recurs cu judecarea recursului declarat de reclamanta Luca Elena împotriva sentinţei civile nr. 2090/20.12.2011 a Tribunalului Bacău.

Prin sentinţa civilă nr. 2090/20.12.2011 a Tribunalului Bacău a fost respinsă ca nefondată cauza privind pe reclamanta Luca Elena în contradictoriu cu pârâta Casa de Asigurări de Sănătate Bacău, având ca obiect pretenţii asigurări sociale.

S-a motivat de către prima instanţă în soluţia de respingere a acţiunii următoarele:

Reclamanta a fost diagnosticată … în octombrie 2008 de către medicii de la Viena… şi care a costat suma de … euro conform facturii nr. …/27.10.2008 .

Tratamentul propus de medicii de la Viena presupunea două etape ….

Reclamanta a efectuat tratamentul complet în străinătate avansând banii necesari în acest sens.

La data de 26.01.2009 reclamanta a formulat către pârâtă cererea înregistrată cu nr. … prin care solicită eliberarea formularului E112 pentru efectuarea tratamentului medical la Viena . La două zile după depunerea acestei prime cereri prin cererea nr. …/28.01.2009 reclamanta solicită amânarea soluționării acesteia deoarece au survenit modificări în raportul clinicii din Viena.

În data de 12.02.2009 prin cererea nr. … reclamanta solicită rambursarea cheltuielilor medicale efectuate pentru tratamentul la Clinica Universitară din Viena. În baza acestei cereri i s-a decontat suma de … lei conform notei de calcul întocmită de pârâtă şi adresei 15472/26.08.2010 , aspect necontestat de către reclamantă.

La data de 12.08.2009 reclamanta depune o nouă cerere înregistrată cu nr. …/12.08.2009 prin care solicită eliberarea formularului E112 în vederea efectuării tratamentului … la clinica din Viena. În această cerere se arată de către reclamantă că a solicitat şi anterior eliberarea cestui formular , însă a fost refuzată verbal de către pârâtă pe motiv că raportul medical nu era semnat de un medic [*specialist*].

Reclamanta a mai depus la data de 18.06.2009 cererea nr.1178 şi respectiv cererea nr.19581 la 13.10.2009 prin care , de asemenea, a solicitat rambursarea cheltuielilor efectuate cu tratamentul medical în străinătate, depunând documentele justificative în acest sens(facturi si chitanțe).

Prin nota de calcul întocmită de Casa de Asigurări de Sănătate a Județului Bacău nr. 21348/12.11.2009 s-a stabilit în temeiul Ordinului 729/2009 şi în baza documentelor justificative depuse de reclamantă că acesteia trebuie să i se deconteze şi suma de … lei, solicitându-se aprobarea transmiterii la CNAS a solicitării privind alocarea bugetară necesară efectuării plății.

Modalitatea de utilizare în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor E112 şi E126 este reglementată succesiv de Ordinul 122/2007, Ordinul nr. 592/2008 şi respectiv Ordinul 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi, cu lucrătorii independenţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, precum şi a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71.

Potrivit art.39 al.2 din Ordinul 592/2008 *Formularul E 112 este utilizat şi în cazul în care este necesară deplasarea într-un alt stat membru pentru a beneficia de tratament medical adecvat.* Acest formular se adresează , potrivit art.40 al.1 lit. b, *lucrătorului salariat sau independent şi membrilor de familie ai acestuia*

care sunt autorizați de instituția competentă să se deplaseze într-un alt stat membru cu scopul de a primi tratament medical.

Potrivit art. 43 al.1 în vederea obținerii formularului E 112, persoana interesată depune o cerere la casa de asigurări în evidența căreia aceasta este înregistrată ca persoană asigurată, cerere ce va fi însoțită de documentele prevăzute la art. 45.

Potrivit art.46 al.1 *formularul E 112 se eliberează înainte de plecarea persoanei beneficiare* iar în al. 2 se arată că *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.*

În dispozițiile mai sus arătate se menționează fără echivoc că eliberarea formularului E112 trebuie să fie anterioară plății contravalorii serviciilor medicale de către bolnav , plata serviciilor medicale lipsindu-l de efecte juridice.

În situația avansării de către bolnav a cheltuielilor efectuate cu tratamentul în străinătate, decontarea acestora s-a făcut în condițiile art. 7^1 al.1 din Ordinul 122/2007 care prevăd că *În condițiile în care un asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România se deplasează într-un stat membru al Uniunii Europene cu scopul de a primi tratament medical, fără aprobarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate unde este luat în evidență ca persoană asigurată, acesta suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate.*

(2) La solicitarea scrisă a asiguratului, însoțită de documente justificative, casa de asigurări de sănătate rambursează contravaloarea serviciilor medicale acordate potrivit alin. (1) și plătite de acesta, la nivelul tarifelor prevăzute la alin. (4) abrogat ulterior prin Ordinul 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte în vigoare din iulie 2009 care în art.8 preia această reglementare , decontarea făcându-se la nivelul tarifelor prevăzute în al.5 al aceluiași articol.

