Recueil de la jurisprudence

CONCLUSIONS DE L'AVOCAT GÉNÉRAL
M. ATHANASIOS RANTOS
présentées le 22 avril 2021 [1]

Affaire C-636/19

Y
contre
CAK

[demande de décision préjudicielle formée par le Centrale Raad van Beroep (cour d'appel en matière de sécurité sociale et de fonction publique, Pays-Bas)]

« Renvoi préjudiciel – Soins de santé transfrontaliers – Directive 2011/24/UE – Article 3, sous b), i) – Notion de "personne assurée" – Article 7 – Remboursement des coûts des soins transfrontaliers – Règlement (CE) nº 883/2004 – Article 1er, sous c) – Article 24 – Droit aux prestations en nature servies par l'État membre de résidence pour le compte de l'État membre chargé de la pension – Article 56 TFUE »

I. Introduction

1. Une personne percevant une pension en vertu de la législation d'un État membre (ci-après l'« État chargé de la pension ») et qui a droit, au titre de l'article 24 du règlement (CE) nº 883/2004 [2], aux prestations en nature servies par l'État membre de sa résidence (ci-après l'« État de résidence ») pour le compte de l'État chargé de la pension, sans pour autant disposer d'une assurance maladie obligatoire dans celui-ci, relève-t-elle de la notion de « personne assurée », au sens de l'article 3, sous b), i), de la directive 2011/24/UE [3], de sorte qu'elle peut se prévaloir de l'article 7, paragraphe 1, de cette directive, afin d'être remboursée, par l'État chargé de la pension, des coûts des soins de santé transfrontaliers dont elle a bénéficié dans un troisième État membre ? En cas de réponse négative, un refus de remboursement, par l'État chargé de la pension, des coûts de ces soins de santé transfrontaliers pour cause d'absence d'autorisation préalable, peut-il constituer une entrave injustifiée à la libre prestation des services, en violation de l'article 56 TFUE ?

1 Langue originale : le français.

2 Règlement du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO 2004, L 166, p. 1, et rectificatif JO 2004, L 200, p. 1), tel que modifié par le règlement (CE) nº 988/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009 (JO 2009, L 284, p. 43) (ci-après le « règlement nº 883/2004 »).

3 Directive du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (JO 2011, L 88, p. 45).

2. Telles sont les questions que soulève la présente affaire, qui conduiront la Cour, d'une part, à préciser l'articulation entre les dispositions du règlement nº 883/2004 et celles de la directive 2011/24 permettant à un assuré de recevoir des soins de santé transfrontaliers[4], et, d'autre part, à appliquer sa jurisprudence relative à l'autorisation préalable en tant qu'obstacle à la libre prestation des services au sens de l'article 56 TFUE[5].

II. Le cadre juridique

A. Le droit de l'Union

1. Le règlement nº 883/2004

3. Selon les considérants 20 et 22 du règlement nº 883/2004 :

« (20) En matière de prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées, il importe d'assurer la protection des personnes assurées ainsi que des membres de leur famille qui résident ou séjournent dans un État membre autre que l'État membre compétent.

[...]

(22) La position spécifique des demandeurs et des titulaires de pensions et des membres de leur famille nécessite des dispositions en matière d'assurance maladie adaptées à cette situation. »

4. Aux termes de l'article 1er, sous c), q), s) et v *bis*), de ce règlement :

« Aux fins du présent règlement :

[...]

c) le terme "personne assurée" désigne, par rapport aux différentes branches de sécurité sociale visées au titre III, chapitres 1 et 3, toute personne qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État membre compétent en vertu du titre II pour avoir droit aux prestations, compte tenu des dispositions du présent règlement ;

[...]

q) le terme "institution compétente" désigne :

i) l'institution à laquelle l'intéressé est affilié au moment de la demande de prestations,

ou

[4] L'articulation entre ces deux actes législatifs et leurs différences a déjà été examinée de manière détaillée, notamment, dans les conclusions de l'avocat général Hogan dans l'affaire Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, points 48 à 68). Voir également, à cet égard, Carrascosa Bermejo, M.-D., « Cross-border healthcare in the EU : Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination », *ERA Forum*, vol. 15, 2014, p. 359 à 380.

[5] Question qui a déjà été examinée par la Cour, notamment dans les arrêts du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), et du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers) (C-777/18, EU:C:2020:745).

ii) l'institution de la part de laquelle l'intéressé a droit ou aurait droit à des prestations s'il résidait ou si le ou les membres de sa famille résidaient dans l'État membre où se trouve cette institution,

[...]

s) le terme "État membre compétent" désigne l'État membre dans lequel se trouve l'institution compétente ;

[...]

v *bis*) les termes "prestations en nature" désignent :

i) aux fins du titre III, chapitre 1 (prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées), les prestations en nature prévues par la législation d'un État membre qui sont destinées à fournir, mettre à disposition, prendre en charge ou rembourser des soins de nature médicale et des produits et services annexes à ces soins, y compris les prestations en nature pour les soins de longue durée ;

[...] »

5. L'article 2 dudit règlement, intitulé « Champ d'application personnel », dispose, à son paragraphe 1 :

« Le présent règlement s'applique aux ressortissants de l'un des États membres, aux apatrides et aux réfugiés résidant dans un État membre qui sont ou ont été soumis à la législation d'un ou de plusieurs États membres, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants. »

6. Contenu au titre II du même règlement, intitulé « Détermination de la législation applicable », l'article 11, intitulé « Règles générales », énonce, à son paragraphe 3, sous e) :

« Sous réserve des articles 12 à 16 :

[...]

e) les personnes autres que celles visées aux points a) à d) sont soumises à la législation de l'État membre de résidence, sans préjudice d'autres dispositions du présent règlement qui leur garantissent des prestations en vertu de la législation d'un ou de plusieurs autres États membres. »

7. Le titre III du règlement n° 883/2004, intitulé « Dispositions particulières applicables aux différentes catégories de prestations », comprend un chapitre 1, dont la section 1 est elle-même intitulée « Les personnes assurées et les membres de leur famille, à l'exception des titulaires de pension et des membres de leur famille ».

8. L'article 18, paragraphe 1, de ce règlement, est libellé comme suit :

« 1. À moins que le paragraphe 2 n'en dispose autrement, la personne assurée et les membres de sa famille visés à l'article 17 peuvent également bénéficier des prestations en nature lors de leur séjour dans l'État membre compétent. Les prestations en nature sont servies par l'institution

compétente et à sa charge, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si les personnes concernées résidaient dans cet État membre. »

9. Compris dans cette section 1, l'article 19, paragraphe 1, dudit règlement, intitulé « Séjour hors de l'État membre compétent », prévoit :

« 1. À moins que le paragraphe 2 n'en dispose autrement, une personne assurée et les membres de sa famille qui séjournent dans un État membre autre que l'État membre compétent peuvent bénéficier des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Ces prestations sont servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si les personnes concernées étaient assurées en vertu de cette législation. »

10. L'article 20 du même règlement, compris également dans la section 1 et intitulé « Déplacement aux fins de bénéficier de prestations en nature – Autorisation de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence », dispose, à ses paragraphes 1 et 2 :

« 1. À moins que le présent règlement n'en dispose autrement, une personne assurée se rendant dans un autre État membre aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour demande une autorisation à l'institution compétente.

2. La personne assurée qui est autorisée par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre aux fins d'y recevoir le traitement adapté à son état bénéficie des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si elle était assurée en vertu de cette législation. L'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie. »

11. L'article 24 du règlement n° 883/2004, intitulé « Absence de droit aux prestations en nature en vertu de la législation de l'État membre de résidence » et compris dans la section 2 du titre III de celui-ci, intitulée « Titulaires de pension et membres de leur famille », est libellé comme suit :

« 1. La personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation d'un ou de plusieurs États membres, et qui ne bénéficie pas des prestations en nature selon la législation de l'État membre de résidence, a toutefois droit, pour elle-même et pour les membres de sa famille, à de telles prestations, pour autant qu'elle y aurait droit selon la législation de l'État membre ou d'au moins un des États membres auxquels il incombe de servir une pension, si elle résidait dans l'État membre concerné. Les prestations en nature sont servies pour le compte de l'institution visée au paragraphe 2 par l'institution du lieu de résidence, comme si l'intéressé bénéficiait de la pension et des prestations en nature selon la législation de cet État membre.

