Zbirka odločb sodne prakse

SKLEPNI PREDLOGI GENERALNEGA PRAVOBRANILCA
ATHANASIOSA RANTOSA,
predstavljeni 22. aprila 2021 [1]

Zadeva C-636/19

Y
proti
CAK

(Predlog za sprejetje predhodne odločbe, ki ga je vložilo Centrale Raad van Beroep (pritožbeno sodišče za zadeve s področja socialnega varstva in javnih uslužbencev, Nizozemska))

„Predhodno odločanje – Čezmejno zdravstveno varstvo – Direktiva 2011/24/EU – Člen 3(b)(i) – Pojem ‚zavarovana oseba' – Člen 7 – Povračilo stroškov čezmejnega zdravljenja – Uredba (ES) št. 883/2004 – Člen 1(c) – Člen 24 – Pravica do storitev, ki jih za račun države članice, ki izplačuje pokojnino, zagotavlja država članica stalnega prebivališča – Člen 56 PDEU"

I. Uvod

1. Ali je oseba, ki prejema pokojnino po zakonodaji države članice (v nadaljevanju: država, ki izplačuje pokojnino) in je na podlagi člena 24 Uredbe (ES) št. 883/2004 [2] upravičena do storitev, ki jih za račun države članice, ki izplačuje pokojnino, zagotavlja država članica stalnega prebivališča (v nadaljevanju: država stalnega prebivališča), ne da bi bila v tej državi članici obvezno zdravstveno zavarovana, zajeta s pojmom „zavarovana oseba" v smislu člena 3(b)(i) Direktive 2011/24/EU, [3] zaradi česar se lahko opira na člen 7(1)(b) te direktive za to, da ji država članica, ki izplačuje pokojnino, povrne stroške čezmejnega zdravstvenega varstva, ki ga prejme v tretji državi članici? Če je odgovor nikalen, ali lahko to, da država, ki izplačuje pokojnino, zavrne povračilo stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva zaradi neobstoja predhodne odobritve, pomeni neupravičeno oviro za svobodo opravljanja storitev v nasprotju s členom 56 PDEU?

[1] Jezik izvirnika: francoščina.

[2] Uredba Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL, posebna izdaja v slovenščini, poglavje 5, zvezek 5, str. 72), kakor je bila spremenjena z Uredbo (ES) št. 988/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 (UL 2009, L 284, str. 43) (v nadaljevanju: Uredba št. 883/2004).

[3] Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL 2011, L 88, str. 45).

2. To so vprašanja, ki se postavljajo v tej zadevi in na podlagi katerih bo Sodišče na eni strani pojasnilo povezavo med določbami Uredbe št. 883/2004 in Direktive 2011/24, ki zavarovancu omogočajo čezmejno zdravstveno varstvo,[4] in na drugi strani uporabilo sodno prakso v zvezi s predhodno odobritvijo kot oviro za svobodo opravljanja storitev v smislu člena 56 PDEU.[5]

II. Pravni okvir

A. Pravo Unije

1. Uredba št. 883/2004

3. V uvodnih izjavah 20 in 22 Uredbe št. 883/2004 je navedeno:

„(20) Na področju dajatev za bolezen, dajatev za materinstvo in enakovrednih dajatev za očetovstvo je treba zaščititi zavarovane osebe pa tudi njihove družinske člane, ki živijo ali začasno bivajo v državi članici, ki ni pristojna država članica.

[…]

(22) Zaradi posebnega položaja vlagateljev zahtevka za pokojnino in upokojencev ter njihovih družinskih članov je treba določbe, ki urejajo zdravstveno zavarovanje, prilagoditi temu položaju.“

4. Člen 1(c), (q), (s) in (va) te uredbe določa:

„V tej uredbi:

[…]

(c) ‚zavarovana oseba‘ v zvezi s področji socialne varnosti iz poglavij 1 in 3 naslova III pomeni vsako osebo, ki izpolnjuje pogoje za pravico do dajatev, zahtevane po zakonodaji države članice, ki je pristojna po naslovu II, ob upoštevanju določb te uredbe;

[…]

(q) ‚pristojni nosilec‘ pomeni:

(i) nosilca, pri kateri je oseba zavarovana v času vloge za dajatev;

ali

[4] Razmerje med tema zakonodajnima aktoma in razlike med njima so bile že podrobno obravnavane zlasti v sklepnih predlogih generalnega pravobranilca S. Hogana v zadevi Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, točke od 48 do 68). Glej v zvezi s tem tudi 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*, zv. 15, 2014, str. od 359 do 380.

[5] To vprašanje je Sodišče med drugim obravnavalo v sodbah z dne 5. oktobra 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), in z dne 23. septembra 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Čezmejno zdravstveno varstvo) (C-777/18, EU:C:2020:745).

(ii) nosilca, od katerega je oseba upravičena ali bi bila upravičena prejemati dajatve, če bi sama ali član oziroma člani njene družine stalno prebivali v državi članici, v kateri ima nosilec sedež;

[…]

(s) ‚pristojna država članica' pomeni državo članico, v kateri je pristojni nosilec;

[…]

(va) ‚Storitve' pomenijo:

(i) za namene poglavja 1 naslova III (dajatve za bolezen, materinstvo in enakovredne dajatve za očetovstvo) storitve, predvidene v zakonodaji države članice, ki so namenjene za zagotavljanje, razpoložljivost, neposredno plačilo ali povračilo stroškov zdravstvene oskrbe, proizvodov in storitev, ki sodijo pod to oskrbo. To vključuje dolgotrajne storitve;

[…]"

5. Člen 2 navedene uredbe, naslovljen „Osebna veljavnost", v odstavku 1 določa:

„Ta uredba se uporablja za državljane države članice, osebe brez državljanstva in begunce, ki stalno prebivajo v državi članici, za katere velja ali je veljala zakonodaja ene ali več držav članic, ter za njihove družinske člane in preživele osebe."

6. Člen 11 navedene uredbe, naslovljen „Splošna pravila", iz naslova II te uredbe, naslovljenega „Določitev zakonodaje, ki se uporablja", v odstavku 3(e) določa:

„V skladu s členi 12 do 16 velja:

[…]

(e) za vsako drugo osebo, za katero se pododstavki [točke od] (a) do (d) ne uporabljajo, zakonodaja države članice stalnega prebivališča, brez poseganja v druge določbe te uredbe, ki ji jamčijo dajatve po zakonodaji ene ali več drugih držav članic."

7. Naslov III Uredbe št. 883/2004, naslovljen „Posebne določbe v zvezi z različnimi vrstami dajatev", vsebuje poglavje 1, katerega oddelek 1 je naslovljen „Zavarovane osebe in njihovi družinski člani, razen upravičencev do pokojnine in njihovih družinskih članov".

8. Člen 18(1) te uredbe določa:

„1. Če v odstavku 2 ni določeno drugače, so tudi zavarovana oseba in njeni družinski člani iz člena 17 med začasnim bivanjem v pristojni državi članici upravičeni do storitev. Storitve zagotavlja pristojni nosilec na lastne stroške v skladu z določbami zakonodaje, ki jo uporablja, kakor da bi osebe stalno prebivale v tej državi članici."

9. V tem oddelku 1 je člen 19(1) navedene uredbe, naslovljen „Začasno bivanje zunaj pristojne države članice“, ki določa:

„1. Če v odstavku 2 ni določeno drugače, so zavarovana oseba in njeni družinski člani, ki začasno bivajo v državi članici, ki ni pristojna država članica, upravičeni do storitev, ki jih med začasnim bivanjem potrebujejo iz zdravstvenih razlogov, ob upoštevanju narave storitev in pričakovanega trajanja začasnega bivanja. Te storitve v imenu pristojnega nosilca zagotavlja nosilec v kraju začasnega bivanja v skladu z določbami zakonodaje, ki jo uporablja, kakor da bi bile osebe zavarovane po navedeni zakonodaji.“

10. Člen 20 iste uredbe, ki je prav tako v oddelku 1 in je naslovljen „Potovanje za pridobitev storitev – Odobritev ustreznega zdravljenja zunaj države članice stalnega prebivališča“, v odstavkih 1 in 2 določa:

„1. Če v tej uredbi ni določeno drugače, mora zavarovana oseba, ki potuje v drugo državo članico, da bi prejela storitve med začasnim bivanjem, za odobritev zaprositi pristojnega nosilca.