Deși reclamanta susține că a solicitat formularul E 112 însă a fost refuzată verbal motivat de faptul că raportul medicului curant nu este corect completat , instanța reține că cererile din 26.01.2009 (amânată apoi prin cea din 28.01.2009) sunt făcute după ce ea plătise deja tratamentul în străinătate, ori prevederile art.46 al.2 din Ordinul 592/2008 menționează că în această situație formularul nu mai poate fi eliberat.

La fel cererea din 12.08.2009 pentru eliberarea formularului E 112 este făcută tot după achitarea tratamentului …, așa cum rezultă din graficul de plăți depus chiar de către reclamantă la dosar .

Celelalte cereri depuse de reclamantă și enumerate anterior în considerente nu vizează emiterea formularului E112 , deci nu fac obiectul prezentei analize.

Prin urmare, atât timp cât reclamanta nu a făcut dovada că mai întâi s-a adresat printr-o cerere pârâtei în vederea eliberării formularului E112 anterior plăţii de către ea a tratamentului medical efectuat în străinătate , instanţa nu poate trece la analizarea unei eventuale culpe a acesteia pentru neliberarea formularului , având consecinţa forţării sale de a–şi plăti singură tratamentul şi deci de a beneficia doar de o decontare parţială şi nu integrală.

Pe de altă parte instanţa a reţinut că reclamanta a precizat că nu contestă modalitatea de calcul a sumelor care i-au fost decontate în temeiul art. 7^1 al.1 din Ordinul 122/2007 şi respectiv art.8 din Ordinului 729/2009.

Faţă de cele mai sus arătate instanţa a respins acţiunea ca nefondată.

3. LEGEA NAŢIONALĂ APLICABILĂ ÎN CAUZĂ.

Ordinul 592/26.08.2008 pentru aprobarea Normelor metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (C.E.E.) nr. 1408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi, cu lucrătorii independenţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, precum şi a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr.1408/71, publicat în Monitorul Oficial nr. 648 din 11 septembrie 2008, modificat prin Ordinul nr. 575/2009, publicat în Monitorul Oficial nr. 312 din 12 mai 2009, rectificare publicată în Monitorul Oficial nr. 461 din 3 iulie 2009.

Art. 40 alin.1 lit.b

„ Formularul E 112 se adresează lucrătorului salariat sau independent ori membrilor de familie ai acestora care sunt autorizaţi de instituţia competentă să se deplaseze într-un alt stat membru cu scopul de a primi tratament medical”.

Art. 45

„ (1) În cazul prevăzut la art. 40 alin. (1) lit. b), cererea va fi însoţită de următoarele documente:

a) copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de naştere, după caz;

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

c) confirmare scrisă din partea unităţii sanitare din statul membru al Uniunii Europene sau al Spaţiului Economic European în care se intenţionează efectuarea serviciului medical, cu privire la disponibilitatea acesteia de a acorda respectivul serviciu medical, în baza formularului E 112, în perioada indicată de persoana solicitantă, pe baza recomandării medicului curant care întocmeşte raportul medical.

(2) Din raportul medical trebuie să rezulte că serviciul medical solicitat face parte din pachetul de servicii de bază de care beneficiază asiguraţii în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi faptul că acesta nu poate fi efectuat într-un interval de timp rezonabil în niciuna dintre unităţile sanitare din România, luând în considerare starea curentă de sănătate a persoanei solicitante şi evoluţia probabilă a bolii.

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

(4) Raportul medical se întocmeşte de un medic dintr-un spital clinic universitar sau, după caz, judeţean aflat în relaţii contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

(5) Toate documentele medicale, precum şi raportul medical trebuie să fie datate, semnate şi ştampilate."

Art.46

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

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

(3) În cazul prevăzut la alin. (2), casa de asigurări întocmeşte un referat prin care se argumentează şi se justifică situaţia de forţă majoră, document care va sta la baza eliberării formularului E 112.

(4) La întocmirea referatului prevăzut la alin. (3) se vor detalia împrejurările de origine externă, cu caracter extraordinar, absolut imprevizibile şi inevitabile, inclusiv împrejurări de natură medicală, care au condus la situaţia de forţă majoră."

Ordinul 122/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea şi recuperarea cheltuielilor reprezentând asistenţa medicală acordată în baza documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii la care România este parte (care şi-a încetat aplicabilitatea la data intrării în vigoare a Ordinului 729/2009 – conform art. 3, incident însă speţei), publicat în Monitorul Oficial nr.251/16 aprilie 2007, modificat prin Ordinul 616/2007, publicat în Monitorul Oficial nr. 602 din 31 august 2007, modificat prin Ordinul nr. 87/2008 publicat în Monitorul Oficial nr.109 din 12 februarie 2008.