2. Dans les cas visés au paragraphe 1, l'institution à laquelle il incombe d'assumer la charge des prestations en nature est déterminée selon les règles suivantes :

a) si le titulaire de pension a droit à des prestations en nature en vertu de la législation d'un seul État membre, la charge en incombe à l'institution compétente de cet État membre ;

[...] »

12. L'article 27 de ce règlement, intitulé « Séjour du titulaire de pension et des membres de sa famille dans un État membre autre que l'État membre de résidence – Séjour dans l'État membre compétent – Autorisation de recevoir les soins nécessaires hors de l'État membre de résidence », prévoit :

« 1. L'article 19 s'applique mutatis mutandis à la personne qui perçoit une pension ou des pensions selon la législation d'un ou de plusieurs États membres, et qui bénéficie de prestations en nature selon la législation de l'un des États membres qui lui servent une pension, ou aux membres de sa famille, lorsqu'ils séjournent dans un État membre autre que celui dans lequel ils résident.

2. L'article 18, paragraphe 1, s'applique mutatis mutandis aux personnes visées au paragraphe 1 lorsqu'elles séjournent dans l'État membre où se trouve l'institution compétente responsable du coût des prestations en nature servies au titulaire de pension dans son État membre de résidence et lorsque ledit État membre a opté pour cette solution et figure à l'annexe IV.

3. L'article 20 s'applique mutatis mutandis à un titulaire de pension et/ou aux membres de sa famille qui séjournent dans un État membre autre que celui dans lequel ils résident aux fins d'y recevoir le traitement adapté à leur état.

4. À moins que le paragraphe 5 n'en dispose autrement, le coût des prestations en nature visées aux paragraphes 1 à 3 incombe à l'institution compétente responsable du coût des prestations en nature servies au titulaire de pension dans son État membre de résidence.

5. Le coût des prestations en nature visées au paragraphe 3 est supporté par l'institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou des membres de sa famille, si ces personnes résident dans un État membre qui a opté pour le remboursement sur la base de montants fixes. Dans ces cas, aux fins du paragraphe 3, l'institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou des membres de sa famille est considérée comme l'institution compétente. »

13. L'article 31 dudit règlement, intitulé « Disposition générale » et compris sous la section 3 du chapitre 1 dudit règlement, énonce :

« Les articles 23 à 30 ne sont pas applicables au titulaire de pension [...] lorsque l'intéressé bénéficie de prestations selon la législation d'un État membre sur la base d'une activité salariée ou non salariée. Dans ce cas, l'intéressé est régi, aux fins du présent chapitre, par les articles 17 à 21. »

2. La directive 2011/24

14. L'article 3 de la directive 2011/24 est libellé comme suit :

« Aux fins de la présente directive, on entend par :

a) "soins de santé", des services de santé fournis par des professionnels de la santé aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé, y compris la prescription, la délivrance et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux ;

b) “personne assurée” :

i) les personnes, y compris les membres de leur famille et leurs survivants, qui sont couvertes par l’article 2 du règlement [nº 883/2004] et qui sont des personnes assurées au sens de l’article 1er, point c), dudit règlement ; et

ii) [...] »

15. L’article 7 de cette directive, intitulé « Principes généraux applicables au remboursement des coûts », prévoit, à ses paragraphes 1 et 2 :

« 1. Sans préjudice du règlement [nº 883/2004] et sous réserve des dispositions des articles 8 et 9, l’État membre d’affiliation veille à ce que les frais engagés par une personne assurée qui reçoit des soins de santé transfrontaliers soient remboursés, si les soins de santé en question font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit dans l’État membre d’affiliation.

2. Par dérogation au paragraphe 1 :

a) si un État membre figure à l’annexe IV du règlement [nº 883/2004][6] et a reconnu, conformément audit règlement, le droit aux prestations de maladie pour les titulaires d’une pension et les membres de leur famille qui résident dans un autre État membre, il leur fournit à ses frais des soins de santé au titre de la présente directive lorsqu’ils séjournent sur son territoire, conformément à sa législation, comme si les personnes concernées résidaient dans l’État membre figurant à ladite annexe ;

[...] »

16. L’article 8 de ladite directive, intitulé « Soins de santé susceptibles d’être soumis à autorisation préalable », dispose, à ses paragraphes 1 et 2 :

« 1. L’État membre d’affiliation peut mettre en place un régime d’autorisation préalable pour le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers, conformément au présent article et à l’article 9. Le régime d’autorisation préalable, y compris les critères, l’application de ceux-ci et les décisions individuelles de refus d’autorisation préalable, se limite à ce qui est nécessaire et proportionné à l’objectif poursuivi et ne peut constituer un moyen de discrimination arbitraire ni une entrave injustifiée à la libre circulation des patients.

2. Les soins de santé susceptibles d’être soumis à autorisation préalable sont limités aux soins de santé qui :

a) sont soumis à des impératifs de planification liés à l’objectif de garantir sur le territoire de l’État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d’assurer une maîtrise des coûts et d’éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines et :

i) impliquent le séjour du patient concerné à l’hôpital pour au moins une nuit ; ou

[6] À la suite de l’adoption du règlement nº 988/2009, le Royaume des Pays-Bas figure à l’annexe IV du règlement nº 883/2004, qui contient la liste des États membres ayant accordé des droits supplémentaires aux titulaires de pension retournant dans l’État membre compétent (article 27, paragraphe 2, du règlement nº 883/2004).

ii) nécessitent un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux ;

[...]

Les États membres communiquent à la Commission les catégories de soins de santé visées au point a). »

B. Le droit néerlandais

17. L'article 69 de la Zorgverzekeringswet (loi sur l'assurance soins de santé, ci-après la « Zvw »), dans sa version applicable aux faits au principal[7], dispose :

« 1. Les personnes résidant à l'étranger qui, par application d'un règlement du Conseil des communautés européennes ou par application d'un règlement adopté en vertu de l'accord sur l'Espace économique européen ou d'un traité en matière de sécurité sociale, ont droit, en cas de besoin, aux soins ou au remboursement de ceux-ci, comme le prévoit la législation sur l'assurance des soins dans leur pays de résidence, se font connaître auprès du [Centraal Administratie Kantoor (bureau de l'administration central, Pays-Bas, ci-après le « CAK »)], à moins qu'elles ne relèvent, en vertu de la présente loi, de l'assurance obligatoire.

2. Les personnes visées aux paragraphes 1, 14 et 15 sont redevables d'une cotisation qui sera fixée par arrêté ministériel. Pour une partie qui sera fixée par cet arrêté, ladite cotisation est considérée, pour l'application de la [Wet op de zorgtoeslag (loi sur les allocations de soins de santé)], comme une prime d'assurance soins de santé.

[...]

4. Le [CAK] est chargé de la mise en œuvre des dispositions des paragraphes 1, 14 et 15 et des règlements internationaux qui y sont mentionnés, ainsi que de l'adoption des décisions concernant le prélèvement et la perception des cotisations visées aux paragraphes 2 et 3.

[...] »

III. Le litige au principal, les questions préjudicielles et la procédure devant la Cour

18. Y, partie appelante au principal, est une ressortissante néerlandaise qui réside avec son conjoint en Belgique et perçoit une pension de vieillesse en vertu de l'Algemene Ouderdomswet (loi néerlandaise générale sur la vieillesse, ci-après l'« AOW »)[8]. À l'époque des faits au principal, en tant que titulaire de cette pension, Y avait droit, en vertu de l'article 24 du règlement nº 883/2004, aux soins de santé dans son État de résidence (la Belgique) à la charge de l'État membre de ladite pension (les Pays-Bas). Pour bénéficier de ce droit, elle était redevable d'une cotisation, au titre de l'article 69 de la Zvw, lu en combinaison avec l'article 30 du règlement

7 Stb. 2005, nº 358, dans sa version en vigueur du 1er avril 2014 au 1er janvier 2017 (Stb. 2013, nº 578).

8 Stb. 1956, nº 281.

nº 883/2004. En tant que titulaire de pension bénéficiaire du droit de l'Union [9], Y ne relevait pas du régime d'assurance soins de santé obligatoire néerlandais et était exemptée des cotisations y afférentes.