2. Zavarovana oseba, ki ji pristojni nosilec odobri odhod v drugo državo članico na zdravljenje, ki ustreza njenemu zdravstvenemu stanju, prejme storitve, ki jih v imenu pristojnega nosilca zagotovi nosilec v kraju začasnega prebivališča v skladu z določbami zakonodaje, ki jo uporablja, kakor da bi bila oseba zavarovana po navedeni zakonodaji. Odobri se zdravljenje, ki spada med storitve, določene v zakonodaji države članice, v kateri oseba stalno prebiva, in ji ga ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljeno.“

11. Člen 24 Uredbe št. 833/2004, naslovljen „Neobstoj pravice do dajatev po zakonodaji države članice stalnega prebivališča“, iz oddelka 2, naslov III, te uredbe, naslovljenega „Upokojenci in njihovi družinski člani“, določa:

„1. Prejemnik pokojnine ali pokojnin po zakonodaji ene ali več držav članic, ki ni upravičen do storitev po zakonodaji države članice stalnega prebivališča, kljub temu skupaj s svojimi družinskimi člani prejema take storitve, kot če bi bil do njih upravičen po zakonodaji države članice ali vsaj ene od držav članic, pristojnih glede njegovih pokojnin, če stalno prebiva v tej državi članici. Storitve zagotovi nosilec v kraju stalnega prebivališča na stroške nosilca iz odstavka 2, kakor da bi bila oseba upravičena do pokojnine in storitev po zakonodaji te države članice.

2. V primerih, ki so zajeti v odstavku 1, stroške storitev krije nosilec, kot določajo naslednja pravila:

(a) kadar je upokojenec upravičen do storitev po zakonodaji ene same države članice, bremenijo stroški pristojnega nosilca te države članice;

[…]“

12. Člen 27 te uredbe, naslovljen „Začasno bivanje upokojenca ali njegovih družinskih članov v državi članici, v kateri nimajo stalnega prebivališča – Začasno bivanje v pristojni državi članici – Odobritev ustreznega zdravljenja zunaj države članice stalnega prebivališča“, določa:

„1. Člen 19 se smiselno uporablja za prejemnika pokojnine ali pokojnin po zakonodaji ene ali več držav članic, upravičenega do storitev po zakonodaji ene od držav članic, ki zagotavljajo njegovo(-e) pokojnino(-e), ali za njegove družinske člane, ki začasno bivajo v državi članici, v kateri nimajo stalnega prebivališča.

2. Člen 18(1) se smiselno uporablja za osebe iz odstavka 1, kadar začasno bivajo v državi članici, v kateri ima sedež pristojni nosilec, odgovoren za stroške storitev, ki so upokojencu zagotovljene v državi članici stalnega prebivališča, če je navedena država članica to izbrala in je navedeno v Prilogi IV.

3. Člen 20 se smiselno uporablja za upokojenca in/ali njegove družinske člane, ki začasno bivajo v državi članici, v kateri nimajo stalnega prebivališča, da bi tam prejeli zdravljenje, ki ustreza njihovemu zdravstvenemu stanju.

4. Če v odstavku 5 ni določeno drugače, stroški storitev iz odstavkov 1 do 3 bremenijo pristojnega nosilca, odgovornega za stroške storitev, ki se upokojencu zagotavljajo v državi članici stalnega prebivališča.

5. Stroški storitev iz odstavka 3 bremenijo nosilca v kraju stalnega prebivališča upokojenca ali njegovih družinskih članov, če te osebe stalno prebivajo v državi članici, ki si je izbrala povračilo na podlagi pavšalnih zneskov. V takih primerih se za namene odstavka 3 nosilec v kraju stalnega prebivališča upokojenca ali njegovih družinskih članov šteje za pristojnega nosilca.“

13. Člen 31 navedene uredbe, naslovljen „Splošna določba“, iz oddelka 3, poglavje 1, navedene uredbe, določa:

„Členi 23 do 30 se ne uporabljajo za upokojenca […], ki [je] upravičen do dajatev po zakonodaji države članice na podlagi opravljanja dejavnosti zaposlene ali samozaposlene osebe. V takem primeru za namene tega poglavja za osebo veljajo členi 17 do 21.“

2. Direktiva 2011/24

14. Člen 3 Direktive 2011/24 določa:

„Za namene te direktive se uporabljajo naslednje opredelitve pojmov:

(a) ‚zdravstveno varstvo‘ pomeni zdravstvene storitve, ki jih za paciente opravljajo zdravstveni delavci, da bi ocenili, ohranili ali obnovili njihovo zdravstveno stanje, vključno z izdajo in zagotovitvijo zdravil in medicinskih pripomočkov ter izdajanjem receptov zanje;

(b) ‚zavarovana oseba‘ pomeni:

(i) osebe, vključno z njihovimi družinskimi člani in njihovimi preživelimi družinskimi člani, ki jih zajema člen 2 Uredbe (ES) št. 883/2004 in ki so zavarovane osebe v smislu člena 1(c) navedene uredbe, ter

(ii) […]“

15. Člen 7 te direktive, naslovljen „Splošna načela za povračilo stroškov“, v odstavkih 1 in 2 določa:

„1. Država članica zdravstvenega zavarovanja brez poseganja v Uredbo [št. 883/2004] in v skladu z določbami iz členov 8 in 9 zagotovi, da se stroški, ki jih ima zavarovana oseba, ki prejme čezmejno zdravstveno varstvo, povrnejo, če zadevno zdravstveno varstvo sodi med storitve, do katerih je zavarovana oseba upravičena v državi članici zdravstvenega zavarovanja.

2. Z odstopanjem od odstavka 1:

(a) če država članica iz Priloge IV k Uredbi [št. 883/2004][6] in v skladu z navedeno uredbo upokojencem in njihovim družinskim članom, ki stalno prebivajo v drugi državi članici, prizna pravico do storitev v primeru bolezni, jim v skladu s to direktivo zagotovi zdravstveno varstvo na svoje stroške, če prebivajo na njenem ozemlju, v skladu z določbami njene zakonodaje, tako kot če bi bile zadevne osebe prebivalci države članice, ki je našteta v navedeni prilogi;

[…]“

16. Člen 8 navedene direktive, naslovljen „Zdravstveno varstvo, za katero se lahko zahteva predhodna odobritev“, v odstavkih 1 in 2 določa:

„1. Država članica zdravstvenega zavarovanja lahko uvede sistem predhodne odobritve za povračilo stroškov za čezmejno zdravstveno varstvo v skladu s tem členom in členom 9. Sistem predhodne odobritve, vključno z merili in izvajanjem teh meril ter posameznimi odločitvami za zavrnitev predhodne odobritve, je omejen na to, kar je potrebno in sorazmerno z zadanim ciljem, in ne sme predstavljati sredstva za samovoljno diskriminacijo ali neutemeljene ovire za prost pretok [prosto gibanje] pacientov.

2. Zdravstveno varstvo, ki je lahko predmet predhodne odobritve, je omejeno na zdravstveno varstvo, ki:

(a) je predmet potreb za načrtovanje v zvezi z namenom zagotavljanja zadostnega in stalnega dostopa do uravnoteženega obsega visokokakovostnega zdravljenja v zadevni državi članici, ali z namenom obvladovanja stroškov in, kolikor je mogoče, preprečevanja odvečne porabe finančnih, tehničnih in človeških virov, ter:

(i) vključuje prenočitev zadevnega pacienta v bolnišnici vsaj za eno noč; ali

(ii) zahteva uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme;

[…]

Države članice Komisijo uradno obvestijo o kategorijah zdravstvenega varstva, omenjenih v točki (a).“

[6] Kraljevina Nizozemska je po sprejetju Uredbe št. 988/2009 navedena v Prilogi IV k Uredbi št. 883/2004, ki vsebuje seznam držav članic, ki so upokojencem, ki se vrnejo v pristojno državo članico, zagotovile več pravic (člen 27(2) Uredbe št. 883/2004).

B. Nizozemsko pravo

17. Člen 69 Zorgverzekeringswet (zakon o zdravstvenem zavarovanju, v nadaljevanju: Zvw) v različici, ki se uporablja za dejansko stanje iz postopka v glavni stvari,[7] določa:

„1. Osebe s stalnim prebivališčem v tujini, ki so na podlagi uredbe Sveta Evropskih skupnosti, ali uredbe, sprejete na podlagi Sporazuma o Evropskem gospodarskem prostoru, ali sporazuma v zvezi s socialno varnostjo po potrebi upravičene do zdravstvene nege ali povračila stroškov zanjo, kot je to določeno z zakonodajo o zdravstvenem zavarovanju v državi, v kateri stalno prebivajo, se morajo prijaviti pri [Centraal Administratie Kantoor, urad centralne uprave, v nadaljevanju: CAK], razen če niso na podlagi tega zakona vključene v sistem obveznega zavarovanja.

2. Osebe iz odstavkov 1, 14 in 15 plačujejo prispevek, ki se določi z ministrskim odlokom. Del prispevka, ki se določi s tem odlokom, se v smislu uporabe [Wet op de zorgtoeslag (zakon o dodatkih za zdravstvene storitve)] šteje za premijo za zdravstveno zavarovanje.