Art. 7^1

„ (1) În condiţiile în care un asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România se deplasează într-un stat membru al Uniunii Europene cu scopul de a primi tratament

medical, fără aprobarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate unde este luat în evidență ca persoană asigurată, acesta suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate.

(2) La solicitarea scrisă a asiguratului, însoțită de documente justificative, casa de asigurări de sănătate ramburseazǎ contravaloarea serviciilor medicale acordate potrivit alin. (1) şi plătite de acesta, la nivelul tarifelor prevăzute la alin. (4).

(3) Rambursarea cheltuielilor în condițiile alin. (1) şi (2) se efectuează de către casa de asigurări de sănătate unde este luată în evidență persoana asigurată către asiguratul care solicită rambursarea, în lei.

(4) Nivelul la care se realizează operaţiunea de rambursare prevăzută la alin. (3) se stabileşte după cum urmează:

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

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

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

(5) Rambursarea prevăzută la alin. (3) poate avea loc numai în situația în care serviciul medical acordat într-un stat membru al Uniunii Europene şi achitat de către asigurat face parte din pachetul de servicii de bază din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

(6) Rambursarea prevăzută la alin. (3) se realizează în termen de maximum 45 de zile lucrătoare de la data înregistrării la casa de asigurări de sănătate a cererii asiguratului, însoțită de actele doveditoare" .

Ordinul 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea şi recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, publicat în Monitorul

Oficial nr.545/5 august 2009, modificat prin Ordinul nr. 465/2011, publicat în Monitorul Oficial nr.290/26 aprilie 2011.

Articolul 8

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

(2) La solicitarea scrisă a asiguratului, a unui membru al familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică) sau a unei persoane împuternicite de acesta, însoţită de documente justificative, casa de asigurări de sănătate ramburseazǎ contravaloarea serviciilor medicale acordate potrivit alin. (1) şi plătite de acesta, la nivelul tarifelor prevăzute la alin. (5).

(3) După întocmirea notei de calcul al sumei care se ramburseazǎ conform prevederilor alin. (2), casa de asigurări de sănătate va solicita alocarea de prevederi bugetare utilizând modelul de solicitare pentru acordare de prevedere bugetară prevăzut la anexa nr. 3.

(4) Rambursarea cheltuielilor în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se efectuează de către casa de asigurări de sănătate unde este luată în evidenţă persoana asigurată către asiguratul care solicită rambursarea, în lei.

(5) Nivelul la care se realizează operaţiunea de rambursare prevăzută la alin. (4) se stabileşte după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu, medicamentele în tratamentul ambulatoriu, precum şi dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu: tarife exprimate prin valoarea definitivă a punctului, stabilită în trimestrul anterior datei la care s-a plătit serviciul, tarife maximale, tarife, procent din tarife, preţuri de referinţă, procent din preţurile de referinţă, preţuri de decontare, prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plăţii serviciului de către asigurat;

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

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

(6) Rambursarea prevăzută la alin. (4) poate avea loc numai în situaţia în care serviciul medical acordat într-un stat membru al Uniunii Europene şi achitat de către asigurat face parte din pachetul de servicii de bază din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

(7) Rambursarea prevăzută la alin. (3) se realizează în termen de maximum 90 de zile de la finalizarea procedurii de verificare şi avizare de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

(8) Rambursarea nu trebuie să depăşească contravaloarea în lei a serviciilor medicale achitate de asigurat, la cursul Băncii Naţionale a României din data efectuării plăţii de către asigurat".

4. ***JURISPRUDENŢA NAŢIONALĂ RELEVANTĂ*** – nu a fost identificată.

5. ***DISPOZIŢIILE COMUNITARE INVOCATE*** a fi relevante în speţa dedusă judecăţii.

Art. 56(ex. articolul 49)din Tratatul privind Funcţionarea Uniunii Europene

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

Parlamentul European si Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, pot extinde beneficiul dispoziţiilor prezentului capitol la prestatorii de servicii care sunt resortisanţi ai unui stat terţ si sunt stabiliţi în cadrul Uniunii „ .

Art.22 din Regulamentul CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi, cu lucrătorii independenţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii.