19. Le 6 mars 2015, à la suite d'une consultation de Y chez un médecin généraliste en Belgique, il a été procédé à un examen radiologique à l'Academisch Ziekenhuis Maastricht (hôpital universitaire de Maastricht, Pays-Bas, ci-après l'« AZM ») et, ensuite, le 8 mars 2015, à un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Les 9 et 11 mars 2015, le conjoint de Y a pris contact par téléphone avec la partie défenderesse au principal, le CAK – l'organe compétent auquel incombe la mise en œuvre du règlement nº 883/2004 [10] – au sujet d'un traitement médical envisagé en Allemagne. Le CAK a attiré l'attention du conjoint de Y sur la procédure d'autorisation.

20. Le 12 mars 2015, l'AZM a diagnostiqué chez Y un cancer du sein de grade 2 et lui a fait une proposition de traitement.

21. Le 13 mars 2015, Y a demandé un second avis médical auprès du Franziskus Hospital Harderberg situé à Osnabrück (Allemagne), pour lequel elle a sollicité l'autorisation préalable du CAK. Lors de cette consultation, a été diagnostiqué chez elle un cancer du sein de grade 3.

22. Le 20 mars 2015, Y a subi une opération aux seins dans cet hôpital allemand et, le 25 mars 2015, des ganglions lymphatiques lui ont été retirés. Dans le cadre de ces opérations, Y a séjourné dans cet hôpital pour la période allant du 19 mars au 30 mars 2015. Par la suite, entre le 14 avril 2015 et le 24 juin 2015, Y a reçu dans cet hôpital des traitements postopératoires, parmi lesquels une radiothérapie. Pour ces opérations et ces traitements, aucune autorisation n'a été demandée au préalable au CAK.

23. Le 19 mars 2015, l'organisme belge d'assurance maladie [11] dont relevait Y a formé une demande auprès du CAK visant à obtenir une autorisation (a posteriori) afférente au traitement médical programmé à la suite de la consultation du 13 mars 2015 auprès du Franziskus Hospital Harderberg.

24. Le 1er mai 2015, le CAK a refusé d'accorder cette autorisation, s'estimant compétent pour accorder une telle autorisation uniquement si Y avait demandé une autorisation pour les traitements en cause, ce qu'elle n'avait pas fait.

25. Le 1er juillet 2015, Y a demandé au CAK le remboursement des frais afférents aux traitements médicaux qu'elle avait subis en Allemagne, d'un montant total de 16 853,13 euros, en présentant les factures relatives à ces traitements.

26. Par décision du 20 juillet 2015, le CAK a rejeté cette demande, au motif que Y s'était rendue en Allemagne en vue de bénéficier de traitements médicaux qu'il a qualifiés de « soins programmés », tels que visés à l'article 20 du règlement nº 883/2004, qui n'avaient pas été administrés en Belgique

[9] Le gouvernement néerlandais explique que ce groupe de personnes est désigné comme les « verdragsgerechtigde gepensioneerden » [titulaires de pension bénéficiaires d'une convention], le terme « verdragsgerechtigd » désignant, en substance, toute personne résidant en dehors des Pays-Bas qui a droit à une prestation légale à la charge des Pays-Bas au titre du droit de l'Union.

[10] La juridiction de renvoi précise que, depuis le 1er janvier 2017, le CAK exerce, dans des affaires telles que celle au principal, les compétences exercées précédemment par le Zorginstituut Nederland (Pays-Bas).

[11] La Christelijke Mutualiteit Limburg (Mutualité chrétienne du Limbourg), qui était l'« institution du lieu de résidence » visée à l'article 1er, sous r), du règlement nº 883/2004.

(État de résidence) ou aux Pays-Bas (État chargé de la pension), et pour lesquels Y n'avait pas demandé une autorisation préalable. En l'absence d'une telle demande d'autorisation, le CAK a estimé ne pas être compétent pour rembourser les frais médicaux en cause.

27. Par décision du 4 janvier 2016, la réclamation introduite par Y contre la décision du 20 juillet 2015 a été rejetée comme non fondée.

28. Par jugement du 24 novembre 2016, le rechtbank Amsterdam (tribunal d'Amsterdam, Pays-Bas) a rejeté le recours contre la décision du 4 janvier 2016 comme non fondé. Cette juridiction a considéré, en substance, que l'hospitalisation, l'entretien préliminaire et le traitement programmés en Allemagne dans un intervalle d'une semaine n'attestaient pas une urgence extrême en ce qui concerne l'état de santé de Y durant son séjour dans cet État. Selon ladite juridiction, le CAK était fondé à qualifier le traitement médical prodigué à Y en Allemagne de « soins programmés », pour lequel aucune autorisation n'avait été accordée, et, par conséquent, à refuser le remboursement des frais médicaux y afférents.

29. Y a interjeté appel de ce jugement devant la juridiction de renvoi, le Centrale Raad van Beroep (cour d'appel en matière de sécurité sociale et de fonction publique, Pays-Bas), en faisant valoir, en substance, d'une part, que les opérations médicales des 20 et 25 mars 2015 devaient être considérées, du fait de leur caractère urgent et inopiné sur le plan médical, comme des soins « non programmés », au sens de l'article 19 du règlement nº 883/2004, dont le remboursement n'était pas soumis à une autorisation préalable, et, d'autre part, que les coûts des traitements postopératoires, parmi lesquels une radiothérapie, qui ont eu lieu également en Allemagne entre le 14 avril et le 24 juin 2015, n'étaient pas non plus subordonnés à une autorisation préalable, au titre de l'article 8 de la directive 2011/24.

30. À cet égard, la juridiction de renvoi indique qu'elle considère que le CAK n'était pas tenu de procéder au remboursement des coûts exposés par Y en Allemagne sur la base de l'article 20, paragraphe 1, du règlement nº 883/2004, qui s'appliquait, mutatis mutandis, aux titulaires de pension tels que Y, en vertu de l'article 27, paragraphe 3 de ce règlement. En effet, tout en admettant qu'il n'était pas nécessaire de trancher la question de savoir si la seule absence d'une demande d'autorisation préalable de la part de Y suffisait pour que le CAK puisse refuser le remboursement de ces coûts, la juridiction de renvoi constate que, au cours de la procédure devant elle, il s'est avéré que, même si une telle autorisation avait été demandée à temps, celle-ci aurait pu être refusée par le CAK au motif que, sur la base d'une déclaration de l'organisme belge d'assurance maladie, le même traitement aurait été possible dans le même délai en Belgique. Partant, selon la juridiction de renvoi, il n'a pas été satisfait aux exigences prévues à l'article 20, paragraphe 2, dernière phrase, du règlement nº 883/2004 pour l'obtention de prestations en nature dans le cas de soins programmés dans un État membre autre que l'État de résidence et l'État chargé de la pension pour le compte de ce dernier État.

31. Toutefois, la juridiction de renvoi se demande si, ainsi que le fait valoir Y, le titulaire d'une pension peut néanmoins invoquer à bon droit la directive 2011/24, afin de se voir rembourser, en tout ou en partie, les coûts des soins postopératoires reçus en Allemagne, dans la mesure où cette directive n'exigerait pas d'autorisation pour les soins de santé ambulatoires transfrontaliers. À cet égard, la juridiction de renvoi souhaite savoir si Y, étant titulaire d'une pension et non assurée en vertu d'un régime national obligatoire d'assurance maladie, relève du champ d'application personnel de ladite directive en tant que « personne assurée », au sens de l'article 3, sous b), i) de la même directive. Dans l'affirmative, cette juridiction est d'avis, à l'instar de Y, que, en vertu de l'article 8, paragraphe 2, sous a), ii) de la directive 2011/24, les soins postopératoires (parmi

lesquels la radiothérapie) ne sont pas des soins qui peuvent être soumis à une autorisation [12].