[…]

4. [Organ CAK] je pristojen za izvajanje določb odstavkov 1, 14 in 15 ter tam navedenih mednarodnih predpisov, ter za odločitve v zvezi z obračunavanjem in s pobiranjem prispevkov iz odstavkov 2 in 3.

[…]“

III. Spor o glavni stvari, vprašanji za predhodno odločanje in postopek pred Sodiščem

18. Y, pritožnica v postopku v glavni stvari, je nizozemska državljanka, ki z zakoncem prebiva v Belgiji in prejema starostno pokojnino na podlagi Algemene Ouderdomswet (nizozemski splošni zakon o starosti, v nadaljevanju: AOW).[8] V času dejanskega stanja iz postopka v glavni stvari je imela Y kot upravičenka do te pokojnine v skladu s členom 24 Uredbe št. 833/2004 pravico do zdravstvenega varstva v državi svojega stalnega prebivališča (Belgiji) v breme države članice navedene pokojnine (Nizozemske). Da bi bila upravičena do te pravice, je morala na podlagi člena 69 Zvw v povezavi s členom 30 Uredbe št. 883/2004 plačevati prispevek. Za Y kot upokojenko, upravičeno po pravu Unije,[9] ni veljal nizozemski sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja in je bila oproščena s tem povezanih prispevkov.

19. Y je po pregledu pri splošnem zdravniku v Belgiji 6. marca 2015 opravila radiološki pregled v Academisch Ziekenhuis Maastricht (univerzitetna bolnišnica v Maastrichtu, Nizozemska; v nadaljevanju: AZM) in nato 8. marca 2015 pregled s slikanjem z magnetno resonanco (IRM). Zakonec Y je v zvezi s predvidenim zdravljenjem v Nemčiji 9. in 11. marca 2015 po telefonu poklical, toženo stranko iz postopka v glavni stvari, torej organ CAK, ki je pristojni organ za izvajanje Uredbe št. 883/2004.[10] Organ CAK je zakonca Y opozoril na postopek odobritve.

[7] Stb. 2005, št. 358, v različici, ki je veljala od 1. aprila 2014 do 1. januarja 2017 (Stb. 2013, št. 578).

[8] Stb. 1956, št. 281.

[9] Nizozemska vlada pojasnjuje, da je ta skupina oseb opredeljena kot „verdragsgerechtigde gepensioneerden“ (upokojenci na podlagi sporazuma) pri čemer izraz „verdragsgerechtigd“ v bistvu pomeni vsako osebo, ki prebiva zunaj Nizozemske in ima na podlagi prava Unije pravico do zakonsko določenega prejemka v breme Nizozemske.

[10] Predložitveno sodišče pojasnjuje, da organ CAK od 1. januarja 2017 v zadevah, kot je ta iz postopka v glavni stvari, izvaja pristojnosti, ki jih je prej izvajal Zorginstituut Nederland (Nizozemska).

20. V bolnišnici AZM je bil 12. marca 2015 pri Y diagnosticiran rak dojk v drugem stadiju, predlagano ji je bilo zdravljenje.

21. Y je 13. marca 2015 v bolnišnici Franziskus Hospital Harderberg v Osnabrücku (Nemčija) zaprosila za drugo mnenje zdravnika, v zvezi s katerim je organ CAK zaprosila za predhodno odobritev. Ob tem drugem pregledu je bil pri njej diagnosticiran rak dojk v tretjem stadiju.

22. Y je bila 20. marca 2015 v tej nemški bolnišnici operirana, 25. marca 2015 pa so ji odstranili limfne vozle. V času navedene operacije je Y od 19. marca do 30. marca 2015 bivala v tej bolnišnici. Nato je Y med 14. aprilom 2015 in 24. junijem 2015 v tej bolnišnici prejemala postoperativno zdravljenje, med drugim tudi radioterapijo. V zvezi z navedenimi operacijami in zdravljenjem organ CAK ni bil zaprošen za predhodno odobritev.

23. Belgijski nosilec zdravstvenega zavarovanja,[11] v katerega je bila vključena Y, je 19. marca 2015 pri organu CAK vložil prošnjo za pridobitev naknadne odobritve zdravljenja, načrtovanega po pregledu z dne 13. marca 2015 v bolnišnici Franziskus Hospital Harderberg.

24. Organ CAK je 1. maja 2015 zavrnil izdajo te odobritve, ker bi bil po njegovem mnenju za izdajo take odobritve pristojen samo, če bi ga Y zaprosila za odobritev zadevnega zdravljenja, česar pa ni storila.

25. Y je 1. julija 2015 pri organu CAK vložila zahtevek za povračilo stroškov zdravljenja v Nemčiji v skupnem znesku 16.853,13 EUR, pri tem pa predložila račune za to zdravljenje.

26. Organ CAK je z odločbo z dne 20. julija 2015 ta zahtevek zavrnil z obrazložitvijo, da je Y v Nemčijo odpotovala zaradi zdravljenja, ki ga je opredelil kot „načrtovano zdravljenje“, kot je določeno v členu 20 Uredbe št. 883/2004, ki ni bilo opravljeno v Belgiji (država stalnega prebivališča) ali na Nizozemskem (država, pristojna za pokojnino), in za katero Y ni zaprosila za predhodno odobritev. Ker taka vloga za izdajo odobritve ni bila vložena, je organ CAK menil, da ni pristojen za povračilo zadevnih stroškov zdravljenja.

27. Ugovor osebe Y zoper odločbo z dne 20. julija 2015 je bil z odločbo z dne 4. januarja 2016 zavrnjen kot neutemeljen.

28. Rechtbank Amsterdam (sodišče v Amsterdamu, Nizozemska) je s sodbo z dne 24. novembra 2016 tožbo zoper odločbo z dne 4. januarja 2016 zavrnilo kot neutemeljeno. To sodišče je v bistvu menilo, da hospitalizacija, predhodni pregled in načrtovano enotedensko zdravljenje v Nemčiji ne dokazujejo izjemne nujnosti zaradi zdravstvenega stanja Y med bivanjem v tej državi. Po mnenju navedenega sodišča je organ CAK zdravljenje Y v Nemčiji utemeljeno opredelil kot „načrtovano zdravljenje“, ki ni bilo odobreno, in posledično zavrnil povračilo s tem povezanih zdravstvenih stroškov.

29. Y je zoper to sodbo pri predložitvenem sodišču, Centrale Raad van Beroep (pritožbeno sodišče za zadeve s področja socialnega varstva in javnih uslužbencev, Nizozemska), vložila pritožbo, v kateri je v bistvu trdila, prvič, da je treba operaciji z dne 20. in 25. marca 2015 zaradi medicinske nujnosti in nepredvidljivosti šteti za „nenačrtovano“ zdravljenje v smislu člena 19 Uredbe št. 883/2004, zato za povračilo stroškov tega zdravljenja ni bilo treba pridobiti predhodne

[11] Christelijke Mutualiteit Limburg (vzajemna zavarovalnica iz Limburga), ki je „nosilec v kraju stalnega prebivališča“ iz člena 1(r) Uredbe št. 883/2004.

odobritve, na drugi strani pa, da niti za stroške postoperativnega zdravljenja – med drugim radioterapijo – ki je bilo med 14. aprilom in 24. junijem 2015 prav tako opravljeno v Nemčiji, ni bila potrebna predhodna odobritev na podlagi člena 8 Direktive 2011/24.

30. Predložitveno sodišče v zvezi s tem navaja, da po njegovem mnenju organ CAK ni bil dolžan povrniti stroškov Y v Nemčiji na podlagi člena 20(1) Uredbe št. 883/2004, ki se na podlagi člena 27(3) te uredbe smiselno uporablja za upokojence, kot je Y. Predložitveno sodišče namreč ob priznanju, da ni bilo treba odgovoriti na vprašanje, ali že to, da Y ni zaprosila za predhodno odobritev, zadostuje za to, da bi organ CAK lahko zavrnil povračilo teh stroškov, ugotavlja, da se je med postopkom pred njim izkazalo, da bi organ CAK tako odobritev lahko zavrnil tudi, če bi bila pravočasno zahtevana, ker naj bi bilo na podlagi izjave belgijskega nosilca zdravstvenega zavarovanja enako zdravljenje v enakem roku mogoče v Belgiji. Zato po mnenju predložitvenega sodišča zahteve iz člena 20(2), zadnji stavek, Uredbe št. 883/2004 za pridobitev storitev v primeru načrtovanega zdravljenja v državi članici, ki ni država stalnega prebivališča, niti država, ki za račun zadnjenavedene države izplačuje pokojnino, niso bile izpolnjene.