„ (1) Un lucrător salariat sau un lucrător independent care îndeplineşte condiţiile impuse de legislaţia statului competent în privinţa dreptului la prestaţii, ţinând seama, după caz, de dispoziţiile articolului 18, şi:

(a) a cărui stare necesită imediat prestaţii pe parcursul şederii pe teritoriul unui alt stat membru, luând în considerare natura prestaţiilor şi perioada estimată de şedere;

(b)care, după ce a dobândit dreptul la prestaţii plătibile de instituţia competentă, este autorizat de respectiva instituţie să revină pe teritoriul statului membru în care îşi are reşedinţa sau să-şi transfere reşedinţa pe teritoriul unui alt stat membru;

sau

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

(i) la prestaţii în natură acordate, în numele instituţiei competente, de către instituţia de la locul de şedere sau de reşedinţă în conformitate cu legislaţia pe care o aplică, ca şi când ar fi afiliat la aceasta, durata perioadei pe parcursul căreia se furnizează prestaţii fiind reglementată, cu toate acestea, de legislaţia statului competent;

(ii) la prestaţii în bani acordate de instituţia competentă în conformitate cu dispoziţiile legislaţiei pe care aceasta o aplică. Cu toate acestea, prin acordul dintre instituţia competentă şi instituţia de la locul de şedere sau de reşedinţă, aceste prestaţii pot fi acordate de această din urmă instituţie în numele primei instituţii, în conformitate cu legislaţia statului competent.

(1a) Comisia Administrativă stabileşte o listă a prestaţiilor în natură care, pentru a fi acordate pe parcursul şederii în alt stat membru, solicită, din motive practice, un acord prealabil între persoana în cauză şi instituţia care acordă asistenţa medicală;

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

Autorizaţia necesară în temeiul alineatului (1) litera (c) nu poate fi refuzată în cazul în care tratamentul respectiv se regăseşte printre prestaţiile acordate în baza legislaţiei statului membru pe al cărui teritoriu îşi are reşedinţa persoana în cauză şi căreia nu i se poate acorda un asemenea tratament în intervalul de timp necesar în mod normal pentru obţinerea tratamentului respectiv în statul membru de reşedinţă, luând în considerare starea lui curentă de sănătate şi evoluţia probabilă al bolii.

(3) Alineatele 1, 1 a şi 2 se aplică prin analogie membrilor de familie ai unui lucrător salariat sau ai unui lucrător independent. Totuşi, pentru aplicarea alineatului (1) (a) şi litera (c) (i) membrilor familiei prevăzuţi la articolul 19 (2), care îşi au reşedinţa pe teritoriul unui stat membru, altul decât cel pe teritoriul căruia îşi are reşedinţa lucrătorul salariat sau lucrătorul independent:

(a) prestaţiile în natură sunt acordate, în numele instituţiei statului membru pe teritoriul căruia îşi au reşedinţa membrii familiei, de către instituţia de la locul de şedere potrivit dispoziţiilor legislaţiei pe care o aplică, ca şi cum lucrătorul salariat sau lucrătorul independent ar fi afiliat la aceasta. Durata de acordare a prestaţiilor este totuşi reglementată de legislaţia statului membru pe teritoriul căruia membrii familiei îşi au reşedinţa;

(b) autorizaţia cerută potrivit alineatului (1) (c) este eliberată de instituţia statului membru pe teritoriul căruia membrii familiei îşi au reşedinţa.

(4) Faptul că dispoziţiile alineatului (1) sunt aplicabile lucrătorului salariat sau lucrătorului independent nu afectează dreptul la prestaţii al membrilor săi de familie" .

6. ARGUMENTELE PERTINENTE ALE PĂRŢILOR.

În privinţa acestor argumente, nu le putem prezenta deoarece părţile, deşi li s-a comunicat adresă cu copie a întrebărilor preliminare, nu şi-au prezentat niciun punct de vedere, doar recurenta-reclamantă prin avocat a solicitat sesizarea Curţii de Justiţie a Comunităţii Europene, fără a-şi argumenta punctul de vedere.

PENTRU ACESTE MOTIVE
ÎN NUMELE LEGII
D I S P U N E

Curtea de Apel Bacău în temeiul dispoziţiilor art.267(ex - articolul 234 TCE) din Tratatul privind Funcţionarea Uniunii Europene dispune sesizarea Curţii de Justiţie a Uniunii Europene de la Luxemburg, pentru a răspunde întrebărilor preliminare referitoare la:

- interpretarea art. 56 (ex - articolul 49 TCE) din TCE şi nr. 22 din Regulamentul nr. 1408/71 raportat la dispoziţiile art. 46, art. 45 şi art. 40 alin.1 lit b din Ordinul 592/2008

- interpretarea art. 56 (ex articolul 49TCE) raportat la dispoziţiile art. 7^1 din Ordinul 122/2007 (în prezent abrogat prin Ordinul 729/2009).

Suspendă judecarea cauzei în temeiul art. 244 pct.1 Cod procedură civilă - până la soluţionarea sesizării.

Pronunţată în şedinţă publică, azi, 10.09.2012.

PREŞEDINTE, ***JUDECĂTORI,***

GREFIER,