32. Enfin, pour le cas où la Cour devait conclure que Y ne relève pas du champ d'application personnel de la directive 2011/24, la juridiction de renvoi s'interroge sur le point de savoir si l'article 56 TFUE fait obstacle à ce que l'État chargé de la pension de Y refuse de lui rembourser, en l'absence d'une autorisation préalable obtenue par celle-ci, les coûts des soins de santé ambulatoires reçus en dehors de l'État de résidence et de l'État chargé de la pension, en tant qu'entrave injustifiée à la libre prestation des services garantie par cette disposition.

33. C'est dans ces conditions que le Centrale Raad van Beroep (cour d'appel en matière de sécurité sociale et de fonction publique) a décidé de surseoir à statuer et de poser à la Cour les questions préjudicielles suivantes :

« 1) La directive [2011/24] doit-elle être interprétée en ce sens que les personnes visées à l'article 24 du règlement [nº 883/2004] qui bénéficient dans le pays de résidence de prestations en nature qui sont à la charge des Pays-Bas, mais qui ne sont pas assurées aux Pays-Bas au titre de l'assurance maladie obligatoire, peuvent invoquer directement cette directive pour obtenir le remboursement des coûts de soins qui leur ont été servis ?

En cas de réponse négative,

2) Résulte-t-il de l'article 56 TFUE que, comme en l'espèce, le refus de rembourser des soins servis dans un État membre autre que le pays de résidence ou de pension constitue une entrave injustifiée à la libre circulation des services ? »

34. Des observations écrites ont été déposées par le gouvernement néerlandais et par la Commission européenne, qui ont également répondu aux questions écrites posées par la Cour.

IV. Analyse

A. Observations liminaires

35. Les présentes questions préjudicielles sont posées dans le cadre particulier de la réglementation néerlandaise, qui prévoit que les personnes percevant une pension en vertu de la législation néerlandaise et qui ne résident pas aux Pays-Bas ont droit, en vertu de l'article 24 du règlement nº 883/2004, à des soins de santé dans l'État de leur résidence. Pour bénéficier de ce droit, cette catégorie de personnes est redevable d'une cotisation au CAK. Conformément à ce régime, si les frais médicaux sont exposés en dehors des Pays-Bas, le CAK organise leur règlement avec l'État dans lequel ces frais ont été exposés.

36. En l'occurrence, Y est titulaire d'une pension en vertu de la législation des Pays-Bas et, résidant en Belgique, elle ne dispose pas d'une assurance maladie obligatoire néerlandaise. Elle a toutefois droit, au titre de l'article 24 du règlement nº 883/2004, aux prestations en nature selon la législation de son État de résidence, la Belgique, servies à la charge de l'État chargé de sa pension, les Pays-Bas.

[12] La juridiction de renvoi indique que les soins pour lesquels Y a dû séjourner à l'hôpital en Allemagne au cours de la période allant du 19 au 30 mars 2015 (à savoir les soins liés aux deux opérations médicales) sont des soins qui relèvent de l'article 8, paragraphe 2, sous a), i) de la directive 2011/24 et seraient donc soumis à une autorisation préalable.

37. Dans le cadre du litige au principal, Y cherche à se faire rembourser auprès du CAK les coûts des prestations médicales dont elle a bénéficié en Allemagne dans le cadre du traitement d'un cancer du sein. Ces demandes de remboursement se rattachent à deux types de coûts : d'une part, aux coûts des opérations chirurgicales, y compris les coûts de séjour hospitalier y afférents, que Y souhaite se voir remboursés, notamment, au titre de l'article 19 du règlement nº 883/2004, estimant que ces soins ne sauraient être qualifiés de « soins programmés » et, dès lors, ne devaient pas être autorisés préalablement, comme le soutient le CAK, et, d'autre part, aux coûts des traitements postopératoires, parmi lesquels une radiothérapie, dont Y souhaite le remboursement au titre de l'article 7 de la directive 2011/24, dans la mesure où, selon Y, cette directive ne soumet pas le remboursement à une autorisation préalable. Partant, Y estime pouvoir se prévaloir des dispositions tant du règlement nº 883/2004 que de la directive 2011/24.

38. La juridiction de renvoi exclut l'application du règlement nº 883/2004 aux faits au principal (voir point 30 des présentes conclusions) et n'interroge la Cour qu'en ce qui concerne l'application de la directive 2011/24 et de l'article 56 TFUE. La Cour n'a pas donc à traiter la question de savoir si c'est à juste titre que cette juridiction a qualifié les deux opérations en Allemagne de « soins programmés » relevant de l'article 20 du règlement nº 883/2004 et si le simple défaut d'une demande d'autorisation préalable suffit pour qu'un remboursement des coûts soit refusé. Toutefois, j'estime utile de signaler que, après l'introduction de la présente demande de décision préjudicielle, la Cour a rendu deux arrêts qui portent tant sur la notion de « soins programmés » au sens de l'article 20 de ce règlement[13], que sur le droit au remboursement des coûts de tels soins au titre de cet article en cas de refus ou d'absence d'une autorisation préalable[14].

B. Sur la première question préjudicielle

39. Par sa première question, la juridiction de renvoi demande, en substance, si les personnes percevant une pension en vertu de la législation d'un État membre et qui ont droit, au titre de l'article 24 du règlement nº 883/2004, aux prestations en nature servies par l'État de leur résidence pour le compte de l'État chargé de la pension, sans pour autant disposer d'une assurance maladie obligatoire auprès de l'État chargé de la pension, peuvent se prévaloir de la directive 2011/24 afin d'obtenir le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers qui leur ont été prodigués dans un troisième État membre.

40. Il convient d'emblée de rappeler que l'article 7, paragraphe 1, de la directive 2011/24 dispose que, « [s]ans préjudice du règlement [nº 883/2004] et sous réserve des dispositions des articles 8 et 9 [de ladite directive], l'État membre d'affiliation veille à ce que les frais engagés par *une*

[13] Voir, à cet égard, arrêt du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers) (C-777/18, EU:C:2020:745, points 38 à 44).

[14] Voir arrêts du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers) (C-777/18, EU:C:2020:745, points 45 à 55), et du 29 octobre 2020, Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:872, points 28 à 33), ainsi que conclusions de l'avocat général Hogan dans l'affaire Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, points 48 à 68). À cet égard, j'observe que la Cour a déjà identifié deux cas de figure dans lesquels la personne assurée, même en l'absence d'une autorisation dûment délivrée avant le début de la dispense des soins programmés dans l'État membre de séjour, est en droit d'obtenir directement le remboursement, par l'institution compétente, d'un montant équivalent à celui qui aurait normalement été pris en charge par cette institution si la personne assurée avait disposé d'une telle autorisation. Un tel cas de figure est envisageable lorsque, notamment, pour des raisons liées à son état de santé ou à la nécessité de recevoir des soins en urgence dans un établissement hospitalier, la personne assurée a été empêchée de solliciter une telle autorisation ou n'a pu attendre la décision de l'institution compétente sur la demande d'autorisation présentée. Partant, une réglementation qui exclut, dans tous les cas, la prise en charge des soins hospitaliers dispensés dans un autre État membre sans autorisation prive la personne assurée de la prise en charge de tels soins, quand bien même les conditions à cette fin seraient par ailleurs réunies. Une telle réglementation, qui ne saurait être justifiée par des impératifs d'intérêt général et, en tout état de cause, qui ne satisfait pas à l'exigence de proportionnalité, constitue, par conséquent, une restriction injustifiée à la libre prestation de services [voir arrêt du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers) (C-777/18, EU:C:2020:745, points 46 à 48 et jurisprudence citée)].

personne assurée qui reçoit des soins de santé transfrontaliers soient remboursés, si les soins de santé en question font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit dans cet État membre d'affiliation »[15]. Il résulte de ce libellé que le droit au remboursement est réservé aux seules « personnes assurées ».