31. Vendar se predložitveno sodišče sprašuje, ali se lahko – kot trdi Y – upokojenec kljub temu utemeljeno sklicuje na Direktivo 2011/24, da bi mu bili v celoti ali deloma povrnjeni stroški postoperativnega zdravljenja v Nemčiji, ker naj navedena direktiva ne bi zahtevala odobritve za čezmejno ambulantno zdravstveno varstvo. V zvezi s tem želi predložitveno sodišče izvedeti, ali Y, ki prejema pokojnino in ni zavarovana na podlagi nacionalnega sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, spada na področje osebne uporabe navedene direktive kot „zavarovana oseba“ v smislu člena 3(b)(i) te direktive. Če je odgovor pritrdilen, navedeno sodišče tako kot Y meni, da na podlagi člena 8(2)(a)(ii) Direktive 2011/24 postoperativno zdravljenje (med drugim radioterapija) ni zdravljenje, za katero je potrebna odobritev. [12]

32. Nazadnje, če bi Sodišče ugotovilo, da Y ne spada na področje osebne uporabe Direktive 2011/24, se predložitveno sodišče sprašuje, ali člen 56 PDEU nasprotuje temu, da država, ki Y izplačuje pokojnino, tej zavrne povračilo stroškov ambulantnega zdravljenja zunaj države stalnega prebivališča in države, ki izplačuje pokojnino, ki ni bilo predhodno odobreno, ker se s tem neutemeljeno omejuje svobodno opravljanje storitev, ki ga zagotavlja ta določba.

33. V teh okoliščinah je Centrale Raad van Beroep (višje sodišče za zadeve s področja socialnega varstva in javnih uslužbencev) prekinilo odločanje in Sodišču v predhodno odločanje predložilo ti vprašanji:

„1. Ali je treba Direktivo [2011/24] razlagati tako, da se lahko osebe iz člena 24 Uredbe (EG) št. 883/2004, ki v državi stalnega prebivališča prejmejo zdravstvene storitve v breme Nizozemske, niso pa na Nizozemskem obvezno zdravstveno zavarovane, za priznanje povračila stroškov za prejeto zdravstveno oskrbo sklicujejo neposredno na to direktivo?

Če je odgovor nikalen:

2. Ali iz člena 56 PDEU izhaja, da v primeru, kakršen je obravnavani, nepriznanje povračila za zdravljenje v drugi državi, kot je država stalnega prebivališča ali država, ki izplačuje pokojnino, pomeni neupravičeno oviro za svobodo opravljanja storitev?“

[12] Predložitveno sodišče navaja, da zdravljenje, zaradi katerega je morala Y od 19. do 30. marca 2015 bivati v bolnišnici v Nemčiji (torej zdravljenje, povezano z obema operacijama), spada na področje uporabe člena 8(2)(a)(i) Direktive 2011/24 in mora biti torej predhodno odobreno.

34. Pisna stališča sta predložili nizozemska vlada in Evropska komisija, ki sta prav tako odgovorili na pisna vprašanja Sodišča.

IV. Analiza

A. Uvodne ugotovitve

35. Ti vprašanji za predhodno odločanje sta postavljeni v konkretnem okviru nizozemske zakonodaje, ki določa, da so osebe, ki prejemajo pokojnino na podlagi nizozemske zakonodaje in ne prebivajo na Nizozemskem, na podlagi člena 24 Uredbe št. 883/2004 upravičene do zdravstvenega varstva v državi svojega stalnega prebivališča. Da bi ta kategorija oseb to pravico lahko uveljavljala, mora organu CAK plačevati prispevke. V skladu s to ureditvijo organ CAK stroške zdravljenja, ki nastanejo zunaj Nizozemske, poravna državi, v kateri so nastali.

36. V obravnavanem primeru je Y upokojenka na podlagi nizozemske zakonodaje, ker pa prebiva v Belgiji, na Nizozemskem ni obvezno zdravstveno zavarovana. Kljub temu pa je na podlagi člena 24 Uredbe št. 883/2004 v skladu z zakonodajo države stalnega prebivališča (Belgije) upravičena do storitev v breme države, ki ji izplačuje pokojnino (Nizozemske).

37. Y v okviru spora o glavni stvari pri organu CAK uveljavlja povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je prejela v Nemčiji v okviru zdravljenja raka dojk. Zahtevki za povračilo se nanašajo na dve vrsti stroškov: na eni strani stroške operacij, vključno s pripadajočimi stroški bivanja v bolnišnici, katerih povračilo Y zahteva med drugim na podlagi člena 19 Uredbe št. 883/2004, ker meni, da tega zdravljenja ni mogoče opredeliti kot „načrtovano zdravljenje“, zato ga v nasprotju z zatrjevanjem organa CAK ni treba predhodno odobriti, in na drugi strani stroškov postoperativnega zdravljenja – med drugim radioterapije – katerih povračilo Y zahteva na podlagi člena 7 Direktive 2011/24, ker po mnenju Y po tej direktivi za povračilo ni potrebna predhodna odobritev. Zato Y meni, da se lahko sklicuje na določbe Uredbe št. 883/2004 in Direktive 2011/24.

38. Po mnenju predložitvenega sodišča se Uredba št. 883/2004 za dejansko stanje iz postopka v glavni stvari (glej točko 30 teh sklepnih predlogov) ne uporablja, zato se njegova vprašanja za Sodišče nanašajo zgolj na Direktivo 2011/24 in člen 56 PDEU. Zato Sodišču ni treba obravnavati vprašanja, ali je navedeno sodišče obe operaciji v Nemčiji pravilno opredelilo kot „načrtovano zdravljenje“ iz člena 20 Uredbe št. 883/2004, in ali že nevložitev vloge za predhodno odobritev zadostuje za zavrnitev povračila stroškov. Po mojem mnenju pa je koristno opozoriti, da je Sodišče po vložitvi tega predloga za sprejetje predhodne odločbe izdalo dve sodbi, ki se nanašata

tako na pojem „načrtovano zdravljenje“ v smislu člena 20 te uredbe [13] kot na pravico do povračila stroškov takega zdravljenja na podlagi tega člena v primeru zavrnitve ali neobstoja predhodne odobritve. [14]

B. Prvo vprašanje za predhodno odločanje

39. Predložitveno sodišče s prvim vprašanjem v bistvu sprašuje, ali se lahko osebe, ki prejemajo pokojnino na podlagi zakonodaje države članice in so na podlagi člena 24 Uredbe št. 883/2004 upravičene do storitev, ki jih za račun države, ki izplačuje pokojnino, zagotavlja država stalnega prebivališča – čeprav v državi, ki izplačuje pokojnino, niso obvezno zdravstveno zavarovane – pri povračilu stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, ki jim je bilo zagotovljeno v tretji državi članici, opirajo na Direktivo 2011/24.

40. Najprej je treba opozoriti, da člen 7(1) Direktive 2011/24 določa, da „[d]ržava članica zdravstvenega zavarovanja brez poseganja v Uredbo [št. 883/2004] in v skladu z določbami iz členov 8 in 9 [navedene direktive] zagotovi, da se stroški, ki jih ima *zavarovana oseba*, ki prejme čezmejno zdravstveno varstvo, povrnejo, če zadevno zdravstveno varstvo sodi med storitve, do katerih je zavarovana oseba upravičena v državi članici zdravstvenega zavarovanja“. [15] Iz tega besedila izhaja, da imajo pravico do povračila zgolj „zavarovane osebe“.

41. Za odgovor na prvo vprašanje je torej treba ugotoviti, ali je osebo, kakršna je Y, ki prejema pokojnino v prvi državi članici in je na podlagi člena 24 Uredbe št. 883/2004 upravičena do storitev, ki jih za račun prve države članice zagotavlja država članica stalnega prebivališča, čeprav v zadnjenavedeni državi ni obvezno zdravstveno zavarovana, mogoče opredeliti kot „zavarovano osebo“ v smislu člena 7(1) Direktive 2011/24 in zato lahko uveljavlja pravico do povračila stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva.

42. Po mojem mnenju je treba na to vprašanje iz razlogov, ki jih bom navedel v nadaljevanju, odgovoriti pritrdilno.

1. Pojem „zavarovana oseba“ v smislu Direktive 2011/24

43. Pojem „zavarovana oseba“ je opredeljen v členu 3(b) Direktive 2011/24 in v skladu s točko (i) med drugim pomeni „osebe […], ki jih zajema člen 2 Uredbe [št. 883/2004] in ki so zavarovane osebe v smislu člena 1(c) navedene uredbe“. Ta opredelitev torej napotuje na splošne določbe v zvezi z „opredelitvijo pojmov“ in „osebno veljavnostjo“ Uredbe št. 883/2004. Ker se navedena

[13] Glej v tem smislu sodbo z dne 23. septembra 2020, (Čezmejno zdravstveno varstvo) (C-777/18, EU:C:2020:745, točke od 38 do 44).

[14] Glej sodbi z dne 23. septembra 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Čezmejno zdravstveno varstvo) (C-777/18, EU:C:2020:745, točke od 45 do 55), in z dne 29. oktobra 2020, Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:872, točke od 28 do 33), ter sklepne predloge generalnega pravobranilca S. Hogana v zadevi Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, točke od 48 do 68). V zvezi s tem ugotavljam, da je Sodišče že opredelilo dva primera, v katerih ima zavarovana oseba tudi brez ustrezne odobritve pred začetkom načrtovanega zdravljenja v državi članici stalnega prebivališča pravico do neposrednega povračila od pristojnega nosilca v znesku, enakemu tistemu, ki bi ga ta nosilec običajno plačal, če bi zavarovana oseba razpolagala s tako odobritvijo. Prvi tak primer je mogoč takrat, kadar zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ali nujnosti bolnišničnega zdravljenja ne more zaprositi za tako odobritev ali ne more čakati na odločitev pristojnega nosilca o vlogi za odobritev. Zato ureditev, ki v vseh primerih izključuje kritje bolnišničnih storitev v drugi državi članici brez odobritve, zavarovani osebi odvzame kritje tega varstva, čeprav bi bili pogoji za to sicer izpolnjeni. Takšna ureditev, ki ne bi bila utemeljena z nujnimi razlogi v splošnem interesu in ki nikakor ne bi izpolnila zahteve po sorazmernosti, zato pomeni neupravičeno omejitev svobode opravljanja storitev (glej sodbo z dne 23. septembra 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Čezmejno zdravstveno varstvo) (C-777/18, EU:C:2020:745, točke od 46 do 48 in navedena sodna praksa)).

[15] Moj poudarek.

opredelitev na določbe te uredbe sklicuje kumulativno, morata biti za to, da bi bila oseba opredeljena kot „zavarovana oseba“ v smislu navedene direktive, izpolnjeni obe zahtevi iz navedene uredbe.

44. V zvezi s tem je treba poudariti, na eni strani, da se v skladu s členom 2(1) Uredbe št. 883/2004 ta uredba uporablja med drugim za „državljane države članice, […], ki stalno prebivajo v državi članici, za katere velja ali je veljala zakonodaja ene ali več držav članic“, in na drugi strani, da v skladu s členom 1(c) te uredbe „‚zavarovana oseba‘ v zvezi s področji socialne varnosti iz poglavij 1 in 3 naslova III[16] pomeni vsako osebo, ki izpolnjuje pogoje za pravico do dajatev, zahtevane po zakonodaji države članice, ki je pristojna po naslovu II, ob upoštevanju določb te uredbe“.

45. V zvezi s prvo zahtevo iz člena 2(1) Uredbe št. 883/2004, ki spada v okvir njene „osebne veljavnosti“, po mojem mnenju ni dvoma, da je treba za osebo kakršna je Y, ki je državljanka ene od držav članic in v tej državi članici prejema pokojnino, na podlagi katere ima pravico do storitev v državi stalnega prebivališča za račun države, ki izplačuje pokojnino, šteti, da zanjo „velja zakonodaja ene od držav članic“, čeprav v državi, ki izplačuje pokojnino, ni obvezno zdravstveno zavarovana. Šteti bi bilo namreč treba, da za Y kot nizozemsko državljanko „velja zakonodaja“ Nizozemske, ker na podlagi AOW prejema starostno pokojnino in mora na podlagi Zvw organu CAK plačevati prispevek (glej točko 18 teh sklepnih predlogov).

46. V zvezi z drugo zahtevo iz člena 1(c) Uredbe št. 883/2004 je treba na eni strani ugotoviti, da je bil izraz „zavarovana oseba“ v tej uredbi[17] uveden predvsem zaradi poglavja 1 naslova III te uredbe, naslovljenega „Storitve za bolezen, materinstvo in enakovredne storitve za očetovstvo“,[18] saj določbe o koordinaciji na področju bolezni zahtevajo, da je oseba „zavarovana“ v državi članici. Y prejema starostno pokojnino na podlagi AOW in ima na tej podlagi pravico do zdravstvenega varstva, ki je med drugim določeno v členu 24 navedene uredbe, ki je – čeprav „zavarovanih oseb“ izrecno ne omenja – del poglavja 1 in se torej v skladu s prvim stavkom člena 1(c) te uredbe nanaša na eno od „področij socialne varnosti iz naslova III“.

47. Na drugi strani mora Y kot „upokojenka“ v smislu člena 24 Uredbe št. 883/2004, da bi jo bilo mogoče šteti za „zavarovano osebo“ v smislu člena 1(c) te uredbe v skladu z zadnjim stavkom navedene določbe, „izpolnjevati pogoje za pravico do dajatev, zahtevane po zakonodaji države članice, ki je pristojna po naslovu II, ob upoštevanju določb [navedene] uredbe“.

48. V zvezi s tem je treba pojasniti, da so lahko upokojenci v smislu člena 24 Uredbe št. 883/2004 v skladu s členom 16(2) te uredbe na svojo zahtevo izvzeti iz uporabe zakonodaje države članice stalnega prebivališča, ki bi se v skladu s členom 11(3)(e) navedene uredbe običajno uporabljala.[19] V obravnavanem primeru ni sporno, da za Y velja zakonodaja Nizozemske kot države članice, pristojne na podlagi naslova II iste uredbe.

[16] To so naslednja področja: (a) storitve za bolezen, (b) storitve za materinstvo in enakovredne storitve za očetovstvo (c) storitve za invalidnost, (d) storitve za starost, (e) storitve za preživele osebe, (f) storitve za nesreče pri delu in poklicne bolezni, (g) storitve za primer smrti, (h) storitve za brezposelnost, (i) storitve za upokojitev in (j) družinske storitve.

[17] Z Uredbo št. 883/2004 so bila posodobljena in poenostavljena pravila iz Uredbe Sveta (EGS) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe, samozaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti, v različici, spremenjeni in posodobljeni z Uredbo Sveta (ES) št. 118/97 z dne 2. decembra 1996 (UL, posebna izdaja v slovenščini, poglavje 5, zvezek 3, str. 3). Vendar izraz „zavarovana oseba“ v Uredbi št. 1408/71 ni bil opredeljen.

[18] Poglavje 3 naslova III Uredbe št. 883/2004, naslovljeno „Pomoči ob smrti“, v katerem je uporabljen izraz „zavarovana oseba“, vsebuje namreč le dve določbi, in sicer člena 42 in 43, medtem ko poglavje 1 vsebuje tri oddelke in 18 členov.

[19] V členu 16(2) Uredbe št. 883/2004 je pojasnjeno, da je ta možnost na voljo, če jo zadevna oseba zahteva in če zanjo ne velja zakonodaja države stalnega prebivališča zaradi opravljanja dejavnosti zaposlene ali samozaposlene osebe.

49. Čeprav Sodišče pri razlagi nacionalnega prava ni pristojno za preverjanje, ali Y izpolnjuje „pogoje, zahtevane“ po nizozemski zakonodaji za upravičenost do dajatev iz člena 24 Uredbe št. 883/2004, je treba ugotoviti, da je treba pojem „zakonodaja“ v smislu te uredbe razlagati široko [20] in da je treba nacionalno zakonodajo v skladu s členom 1(c) navedene uredbe izvajati „ob upoštevanju določb te uredbe“.

50. Tako je treba ugotoviti, da pogoji, zahtevani po nizozemski zakonodaji za upravičenost do navedenih storitev na Nizozemskem, dejansko ustrezajo pogojem iz člena 24 Uredbe št. 883/2004, po katerem je pravica do storitev odvisna od izpolnjevanja treh pogojev. Prvič, zadevna oseba mora prejemati pokojnino ali pokojnine po zakonodaji ene ali več držav članic, drugič, ne sme biti upravičena do storitev po zakonodaji države članice stalnega prebivališča, in tretjič, do teh storitev bi morala biti upravičena v skladu z zakonodajo države, ki izplačuje pokojnino, če bi v tej državi članici stalno prebivala. Kot je potrdila nizozemska vlada, se poleg navedenih treh pogojev za upravičenost do storitev na podlagi člena 24 te uredbe na podlagi nizozemske zakonodaje ne zahteva noben drug pogoj. [21]

51. Zato je ob neobstoju drugih pogojev na nacionalni ravni „upokojenca“ v smislu člena 24 Uredbe št. 883/2004 mogoče opredeliti kot „zavarovano osebo“ v smislu člena 1(c) te uredbe, če izpolnjuje tri pogoje iz člena 24 navedene uredbe.