41. Afin de répondre à la première question, il y a donc lieu de déterminer si une personne dans la situation de Y, qui perçoit une pension dans un premier État membre et qui a droit, au titre de l'article 24 du règlement nº 883/2004, aux prestations en nature servies par l'État membre de résidence pour le compte du premier État membre, sans pour autant disposer de l'assurance maladie obligatoire dans ce dernier, peut être qualifiée de « personne assurée », au sens de l'article 7, paragraphe 1, de la directive 2011/24, de sorte qu'elle peut se prévaloir du droit au remboursement des coûts des soins transfrontaliers.

42. Pour les raisons que j'évoquerai ci-dessous, j'estime qu'il convient d'y répondre par l'affirmative.

1. Sur la notion de « personne assurée » au sens de la directive 2011/24

43. La notion de « personne assurée » est définie à l'article 3, sous b), de la directive 2011/24 et désigne, notamment, sous i), « les personnes, [...] qui sont couvertes par l'article 2 du règlement [nº 883/2004] et qui sont des personnes assurées au sens de l'article 1er, point c), dudit règlement ». Cette définition renvoie donc aux dispositions générales relatives aux « définitions » et au « champ d'application personnel » du règlement nº 883/2004. Dans la mesure où ladite définition se réfère aux dispositions de ce règlement de manière cumulative, pour qu'une personne soit qualifiée de « personne assurée », au sens de cette directive, ces deux exigences prévues par ledit règlement doivent être remplies.

44. À cet égard, il y a lieu de relever, d'une part, que, aux termes de l'article 2, paragraphe 1, du règlement nº 883/2004, celui-ci s'applique, notamment, aux « ressortissants de l'un des États membres [...] qui sont ou qui ont été soumis à la législation d'un ou de plusieurs États membres » et, d'autre part, que, aux termes de l'article 1er, sous c), de ce règlement, « le terme "personne assurée" désigne, par rapport aux différentes branches de sécurité sociale visées au titre III [16], chapitres 1 et 3, toute personne qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État membre compétent en vertu du titre II pour avoir droit aux prestations, compte tenu des dispositions [dudit] règlement ».

45. S'agissant de la première exigence visée à l'article 2, paragraphe 1, du règlement nº 883/2004, qui relève du « champ d'application personnel » de celui-ci, j'estime qu'il ne fait aucun doute qu'une personne, telle que Y, qui est ressortissante d'un État membre et qui perçoit une pension de cet État membre lui donnant droit aux prestations en nature servies par son État de résidence pour le compte de l'État chargé de la pension, doit être considérée comme étant « soumise à la législation d'un État membre », même si cette personne ne dispose pas d'une assurance maladie obligatoire dans l'État chargé de la pension. En effet, Y, en tant que ressortissante néerlandaise,

15 Mise en italique par mes soins.

16 À savoir les branches suivantes : a) les prestations de maladie, b) les prestations de maternité et de paternité assimilées, c) les prestations d'invalidité, d) les prestations de vieillesse, e) les prestations de survivant, f) les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, g) les allocations de décès, h) les prestations de chômage, i) les prestations de préretraite, et j) les prestations familiales.

devrait être considérée comme étant « soumise à la législation » des Pays-Bas, du fait qu'elle perçoit une pension de vieillesse en vertu de l'AOW et est redevable d'une cotisation au CAK au titre de la Zvw (voir point 18 des présentes conclusions).

46. S'agissant de la seconde exigence visée à l'article 1er, sous c), du règlement nº 883/2004, il convient d'observer, d'une part, que le terme « personne assurée » a été instauré par ce règlement [17] principalement aux fins du chapitre 1 du titre III, de celui-ci, intitulé « Prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées » [18], étant donné que les dispositions de coordination en matière de maladie exigent que la personne soit « assurée » dans un État membre. Y perçoit une pension de vieillesse en vertu de l'AOW et, à ce titre, bénéficie du droit aux soins de santé prévus, notamment, à l'article 24 dudit règlement qui, bien qu'il ne se réfère pas explicitement aux « personnes assurées », fait partie du chapitre 1, et concerne donc l'une « des branches de sécurité sociale visées au titre III », conformément à la première phrase de l'article 1er, sous c), du même règlement.

47. D'autre part, pour que Y, en tant que « titulaire de pension », au sens de l'article 24 du règlement nº 883/2004, puisse être considérée comme une « personne assurée » au sens de l'article 1er, sous c), de ce règlement, conformément à la dernière phrase de cette disposition, elle doit « satisfai[re] aux conditions requises par la législation de l'État membre compétent en vertu du titre II pour avoir droit aux prestations, compte tenu des dispositions [dudit] règlement ».

48. À cet égard, il convient de préciser que les titulaires de pension au sens de l'article 24 du règlement nº 883/2004 peuvent, conformément à l'article 16, paragraphe 2, de ce règlement, être exemptés, à leur demande, de l'application de la législation de l'État membre de résidence qui, conformément à l'article 11, paragraphe 3, sous e), dudit règlement, serait normalement d'application [19]. En l'occurrence, il est constant que Y est soumise à la législation des Pays-Bas, en tant qu'État membre compétent en vertu du titre II du même règlement.

49. S'il n'appartient pas à la Cour de vérifier, en interprétant le droit national, si Y remplit les « conditions requises » par la législation néerlandaise pour avoir droit aux prestations prévues à l'article 24 du règlement nº 883/2004, il convient de constater que le terme « législation », au sens de ce règlement, doit recevoir une interprétation large [20] et que l'application de la législation nationale doit être effectuée, conformément à l'article 1er, sous c), de ce règlement, « compte tenu des dispositions [dudit] règlement ».

50. Ainsi, force est de constater que les conditions requises par la législation néerlandaise pour avoir droit auxdites prestations en nature sur le territoire des Pays-Bas, correspondent, en fait, aux conditions fixées à l'article 24 du règlement nº 883/2004, qui subordonne le droit aux prestations en nature qu'il prévoit à trois conditions. Premièrement, l'intéressé doit percevoir

[17] Le règlement nº 883/2004 a procédé à la modernisation et à la simplification des règles contenues dans le règlement (CEE) nº 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, dans sa version modifiée et mise à jour par le règlement (CE) nº 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996 (JO 1997, L 28, p. 1). Le terme « personne assurée » n'était cependant pas défini dans le règlement nº 1408/71.

[18] En effet, le chapitre 3 du titre III du règlement nº 883/2004, intitulé « Allocations de décès », où le terme « personne assurée » est employé, contient uniquement deux dispositions, à savoir les articles 42 et 43, tandis que le chapitre 1 contient trois sections et 18 articles.

[19] L'article 16, paragraphe 2, du règlement nº 883/2004 précise que cette possibilité est offerte, à la demande de la personne intéressée, à condition que celle-ci ne soit pas soumise à la législation de l'État de résidence en raison de l'exercice d'une activité salariée ou non salariée.

[20] Conformément à l'article 1er, sous l), premier alinéa, du règlement nº 883/2004, le terme « législation » désigne, pour chaque État membre, les lois, règlements et autres dispositions légales et toutes autres mesures d'application qui concernent les branches de sécurité sociale visées à l'article 3, paragraphe 1 de ce règlement.

une ou des pensions en vertu de la législation d'un ou de plusieurs États membres, deuxièmement, il ne doit pas bénéficier des prestations en nature selon la législation de l'État de sa résidence, et, troisièmement, il devrait avoir droit à ces prestations, selon la législation de l'État chargé de la pension, s'il résidait dans cet État membre. Mis à part ces trois conditions, ainsi que le gouvernement néerlandais l'a confirmé, aucune autre condition n'est exigée au titre de la législation néerlandaise afin de pouvoir bénéficier du droit à des prestations en nature en vertu de l'article 24 de ce règlement [21].

51. Partant, en l'absence d'autres conditions posées au niveau national, un « titulaire de pension », au sens de l'article 24 du règlement nº 883/2004, peut être qualifié de « personne assurée » au sens de l'article 1er, sous c), de ce règlement, dès lors qu'il satisfait aux trois conditions de l'article 24 dudit règlement.

52. De surcroît, il convient de relever que le Royaume des Pays-Bas a opté pour son inscription sur la liste des États membres figurant à l'annexe IV du règlement nº 883/2004, ce qui implique qu'une personne qui est titulaire de pension et qui, comme Y, réside dans un autre État membre peut bénéficier, au titre de l'article 18, paragraphe 1, de ce règlement, lu conjointement avec l'article 27, paragraphe 2, dudit règlement, des prestations en nature lors de son séjour aux Pays-Bas (l'État membre compétent), à la charge de l'institution compétente et selon les dispositions de la législation nationale applicable, comme si elle résidait dans cet État membre. C'est vraisemblablement en application de cette disposition que Y a effectué un examen radiologique à l'AZM, aux Pays-Bas, à la suite d'une première consultation chez un médecin généraliste en Belgique. Partant, en tout état de cause, il me semble difficilement soutenable que Y ne soit pas une « personne assurée » conformément à la législation néerlandaise.

53. Eu égard à ce qui précède, j'estime que, en l'occurrence, les exigences prévues à l'article 1er, sous c), et à l'article 2 du règlement nº 883/2004 sont remplies. Il y a lieu donc de conclure que Y, en tant que « titulaire d'une pension », au sens de l'article 24 de ce règlement, doit être également considérée comme une « personne assurée » au sens de l'article 3, sous b), i) de la directive 2011/24 et, à ce titre, pouvoir bénéficier des principes généraux applicables au remboursement des coûts, prévus à l'article 7, paragraphe 1, de cette directive.

2. Sur la distinction entre « personne assurée » et « titulaire de pension » dans le système du règlement nº 883/2004

54. Cette conclusion ne saurait être infirmée, selon moi, par l'argument avancé par le gouvernement néerlandais selon lequel les « titulaires d'une pension », au sens du règlement nº 883/2004, ne sauraient être également des « personnes assurées » au sens de ce règlement. Selon ce gouvernement, ledit règlement fait une nette distinction entre les dispositions qui s'appliquent aux « personnes assurées », d'une part, et celles qui s'appliquent aux « titulaires de pension », d'autre part, de sorte que ces deux catégories s'excluraient mutuellement. À l'appui de cet argument, il fait observer que, dans le chapitre 1 du titre III du même règlement, la section 1 est consacrée aux « personnes assurées et [aux] membres de leur famille, *à l'exception des titulaires de pension et des membres de leur famille* » et que la section 2 est dédiée exclusivement aux « *[t]itulaires de pension* et [aux] membres de leur famille » [22]. De même, au sein du chapitre 3 du titre III du règlement nº 883/2004, l'article 42 régit le cas du décès d'une « personne assurée » ou d'un membre de sa famille, alors que l'article 43 de ce règlement régit le cas du décès d'un

[21] Voir, à cet égard, l'article 69, paragraphe 1, de la Zvw, cité au point 17 des présentes conclusions.

[22] Mise en italique par mes soins.

« titulaire d'une pension » ou d'un membre de sa famille. Selon cette logique, l'article 24 dudit règlement, qui figure sous la section 2 du chapitre 1, devrait donc s'appliquer exclusivement aux « titulaires d'une pension » et non aux « personnes assurées », de sorte qu'un titulaire d'une pension, tel que Y, ne saurait se prévaloir des dispositions de l'article 7, paragraphe 1, de la directive 2011/24.

55. Sur la base d'une analyse du règlement nº 883/2004, j'estime que, si les termes « personne assurée » et « titulaire d'une pension » ne sont, certes, pas utilisés de manière interchangeable, ceux-ci ayant une signification autonome et distincte, la notion de « personne assurée » doit, pour les raisons qui suivent, pouvoir englober la notion de « titulaire d'une pension » en tant que catégorie spécifique des « personnes assurées » qui méritent des dispositions adaptées à leur situation.

56. Il convient de préciser d'emblée que le champ d'application personnel du règlement nº 883/2004 est le résultat d'une extension progressive, par la jurisprudence de la Cour et des modifications législatives qui s'ensuivirent, du champ d'application initial du règlement nº 3/1958 [23]. Afin d'aboutir à une simplification radicale des dispositions très complexes relatives au champ d'application personnel de l'ancien règlement nº 1408/71, l'article 2 du règlement nº 883/2004 renvoie de manière générale et exhaustive à tous « [les] ressortissants de l'un des États membres [...] qui sont ou ont été soumis à la législation d'un ou de plusieurs États membres, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants » [24]. Il s'ensuit que la notion de « personne assurée » vise les personnes qui, indépendamment de leur statut (par exemple, salarié, titulaire de pension, etc.), satisfont aux conditions requises par la législation de l'État membre compétent pour avoir droit à des prestations. Cela signifie que le règlement nº 883/2004 s'applique dans son intégralité, indépendamment de la question de savoir si l'intéressé a été assuré en tant que salarié, en tant que personne non active ou en raison d'autres circonstances telles que, notamment, la résidence ou la nationalité.

57. C'est à la lumière de cette évolution qu'il convient d'analyser la distinction opérée par le législateur de l'Union entre les « personnes assurées » et les « titulaires de pension ». Historiquement, cette distinction émane du règlement nº 1408/71, notamment de ses articles 27 à 34, qui correspondent, en substance, aux articles 23 à 30 du règlement nº 883/2004.

58. À cet égard, il convient, en premier lieu, de relever que, aux termes des considérants 20 et 22 du règlement nº 883/2004, « [e]n matière de prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées, il importe d'assurer la protection des *personnes assurées* [...] qui résident ou séjournent dans un État membre autre que l'État membre compétent », et que « *[l]a position spécifique* des demandeurs et *des titulaires de pensions* [...] nécessite des dispositions en matière d'assurance maladie adaptées à cette situation » [25]. Partant, les « titulaires de pension » figurent, dans l'esprit du législateur de l'Union, comme une sous-catégorie des « personnes assurées » qui nécessitent, du fait de leur « position spécifique », des règles adaptées à leur situation.

59. En effet, c'est en suivant cette même logique que, en opérant une distinction, aux fins des chapitres 1 et 3 du titre III du règlement nº 883/2004, entre, d'une part, les dispositions applicables aux « personnes assurées », et, d'autre part, celles applicables aux « titulaires de pension », le législateur de l'Union a entendu prévoir des dispositions particulières et mieux adaptées à ce groupe de personnes assurées.

[23] Règlement du Conseil concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants (JO 1958, P 30, p. 561).

[24] Voir, à cet égard, considérants 3 et 7 du règlement nº 883/2004.

[25] Mise en italique par mes soins.

60. Plus précisément, vu leur situation particulière – ces personnes percevant leur pension au titre de la législation d'au moins deux États membres ou résidant dans un État membre dont la législation ne leur accorde pas de prestations en nature (voir articles 23 et 24 du règlement nº 883/2004) –, ces dispositions ont pour objet de déterminer l'État membre responsable de l'octroi de prestations de maladie (voir titre III, chapitre 1, section 2 de ce règlement) à un tel titulaire de pension ou le service des prestations en cas de décès de ce dernier (voir titre III, chapitre 3, article 43, dudit règlement). Lesdites dispositions peuvent donc être considérées comme des règles de conflit adaptées aux besoins des titulaires de pension et des membres de leur famille.

61. S'agissant, plus précisément, de la distinction opérée dans le cadre du chapitre 1 du titre III du règlement nº 883/2004, il convient de constater que la section 2 de ce chapitre, intitulé « Prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées », prévoit des règles spéciales de coordination pour les titulaires de pension en cas de maladie et de maternité, y compris en ce qui concerne les membres de leur famille (voir articles 23 à 30). Ces règles constituent donc une lex specialis par rapport aux règles de la section 1 (articles 17 à 22), qui constituent la lex generalis. En d'autres termes, la section 2 ne s'applique qu'aux titulaires de pension (assurés), tandis que la section 1 s'applique à toute personne assurée, y compris les titulaires de pension, lorsque la section 2 le prévoit. Cette structure est confirmée par l'article 31 de ce règlement, qui signale également le caractère complémentaire des articles 23 à 30, puisque ces articles « ne sont pas applicables au titulaire de pension [...] lorsque l'intéressé bénéficie de prestations en vertu de la législation d'un État membre sur la base d'une activité salariée ou non salariée ».