52. Poudariti je treba tudi, da se je Kraljevina Nizozemska odločila za vpis na seznam držav članic iz Priloge IV k Uredbi št. 883/2004, kar pomeni, da je lahko oseba, ki je upokojenec in – tako kot Y – prebiva v drugi državi članici, na podlagi člena 18(1) te uredbe v povezavi s členom 27(2) navedene uredbe upravičena do storitev ob njenem bivanju na Nizozemskem (pristojna država članica) v breme pristojnega nosilca in v skladu z določbami upoštevne nacionalne zakonodaje, kot če bi stalno prebivala v tej državi članici. Y je verjetno na podlagi te določbe po prvem posvetovanju s splošnim zdravnikom v Belgiji opravila radiološki pregled v bolnišnici AZM na Nizozemskem. Zato je po mojem mnenju vsekakor težko trditi, da Y ni „zavarovana oseba“ v skladu z nizozemsko zakonodajo.

53. Na podlagi navedenega menim, da so v obravnavanem primeru izpolnjene zahteve iz člena 1(c) in člena 2 Uredbe št. 883/2004. Skleniti je torej treba, da je treba Y kot „upokojenko“ v smislu člena 24 te uredbe obravnavati tudi kot „zavarovano osebo“ v smislu člena 3(b)(i) Direktive 2011/24, zato zanjo veljajo splošna načela za povračilo stroškov, določenih v členu 7(1) te direktive.

2. Razlika med „zavarovano osebo“ in „upokojencem“ v sistemu Uredbe št. 883/2004

54. Navedenega sklepanja po mojem mnenju ni mogoče ovreči s trditvijo nizozemske vlade, da „upokojenci“ v smislu Uredbe št. 883/2004 ne morejo biti tudi „zavarovane osebe“ v smislu te uredbe. Ta vlada meni, da navedena uredba jasno razlikuje med določbami, ki veljajo za „zavarovane osebe“ na eni strani, in tiste, ki veljajo za „upokojence“ na drugi strani, zato se ti kategoriji medsebojno izključujeta. V podkrepitev te trditve navaja, da se oddelek 1 v poglavju 1 naslova III iste uredbe nanaša na „zavarovane osebe in njihove družinske člane, *razen upokojencev in njihovih družinskih članov*“, in da se oddelek 2 nanaša izključno na „*upokojence in*

[20] V skladu s členom 1(l), prvi odstavek, Uredbe št. 883/2004, pojem „zakonodaja“ za vsako državo članico pomeni vse zakone, predpise in druge določbe ter vse druge izvedbene ukrepe, ki se nanašajo na področja socialne varnosti iz člena 3(1) te uredbe.

[21] Glej v zvezi s tem člen 69(1) Zvw, naveden v točki 17 teh sklepnih predlogov.

njihove družinske člane“.[22] Podobno člen 42 iz poglavja 3 naslova III Uredbe št. 883/2004 ureja primer smrti „zavarovane osebe“ ali njenega družinskega člana, člen 43 te uredbe pa primer smrti „upokojenca“ ali njegovega družinskega člana. Po tej logiki naj bi se člen 24 navedene uredbe v oddelku 2 poglavja 1 torej uporabljal izključno za „upokojence“ in ne tudi za „zavarovane osebe“, zato naj se upokojenka, kakršna je Y, ne bi mogla sklicevati na določbe člena 7(1) Direktive 2011/24.

55. Na podlagi analize Uredbe št. 883/2004 menim, da čeprav se izraza „zavarovana oseba“ in „upokojenec“ ne uporabljata izmenično, saj imata samostojen in različen pomen, pojem „zavarovana oseba“ iz razlogov, navedenih v nadaljevanju, nujno zajema tudi pojem „upokojenec“ kot posebno kategorijo „zavarovanih oseb“, za katere veljajo določbe, ki so prilagojene njihovemu položaju.

56. Že takoj je treba pojasniti, da je področje osebne uporabe Uredbe št. 833/2004 posledica postopne širitve prvotnega področja uporabe Uredbe št. 3/1958[23] v skladu s sodno prakso in zakonodajnih sprememb na tej podlagi. Člen 2 Uredbe št. 833/2004 zaradi drastične poenostavitve zelo kompleksnih določb o področju osebne uporabe nekdanje Uredbe št. 1408/71 splošno in izčrpno navaja „državljane države članice, […], ki stalno prebivajo v državi članici, za katere velja ali je veljala zakonodaja ene ali več držav članic, ter za njihove družinske člane in preživele osebe“.[24] Iz tega sledi, da se pojem „zavarovana oseba“ nanaša na osebe, ki ne glede na svoj status (na primer zaposleni, upokojenci itd.) izpolnjujejo pogoje, zahtevane po zakonodaji pristojne države članice za upravičenost do storitev. To pomeni, da se Uredba št. 883/2004 uporablja v celoti, ne glede na to, ali je bila zadevna oseba zavarovana v okviru zaposlitve, kot neaktivna oseba ali zaradi drugih okoliščin, med drugim stalnega prebivališča ali državljanstva.

57. Pri analizi razlikovanja zakonodajalca Unije med „zavarovanimi osebami“ in „upokojenci“ je treba navedeni razvoj upoštevati. Zgodovinsko to razlikovanje izhaja iz Uredbe št. 1408/71, zlasti iz njenih členov od 27 do 34, ki v bistvu ustrezajo členom od 23 do 30 Uredbe št. 883/2004.

58. V zvezi s tem je treba na prvem mestu poudariti, da je treba v skladu z uvodnima izjavama 20 in 22 Uredbe št. 883/2004 „[n]a področju dajatev za bolezen, dajatev za materinstvo in enakovrednih dajatev za očetovstvo […] zaščititi *zavarovane osebe* […], ki živijo ali začasno bivajo v državi članici, ki ni pristojna država članica“, in da je treba „[z]aradi *posebnega položaja* vlagateljev zahtevka za pokojnino in *upokojencev* […] določbe, ki urejajo zdravstveno zavarovanje, prilagoditi temu položaju“.[25] „Upokojenci“ so torej v skladu z namenom zakonodajalca Unije podkategorija „zavarovanih oseb“, zato morajo zanje zaradi njihovega „posebnega položaja“ veljati prilagojena pravila.

59. Zakonodajalec Unije je namreč s tem, da je v poglavjih 1 in 3 naslova III Uredbe št. 883/2004 razlikoval med določbami, ki se uporabljajo za „zavarovane osebe“ na eni strani, in določbami, ki se uporabljajo za „upokojence“ na drugi strani, želel določiti posebne določbe, ki so bolj prilagojene tej skupini zavarovanih oseb.

60. Natančneje, zaradi njihovega posebnega položaja – ker prejemajo pokojnino na podlagi zakonodaje vsaj dveh držav članic ali imajo stalno prebivališče v državi članici, po zakonodaji katere niso upravičeni do storitev (glej člena 23 in 24 Uredbe št. 883/2004) – je namen navedenih

[22] Moj poudarek.

[23] Uredba Sveta o socialni varnosti delavcev migrantov (UL 1958, P 30, str. 561).

[24] Glej v zvezi s tem uvodni izjavi 3 in 7 Uredbe št. 883/2004.

[25] Moj poudarek.

določb določiti državo članico, ki je pristojna za zagotavljanje storitev za bolezen (glej naslov III, poglavje 1, oddelek 2, te uredbe) takemu upokojencu ali storitev v primeru njegove smrti (glej naslov III, poglavje 3, člen 43, navedene uredbe). Navedene določbe je torej mogoče obravnavati kot kolizijska pravila, prilagojena potrebam upokojencev in njihovim družinskim članom.

61. Natančneje, pri razlikovanju v poglavju 1 naslova III Uredbe št. 883/2004 je treba ugotoviti, da oddelek 2 tega poglavja, naslovljen „Storitve za bolezen, materinstvo in enakovredne storitve za očetovstvo“, določa posebna koordinacijska pravila za upokojence v primeru bolezni in materinstva, vključno s tistimi, ki se nanašajo na njihove družinske člane (glej člene od 23 do 30). Ta pravila so torej *lex specialis* v razmerju do pravil iz oddelka 1 (členi od 17 do 22), ki so *lex generalis*. Drugače povedano, oddelek 2 se uporablja zgolj za upokojence (zavarovance), oddelek 1 pa za vse zavarovane osebe, vključno z upokojenci, kadar je tako določeno v oddelku 2. Navedeno strukturo potrjuje člen 31 te uredbe, iz katerega prav tako izhaja dopolnilnost členov od 23 do 30, ker se ti členi „ne uporabljajo za upokojenca […], [če je zadevna oseba upravičena] do dajatev po zakonodaji države članice na podlagi opravljanja dejavnosti zaposlene ali samozaposlene osebe“.