62. En second lieu, je considère que cette interprétation ne saurait être infirmée du fait que certaines dispositions de la section 2 du chapitre 1 du titre III du règlement nº 883/2004, qui visent les titulaires de pension, rendent certaines dispositions de la section 1 de ce chapitre, notamment l'article 18, paragraphe 1, et les articles 19, 20 et 21, applicables mutatis mutandis aux titulaires de pension. Au contraire, cette architecture du chapitre 1 confirme, à mes yeux, l'assimilation intégrale des « titulaires de pension » aux « personnes assurées » et l'application de la lex generalis, lorsque cela est justifié. En effet, la section 1 de ce chapitre est intitulée « Les personnes assurées et les membres de leur famille, *à l'exception des titulaires de pension et des membres de leur famille* », ce qui implique que les titulaires de pension font partie du groupe des « personnes assurées »[26]. Il est donc normal, dans un souci de clarté et de cohérence, que, lorsque des règles de la lex generalis trouvent à s'appliquer aux « titulaires de pension » qui bénéficient d'une lex specialis, cela soit indiqué expressément dans les règles de la lex specialis, à savoir la section 2 dudit chapitre 1. Cela dit, il est certes vrai que l'utilisation des termes « mutatis mutandis » est trompeuse, dans la mesure où l'ensemble des règles concerne des « personnes assurées » et qu'il ne faudrait donc pas se référer à une application par analogie.

63. Il s'ensuit que, contrairement à ce que fait valoir le gouvernement néerlandais, les termes « personne assurée » et « titulaire de pension » utilisés dans le règlement nº 883/2004 ne s'excluent pas mutuellement.

[26] Mise en italique par mes soins.

3. Sur la notion de « personne assurée » dans le système de la directive 2011/24

64. Ainsi qu'il a été établi aux points 43 et 44 des présentes conclusions, la directive 2011/24 renvoie à la définition de « personne assurée » prévue par le règlement nº 883/2004. Or, l'interprétation large de la notion de « personne assurée », au sens de ce règlement, semble être également corroborée par l'emploi de ces termes dans le cadre de cette directive.

65. En effet, ainsi que le relève la juridiction de renvoi, d'une part, cette interprétation est cohérente avec la notion d'« État membre d'affiliation », qui, pour les personnes visées à l'article 3, sous b), i), de la directive 2011/24, est définie, à l'article 3, sous c), i) de cette directive, comme l'« État membre qui est compétent pour accorder à la personne assurée une autorisation préalable de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence conformément [aux règlements nºs 883/2004 et 987/2009[27]]». Partant, le législateur de l'Union n'a pas entendu subordonner le droit au remboursement à la condition que l'intéressé soit « affilié » au régime légal obligatoire d'assurance maladie d'un État membre[28].

66. D'autre part, il convient de constater que c'est en dérogation à l'article 7, paragraphe 1, de la directive 2011/24 – lequel régit le droit au remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers engagés par les « personnes assurées » – que le paragraphe 2, sous a), de cet article étend ce droit notamment aux « titulaires d'une pension [...] qui résident dans un autre État membre », pour couvrir les frais de soins de santé encourus sur le territoire de l'État chargé de la pension, lorsque celui-ci figure à l'annexe IV du règlement nº 883/2004. Partant, il y a lieu d'en déduire que le législateur de l'Union a considéré, dans le contexte de l'adoption de la directive 2011/24, que les « titulaires de pension » relèvent bien de la notion de « personne assurée », au sens de l'article 1er, sous c), du règlement nº 883/2004. Par ailleurs, c'est la seule fois que le terme « titulaire de pension » est utilisé dans cette directive.

67. Eu égard à ce qui précède, je propose de répondre à la première question préjudicielle que les dispositions combinées de l'article 7, paragraphe 1, et de l'article 3, sous b), i), de la directive 2011/24, lues conjointement avec l'article 1er, sous c), et l'article 2 du règlement nº 883/2004, doivent être interprétées en ce sens que les personnes percevant une pension en vertu de la législation d'un État membre et qui ont droit, au titre de l'article 24 de ce règlement, aux prestations en nature servies par l'État de résidence pour le compte du premier État membre, sans pour autant disposer d'une assurance maladie obligatoire dans ce premier État membre, peuvent se prévaloir, en tant que « personnes assurées » au sens de ces dispositions, de cette directive afin d'obtenir le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers qui leur ont été prodigués dans un troisième État membre.

C. Sur la seconde question préjudicielle

68. Par sa seconde question, la juridiction de renvoi demande, en substance, si une personne titulaire d'une pension en vertu de la législation d'un État membre et qui a droit, au titre de l'article 24 du règlement nº 883/2004, aux prestations en nature servies par l'État de résidence à la

[27] Règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du [règlement nº 883/2004] (JO 2009, L 284, p. 1)

[28] Voir, également, considérant 13 de la directive 2011/24, selon lequel « l'obligation de rembourser les coûts des soins de santé transfrontaliers devrait se limiter aux soins de santé auxquels la personne assurée a droit conformément à la législation de l'État membre d'affiliation ».

charge du premier État membre peut se prévaloir de l'article 56 TFUE, afin d'obtenir le remboursement des coûts des soins de santé dont elle a bénéficié dans un État membre autre que celui de sa résidence ou celui qui est chargé de la pension.

69. Je relève d'emblée que, si la Cour devait répondre dans le sens que je propose au point 67 des présentes conclusions, il n'y aurait pas lieu de répondre à la seconde question. En effet, Y relèverait, dans cette hypothèse, du champ d'application personnel de la directive 2011/24, si bien que la juridiction de renvoi devrait examiner, au regard des dispositions de cette directive, si l'intéressée a droit au remboursement des soins de santé transfrontaliers dont elle a bénéficié en Allemagne, notamment pour les coûts des traitements médicaux pour lesquels elle n'a pas demandé une autorisation préalable. L'examen qui suit repose donc sur l'hypothèse que la Cour ne partagerait pas cette analyse et estimerait qu'il convient de donner une réponse négative à la première question.

70. À cet égard, il importe tout d'abord de rappeler que l'application de l'article 20 du règlement nº 883/2004 à une situation déterminée n'exclut pas que celle-ci puisse également relever du champ d'application de l'article 56 TFUE et que la personne concernée puisse parallèlement disposer, au titre de ce dernier article, du droit d'accéder à des soins de santé dans un autre État membre à des conditions de prise en charge et de remboursement différentes de celles prévues à l'article 20 de ce règlement [29]. Cette jurisprudence pourrait également s'appliquer dans le cadre de la directive 2011/24, nonobstant le fait que, ainsi qu'il ressort de son considérant 8, cette dernière a codifié la jurisprudence de la Cour relative à la liberté de prestation des services garantie par l'article 56 TFUE dans le domaine des soins de santé, tout en visant à parvenir à une application plus générale et aussi plus efficace des principes établis au cas par cas par cette jurisprudence.

71. En effet, je rappelle qu'il ressort d'une jurisprudence constante que les services médicaux soumis à notre examen relèvent du champ d'application de l'article 56 TFUE relatif à la libre prestation des services, y compris les situations où des soins sont dispensés dans un environnement hospitalier [30]. La libre prestation des services inclut la liberté des destinataires des services, notamment des personnes devant recevoir des soins médicaux, de se rendre dans un autre État membre pour y bénéficier de ces services [31].

72. Ainsi, en premier lieu, il convient de déterminer si une réglementation nationale, telle que celle en cause au principal, qui subordonne à une autorisation préalable le remboursement des coûts des soins de santé encourus, dans un État membre autre que l'État de résidence, par une personne qui perçoit une pension au titre de cette réglementation, comporte une restriction à la libre prestation des services consacrée à l'article 56 TFUE.

73. Je relève à cet égard que, selon une jurisprudence bien établie, l'exigence d'une autorisation préalable à l'égard d'un traitement envisagé dans un autre État membre, à laquelle est subordonnée la prise en charge par l'institution compétente, *selon le régime de couverture en vigueur dans l'État membre dont elle relève*, de soins programmés dans un autre État membre constitue une entrave à la libre prestation des services tant pour les patients que pour les prestataires, dès lors qu'un tel système décourage lesdits patients, voire les empêche de s'adresser à des prestataires de services médicaux établis dans un autre État membre aux fins d'obtenir les

[29] Arrêt du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers) (C-777/18, EU:C:2020:745, point 33 et jurisprudence citée).