62. Na drugem mestu menim, da navedene razlage ni mogoče ovreči s tem, da se zaradi nekaterih določb oddelka 2 poglavja 1 naslova III Uredbe št. 883/2004 v zvezi z upokojenci nekatere določbe oddelka 1 tega poglavja, zlasti člen 18(1) ter členi 19, 20 in 21, smiselno uporabljajo za upokojence. Nasprotno, navedena struktura poglavja 1 po mojem mnenju potrjuje popolno vključenost „upokojencev“ med „zavarovane osebe“ in uporabo *lex generalis*, če je to upravičeno. Oddelek 1 tega poglavja je namreč naslovljen „Zavarovane osebe in njihovi družinski člani, *razen upokojencev in njihovih družinskih članov*“, torej so upokojenci vključeni v skupino „zavarovanih oseb“.[26] Zaradi zagotavljanja jasnosti in skladnosti je torej normalno, da se, če pravila *lex generalis* veljajo za „upokojence“, za katere velja *lex specialis*, to izrecno navede v pravilih *lex specialis*, torej v oddelku 2 navedenega poglavja 1. Je pa res, da je uporaba izraza „smiselno“ napačna, ker se vsa pravila nanašajo na „zavarovane osebe“, zato se ne bi smelo uporabljati sklicevanja po analogiji.

63. Iz tega sledi, da se v nasprotju z zatrjevanjem nizozemske vlade izraza „zavarovana oseba“ in „upokojenec“ v Uredbi št. 883/2004 medsebojno ne izključujeta.

3. Pojem „zavarovana oseba“ v sistemu Direktive 2011/24

64. Kot je bilo ugotovljeno v točkah 43 in 44 teh sklepnih predlogov, Direktiva 2011/24 napotuje na opredelitev „zavarovane osebe“ iz Uredbe št. 883/2004. Zdi pa se, da široko razlago pojma „zavarovana oseba“ v smislu navedene uredbe potrjuje tudi uporaba tega izraza v okviru te direktive.

65. Kot namreč poudarja predložitveno sodišče, je ta razlaga na eni strani v skladu s pojmom „država članica zdravstvenega zavarovanja“, ki je za osebe iz člena 3(b)(i) Direktive 2011/24 v členu 3(c)(i) te direktive opredeljena kot „država članica, ki je pristojna za predhodno odobritev ustreznega zdravljenja zavarovani osebi izven države članice, v kateri ima pacient stalno

[26] Moj poudarek.

prebivališče, v skladu z [uredbama št. 883/2004 in št. 987/2009[27]]. Zato zakonodajalec Unije pravice do povračila ni želel pogojevati z „vključenostjo“ zadevne osebe v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja države članice.[28]

66. Na drugi strani je treba ugotoviti, da se z odstopanjem od člena 7(1) Direktive 2011/24 – ki ureja pravico do povračila stroškov „zavarovanih oseb“ zaradi čezmejnega zdravstvenega varstva – z odstavkom 2(a) navedenega člena ta pravica razširja med drugim na „upokojence […], ki stalno prebivajo v drugi državi članici“, in sicer za kritje stroškov zdravstvenega varstva, nastalih na ozemlju države, ki izplačuje pokojnino, kadar je ta navedena v Prilogi IV k Uredbi št. 883/2004. Na podlagi navedenega je treba sklepati, da je zakonodajalec Unije ob sprejetju Direktive 2011/24 menil, da so „upokojenci“ dejansko zajeti s pojmom „zavarovana oseba“ v smislu člena 1(c) Uredbe št. 883/2004. Poleg tega je to edina omemba izraza „upokojenec“ v navedeni direktivi.

67. Na podlagi navedenega predlagam, da se na prvo vprašanje za predhodno odločanje odgovori, da je treba določbe člena 7(1) in člena 3(b)(i) Direktive 2011/24 v povezavi s členom 1(c) in členom 2 Uredbe št. 883/2004 razlagati tako, da se lahko osebe, ki prejemajo pokojnino v skladu z zakonodajo ene od držav članic in so na podlagi člena 24 te uredbe upravičene do storitev države članice stalnega prebivališča, čeprav v prvi državi članici niso obvezno zdravstveno zavarovane, kot „zavarovane osebe“ v smislu teh določb opirajo na to direktivo pri povračilu stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, ki jim je bilo zagotovljeno v tretji državi članici.

C. Drugo vprašanje za predhodno odločanje

68. Predložitveno sodišče z drugim vprašanjem v bistvu sprašuje, ali se lahko oseba, ki prejema pokojnino na podlagi zakonodaje ene od držav članic in je na podlagi člena 24 Uredbe št. 883/2004 upravičena do storitev, ki jih v breme prve države članice zagotavlja država stalnega prebivališča, pri povračilu stroškov zdravstvenega varstva, ki ga je prejela v državi članici, ki ni država članica njenega stalnega prebivališča, niti tista, ki izplačuje pokojnino, sklicuje na člen 56 PDEU.

69. Naj že takoj poudarim, da če bi Sodišče odgovorilo tako, kot predlagam v točki 67 teh sklepnih predlogov, na drugo vprašanje ne bi bilo treba odgovoriti. V tem primeru bi namreč Y spadala na področje osebne uporabe Direktive 2011/24, čeprav bi moralo predložitveno sodišče glede na določbe te direktive preveriti, ali ima zadevna oseba pravico do povračila stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, ki ga je prejela v Nemčiji, zlasti stroškov zdravljenja, za katerih odobritev predhodno ni zaprosila. Presoja v nadaljevanju torej temelji na predpostavki, da se Sodišče z navedeno analizo ne bi strinjalo in bi menilo, da je treba na prvo vprašanje odgovoriti nikalno.

70. V zvezi s tem je treba najprej opozoriti, da uporaba člena 20 Uredbe št. 883/2004 v določenem položaju ne izključuje tega, da je ta mogoča tudi na podlagi člena 56 PDEU in da lahko zadevna oseba v skladu z zadnjenavedenim členom hkrati dostopa do zdravstvenega varstva v drugi državi članici pod pogoji kritja stroškov povračil, ki so drugačni kot v členu 20.[29] Ta sodna praksa bi se lahko uporabila tudi v okviru Direktive 2011/24, čeprav je s to direktivo – kot je razvidno iz njene

[27] Uredba Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje [Uredbe št. 883/2004] (UL 2009, L 284, str. 1).

[28] Glej tudi uvodno izjavo 13 Direktive 2011/24, v skladu s katero „bi morala biti obveznost povračila stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva omejena na zdravstveno varstvo, do katerega je zavarovana oseba upravičena v skladu z zakonodajo države članice zdravstvenega zavarovanja“.

[29] Sodba z dne 23. septembra 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Čezmejno zdravstveno varstvo) (C-777/18, EU:C:2020:745, točka 33 in navedena sodna praksa).

uvodne izjave 8 – kodificirana sodna praksa Sodišča v zvezi s svobodo opravljanja storitev, ki jo zagotavlja člen 56 PDEU, na področju zdravstvenega varstva, pri čemer je njen namen doseči bolj splošno in učinkovito uporabo načel, ki so bila v tej sodni praksi razvita na podlagi posameznih primerov.

71. Opozarjam namreč, da v skladu z ustaljeno sodno prakso zdravstvene storitve, opravljene proti plačilu, spadajo na področje uporabe člena 56 PDEU o svobodi opravljanja storitev, tudi kadar gre za zdravljenje v bolnišnici.[30] Svoboda opravljanja storitev vključuje svobodo prejemnikov storitev, predvsem oseb, ki potrebujejo zdravljenje, da gredo v drugo državo članico, da tam prejmejo te storitve.[31]

72. Tako je treba na prvem mestu ugotoviti, ali nacionalna zakonodaja, kakršna je ta iz postopka v glavni stvari, ki povračilo stroškov zdravstvenega varstva, ki jih je v državi članici, ki ni država stalnega prebivališča, imela oseba, ki prejema pokojnino na podlagi te zakonodaje, pogojuje s pridobitvijo predhodne odobritve, pomeni omejitev svobode opravljanja storitev iz člena 56 PDEU.

73. V zvezi s tem poudarjam, da iz ustaljene sodne prakse izhaja, da zahteva po predhodni odobritvi, s katero je pogojeno plačilo načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici, ki ga opravi pristojni organ *v skladu z veljavnim sistemom kritja v državi članici, v katero ta organ spada*, pomeni oviro za svobodo opravljanja storitev, in sicer tako za paciente kot za ponudnike storitev, saj tak sistem odvrača paciente od tega, da bi se obrnili na ponudnike zdravstvenih storitev v drugi državi članici, da bi bili deležni zadevnega zdravljenja, ali jim to celo preprečuje.[32] Drugače povedano, člen 56 PDEU nasprotuje uporabi vsakršnega nacionalnega predpisa, zaradi katerega opravljanje storitev med državami članicami postane težavnejše kot opravljanje storitev izključno znotraj države članice.[33] Zato lahko taka odobritev pomeni omejitev svobode opravljanja storitev.

74. Na drugem mestu je treba preveriti, ali je tako omejitev svobode opravljanja storitev mogoče upravičiti. Sodišče je namreč presodilo, da čeprav predhodna odobritev tako za paciente kot za izvajalce storitev predstavlja oviro za svobodo opravljanja storitev, člen 56 PDEU načeloma ne nasprotuje temu, da je pravica pacienta, da na stroške sistema, ki mu pripada, v drugi državi članici prejme bolnišnično zdravljenje, pogojena s predhodno odobritvijo.[34] Trditi je mogoče, da je namen kakršne koli take zahteve po predhodni odobritvi (i) preprečiti tveganje resne ogrozitve finančnega ravnovesja sistema socialne varnosti, (ii) ohraniti uravnoteženo in vsem dostopno zdravstveno in bolnišnično oskrbo, (iii) ohraniti zmogljivosti zdravljenja ali raven zdravstvene stroke na nacionalnem ozemlju in (iv) omogočiti načrtovanje, da se zagotovi zadosten in stalen dostop do uravnotežene ponudbe kakovostnega bolnišničnega zdravljenja v zadevni državi članici.[35]

75. Sodišče je glede bolnišničnega zdravljenja ali zdravljenja, ki zahteva uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme (v nadaljevanju: zahtevne zdravstvene storitve)[36] presodilo, da čeprav pravo Unije načeloma ne nasprotuje

30 Sodba z dne 5. oktobra 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, točka 36 in navedena sodna praksa).

31 Sodbi z dne 5. oktobra 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, točka 37 in navedena sodna praksa), in z dne 21. junija 2012, Susisalo in drugi (C-84/11, EU:C:2012:374, točke od 26 do 28).

32 Sodba z dne 27. oktobra 2011, Komisija/Portugalska (C-255/09, EU:C:2011:695, točka 60 in navedena sodna praksa).

33 Sodba z dne 16. maja 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, točka 94 in navedena sodna praksa).

34 Sodba z dne 5. oktobra 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, točka 41).

35 Sodba z dne 5. oktobra 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, točki 42 in 43).

36 Sodba z dne 23. septembra 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Čezmejno zdravstveno varstvo) (C-777/18, EU:C:2020:745, točka 60 in navedena sodna praksa).

sistemu predhodne odobritve, je vseeno potrebno, da so pogoji za tako odobritev upravičeni glede na prej navedene zahteve, da ne prekoračijo tega, kar je za to potrebno, in da do enakega rezultata ni mogoče priti z manj omejujočimi pravili. Tak sistem mora poleg tega temeljiti na objektivnih, nediskriminatornih in vnaprej znanih merilih, zato da se omeji polje prostega preudarka nacionalnih organov, tako da se ta ne izvaja arbitrarno. [37]

76. V obravnavanem primeru nizozemska vlada ni navedla nobene utemeljitve za veljavno nizozemsko zakonodajo, ki povračilo stroškov storitev, zagotovljenih upokojencu na podlagi člena 24 Uredbe št. 883/2004, pogojuje s predhodno odobritvijo v državi članici, ki ni država stalnega prebivališča. Predložitveno sodišče mora zato preveriti, ali take utemeljitve obstajajo in ali izpolnjujejo pogoje, določene v zgoraj navedeni sodni praksi.

77. V zvezi s tem pa je treba poudariti – kot izhaja iz sodne prakse Sodišča – da nacionalna ureditev, ki *za vse primere* izključuje kritje stroškov bolnišničnega zdravljenja brez predhodne odobritve, zavarovani osebi, ki iz razlogov v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem ali nujnostjo po urgentnem zdravljenju v bolnišnici ni mogla zaprositi za to odobritev oziroma ni mogla čakati na odgovor pristojnega nosilca, odvzame možnost, da ji ta institucija krije stroške tega zdravljenja, tudi če bi bili pogoji za to kritje stroškov sicer izpolnjeni. [38] Sodišče je ugotovilo, da v takih položajih kritje stroškov takega zdravljenja ne more ogroziti doseganja ciljev načrtovanja bolnišnične oskrbe, niti ne more resno ogroziti finančnega ravnovesja sistema socialne varnosti, saj to kritje ne vpliva na ohranitev uravnotežene ter vsem dostopne bolnišnične oskrbe niti na ohranitev obsega in ravni zdravljenja na nacionalnem ozemlju. [39]

78. Iz tega sledi, da nacionalna zakonodaja, po kateri pristojni nosilec brez predhodne odobritve ne sme povrniti stroškov bolnišničnega zdravljenja ali zahtevnih zdravstvenih storitev, prejetih v drugi državi članici, tudi v posebnih okoliščinah, ko zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ali nujnosti zdravljenja ne more zaprositi za tako odobritev ali ne more čakati na odločitev pristojnega nosilca o vlogi za odobritev, tudi če bi bili pogoji za to kritje stroškov sicer izpolnjeni, ne izpolnjuje zahteve sorazmernosti. Zato se s to zakonodajo nesorazmerno omejuje svoboda opravljanja storitev iz člena 56 PDEU in krši člen 8(1) Direktive 2011/24.

79. V obravnavani zadevi je iz spisa v postopku v glavni stvari razvidno, da se je organ CAK izrekel za nepristojnega za obravnavanje zadeve zgolj zaradi neobstoja predhodne odobritve, ne da bi med upravnim postopkom preveril, ali je položaj Y tako nujen, da odobritev ne bi bila potrebna (glej točki 24 in 26 teh sklepnih predlogov). Postopek skoraj samodejne zavrnitve zato ne izpolnjuje zahteve sorazmernosti.

80. Na podlagi navedenega predlagam, da se na drugo vprašanje za predhodno odločanje odgovori, da je treba člen 56 PDEU razlagati tako, da nasprotuje nacionalni ureditvi, kakršna je ta iz postopka v glavni stvari, po kateri pristojni nosilec brez predhodne odobritve po uradni dolžnosti zavrne povračilo stroškov v zvezi z bolnišničnim zdravljenjem ali zahtevnimi zdravstvenimi storitvami, prejetimi v drugi državi članici, tudi v posebnih položajih, ko zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ali nujnosti zdravljenja ne more zaprositi za tako odobritev ali ne more čakati na odločitev pristojnega nosilca o vlogi za odobritev, tudi če bi bili pogoji za to kritje stroškov sicer izpolnjeni.

[37] Sodba z dne 5. oktobra 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, točka 44).

[38] Sodba z dne 5. oktobra 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, točka 45).

[39] Sodba z dne 5. oktobra 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, točka 46).

V. Predlog

81. Na podlagi navedenega Sodišču predlagam, naj na vprašanji za predhodno odločanje, ki jih je postavilo Centrale Raad van Beroep (pritožbeno sodišče za zadeve s področja socialnega varstva in javnih uslužbencev, Nizozemska), odgovori:

1. Določbe člena 7(1) in člena 3(b)(i) Direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu v povezavi s členom 1(c) in členom 2 Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti, kakor je bila spremenjena z Uredbo (ES) št. 988/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009, je treba razlagati tako, da se lahko osebe, ki prejemajo pokojnino v skladu z zakonodajo ene od držav članic in so na podlagi člena 24 te uredbe upravičene do storitev države članice stalnega prebivališča, čeprav v prvi državi članici niso obvezno zdravstveno zavarovane, kot „zavarovane osebe“ v smislu navedenih določb opirajo na to direktivo pri povračilu stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva, ki jim je bilo zagotovljeno v tretji državi članici.

2. Člen 56 PDEU je torej treba razlagati tako, da nasprotuje nacionalni ureditvi, kakršna je ta iz postopka v glavni stvari, po kateri pristojni nosilec brez predhodne odobritve po uradni dolžnosti zavrne povračilo stroškov v zvezi z bolnišničnim zdravljenjem ali zahtevnimi zdravstvenimi storitvami, prejetimi v drugi državi članici, tudi v posebnih položajih, ko zavarovana oseba zaradi svojega zdravstvenega stanja ali nujnosti zdravljenja ne more zaprositi za tako odobritev ali ne more čakati na odločitev pristojnega nosilca o vlogi za odobritev, tudi če bi bili pogoji za to kritje stroškov sicer izpolnjeni.