[30] Arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 36 et jurisprudence citée).

[31] Arrêts du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 37 et jurisprudence citée), ainsi que du 21 juin 2012, Susisalo e.a. (C-84/11, EU:C:2012:374, points 26 à 28).

soins en cause [32]. En d'autres termes, l'article 56 TFUE s'oppose à l'application de toute réglementation nationale ayant pour effet de rendre la prestation de services entre États membres plus difficile que la prestation de services purement interne à un État membre [33]. Partant, une telle autorisation peut effectivement constituer une restriction à la libre prestation des services.

74. En second lieu, il convient de vérifier si une telle restriction à la libre prestation des services peut être justifiée. En effet, la Cour a jugé que, bien qu'une autorisation préalable constitue, tant pour les patients que pour les prestataires, un obstacle à la libre prestation des services, l'article 56 TFUE ne s'oppose pas, en principe, à ce que le droit d'un patient d'obtenir des soins hospitaliers dans un autre État membre à la charge du système dont il relève soit soumis à une autorisation préalable [34]. Les objectifs d'une telle exigence d'autorisation préalable peuvent être considérés comme étant destinés : i) à ne pas risquer une atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale, ii) à maintenir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, iii) au maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale sur le territoire national, et iv) à permettre une planification qui poursuit l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité [35].

75. La Cour a jugé que, par rapport aux soins hospitaliers ou aux soins médicaux impliquant le recours à des équipement médicaux hautement spécialisés et coûteux (ci-après les « soins non hospitaliers lourds ») [36], si le droit de l'Union ne s'oppose pas, en principe, à un système d'autorisation préalable, il est néanmoins nécessaire que les conditions mises à l'octroi d'une telle autorisation soient justifiées au regard des impératifs susvisés, qu'elles n'excèdent pas ce qui est objectivement nécessaire à cette fin et que le même résultat ne puisse pas être obtenu par des règles moins contraignantes. Un tel système doit en outre être fondé sur des critères objectifs, non discriminatoires et connus à l'avance, de manière à encadrer l'exercice du pouvoir d'appréciation des autorités nationales afin que celui-ci ne soit pas exercé de manière arbitraire [37].

76. En l'occurrence, le gouvernement néerlandais n'a fait état d'aucune justification s'agissant de la réglementation néerlandaise applicable, laquelle subordonne à une autorisation préalable le remboursement des coûts des prestations en nature servies à un titulaire d'une pension, en vertu de l'article 24 du règlement n° 883/2004, dans un État membre autre que l'État de résidence. Il appartient donc à la juridiction de renvoi de vérifier si de telles justifications existent et si elles remplissent les conditions établies par la jurisprudence précitée.

77. À cet égard, il convient toutefois de souligner que, ainsi qu'il résulte de la jurisprudence de la Cour, une réglementation nationale excluant, *dans tous les cas*, la prise en charge des soins hospitaliers dispensés sans autorisation préalable prive la personne assurée, qui, pour des raisons liées à son état de santé ou à la nécessité de recevoir des soins en urgence dans un établissement hospitalier, a été empêchée de solliciter une telle autorisation ou n'a pu attendre la réponse de l'institution compétente, de la prise en charge, par cette institution, de tels soins, quand bien

32 Arrêt du 27 octobre 2011, Commission/Portugal (C-255/09, EU:C:2011:695, point 60 et jurisprudence citée).

33 Arrêt du 16 mai 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, point 94 et jurisprudence citée).

34 Arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 41).

35 Arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, points 42 et 43).

36 Arrêt du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers) (C-777/18, EU:C:2020:745, points 60 et jurisprudence citée).

37 Arrêt du 5 octobre 2010 Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 44).

même les conditions d'une telle prise en charge seraient par ailleurs réunies [38]. La Cour a constaté que, dans de telles situations, la prise en charge de tels soins n'est pas de nature à compromettre la réalisation des objectifs de planification hospitalière ni à porter gravement atteinte à l'équilibre financier du système de sécurité sociale, une telle prise en charge n'affectant pas le maintien d'un service hospitalier équilibré et accessible à tous non plus que celui d'une capacité de soins et d'une compétence médicale sur le territoire national [39].

78. Il s'ensuit qu'une réglementation nationale qui exclut le remboursement, par l'institution compétente, des frais relatifs aux soins hospitaliers ou non hospitaliers lourds reçus dans un autre État membre, en absence d'autorisation préalable, y compris dans les situations particulières où la personne assurée a été empêchée de solliciter une telle autorisation ou n'a pu attendre la décision de l'institution compétente sur la demande d'autorisation présentée, pour des raisons liées à son état de santé ou à la nécessité de recevoir de tels soins en urgence, quand bien même les conditions d'une telle prise en charge seraient par ailleurs réunies, ne satisfait pas à l'exigence de proportionnalité. Partant, cette réglementation comporte une restriction disproportionnée à la libre prestation des services consacrée à l'article 56 TFUE et méconnaît l'article 8, paragraphe 1, de la directive 2011/24.

79. En l'occurrence, il ressort du dossier de l'affaire au principal que le CAK s'est déclaré non compétent pour traiter de l'affaire au seul motif de l'absence d'autorisation préalable, sans toutefois vérifier, lors de la phase administrative, si la situation de Y était si urgente qu'une autorisation n'aurait pas été nécessaire (voir points 24 et 26 des présentes conclusions). Une procédure de rejet quasi automatique ne saurait donc satisfaire à l'exigence de proportionnalité.

80. Eu égard à ce qui précède, je propose de répondre à la seconde question préjudicielle que l'article 56 TFUE doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à une réglementation nationale, telle que celle en cause au principal, qui exclut d'office le remboursement, par l'institution compétente, des frais relatifs aux soins hospitaliers ou non hospitaliers lourds reçus dans un autre État membre, en absence d'autorisation préalable, y compris dans les situations particulières où la personne assurée a été empêchée de solliciter une telle autorisation ou n'a pu attendre la décision de l'institution compétente sur la demande d'autorisation présentée, pour des raisons liées à son état de santé ou à la nécessité de recevoir de tels soins en urgence, quand bien même les conditions d'une telle prise en charge seraient par ailleurs réunies.

V. Conclusion

81. Au vu de ce qui précède, je propose à la Cour de répondre de la manière suivante aux questions préjudicielles posées par le Centrale Raad van Beroep (cour d'appel en matière de sécurité sociale et de fonction publique, Pays-Bas) :

1) Les dispositions combinées de l'article 7, paragraphe 1, et de l'article 3, sous b), i), de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil, du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, lues conjointement avec l'article 1er, sous c) et l'article 2 du règlement (CE) nº 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, tel que modifié par le règlement (CE) nº 988/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009, doivent être interprétées en ce sens que les personnes

[38] Arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 45).

[39] Arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 46).

percevant une pension en vertu de la législation d'un État membre et qui ont droit, au titre de l'article 24 de ce règlement, aux prestations en nature servies par l'État de leur résidence pour le compte du premier État membre, sans pour autant disposer d'une assurance maladie obligatoire dans ce premier État membre, peuvent se prévaloir, en tant que « personnes assurées » au sens de ces dispositions, de cette directive afin d'obtenir le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers qui leur ont été prodigués dans un troisième État membre.

2) L'article 56 TFUE doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à une réglementation nationale, telle que celle en cause au principal, qui exclut d'office le remboursement, par l'institution compétente, des frais relatifs aux soins hospitaliers ou non hospitaliers lourds reçus dans un autre État membre, en absence d'autorisation préalable, y compris dans les situations particulières où la personne assurée a été empêchée de solliciter une telle autorisation ou n'a pu attendre la décision de l'institution compétente sur la demande d'autorisation présentée, pour des raisons liées à son état de santé ou à la nécessité de recevoir de tels soins en urgence, quand bien même les conditions d'une telle prise en charge seraient par ailleurs réunies.