Zbiór Orzeczeń

OPINIA RZECZNIKA GENERALNEGO
ATHANASIOSA RANTOSA
przedstawiona w dniu 22 kwietnia 2021 r. [1]

Sprawa C-636/19

Y
przeciwko
CAK

[wniosek o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym złożony przez Centrale Raad van Beroep (sąd apelacyjny w sprawach z zakresu zabezpieczenia społecznego i służby cywilnej, Niderlandy)]

Odesłanie prejudycjalne – Transgraniczna opieka zdrowotna – Dyrektywa 2011/24/UE – Artykuł 3 lit. b) ppkt (i) – Pojęcie „ubezpieczonego” – Artykuł 7 – Zwrot kosztów opieki transgranicznej – Rozporządzenie (WE) nr 883/2004 – Artykuł 1 lit. c) – Artykuł 24 – Prawo do świadczeń rzeczowych udzielanych w państwie miejsca zamieszkania na rachunek państwa członkowskiego otrzymywania emerytury – Artykuł 56 TFUE

I. Wprowadzenie

1. Czy osoba otrzymująca emeryturę zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego (zwanego dalej „państwem otrzymywania emerytury”), która na podstawie art. 24 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 [2] jest uprawniona do świadczeń rzeczowych udzielanych przez państwo członkowskie, w którym ma miejsce zamieszkania (zwane dalej „państwem miejsca zamieszkania”), na rachunek państwa otrzymywania emerytury, nie posiadając jednak obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby w tym państwie, jest objęta pojęciem „ubezpieczonego” w rozumieniu art. 3 lit. b) ppkt (i) dyrektywy 2011/24/UE [3], tak że może powołać się na art. 7 ust. 1 tej dyrektywy w celu uzyskania od państwa otrzymywania emerytury zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, z której skorzystała w trzecim państwie członkowskim? W przypadku odpowiedzi przeczącej: czy odmowa zwrotu kosztów tej transgranicznej opieki zdrowotnej przez państwo otrzymywania emerytury ze względu na brak uprzedniej zgody może stanowić nieuzasadnione ograniczenie w swobodnym świadczeniu usług z naruszeniem art. 56 TFUE?

[1] Język oryginału: francuski.

[2] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. 2004, L 166, s. 1; sprostowanie Dz.U. 2004, L 200, s. 1), zmienione rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 988/2009 z dnia 16 września 2009 r. (Dz.U. 2009, L 284, s. 43) (zwane dalej „rozporządzeniem nr 883/2004”).

[3] Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2011, L 88, s. 45).

2. Takie pytania zostały podniesione w niniejszej sprawie, skłaniając Trybunał, po pierwsze, do uściślenia związku pomiędzy przepisami rozporządzenia nr 883/2004 i przepisami dyrektywy 2011/24 umożliwiającymi ubezpieczonemu otrzymywanie transgranicznej opieki zdrowotnej [4], a po drugie, do zastosowania swojego orzecznictwa dotyczącego uprzedniej zgody jako przeszkody w swobodnym świadczeniu usług w rozumieniu art. 56 TFUE [5].

II. Ramy prawne

A. Prawo Unii

1. Rozporządzenie nr 883/2004

3. Zgodnie z motywami 20 i 22 rozporządzenia nr 883/2004:

„(20) W dziedzinie świadczeń z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby, macierzyństwa i równoważnych świadczeń dla ojca osoby ubezpieczone, jak również członkowie ich rodzin mieszkający lub przebywający w innym państwie członkowskim niż właściwe państwo członkowskie powinni mieć zapewnioną ochronę.

[…]

(22) Szczególne położenie osób ubiegających się o emeryturę lub rentę oraz emerytów i rencistów, a także członków ich rodzin czyni koniecznym wprowadzenie przepisów dotyczących ubezpieczenia na wypadek choroby dostosowanych do tej sytuacji”.

4. Zgodnie z art. 1 lit. c), q), s) i va) tego rozporządzenia:

„Do celów stosowania niniejszego rozporządzenia:

[…]

c) określenie »ubezpieczony«, w odniesieniu do działów ubezpieczenia społecznego objętych przepisami tytułu III, rozdział 1 i 3, oznacza każdą osobę spełniającą warunki wymagane na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego właściwego zgodnie z tytułem II do posiadania prawa do świadczeń, z uwzględnieniem przepisów niniejszego rozporządzenia;

[…]

q) określenie »instytucja właściwa« oznacza:

(i) instytucję, w której zainteresowany jest ubezpieczony w chwili składania wniosku o świadczenie;

[4] Związek między tymi dwoma aktami ustawodawczymi i różnice między nimi zostały już szczegółowo zbadane w szczególności w opinii rzecznika generalnego G. Hogana w sprawie Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, pkt 48–68). Zobacz także w tym względzie M.-D. Carrascosa Bermejo, „Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination”, *ERA Forum*, vol. 15, 2014, s. 359–380.

[5] Kwestia, która była już analizowana przez Trybunał w szczególności w wyrokach: z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581); z dnia 23 września 2020 r., Vas Megyei Kormányhivatal (Transgraniczna opieka zdrowotna) (C-777/18, EU:C:2020:745).

albo

(ii) instytucję, od której zainteresowany ma prawo uzyskać świadczenia lub miałby prawo do uzyskania świadczeń, gdyby on sam lub członkowie jego rodziny zamieszkiwali na terytorium państwa członkowskiego, gdzie znajduje się ta instytucja,

[…]

s) określenie »właściwe państwo członkowskie« oznacza państwo członkowskie, na terytorium którego znajduje się instytucja właściwa;

[…]

va) określenie »świadczenia rzeczowe« oznacza:

(i) do celów tytułu III rozdział 1 (świadczenia z tytułu choroby, macierzyństwa i równoważne świadczenia dla ojca) – świadczenia rzeczowe przewidziane w ustawodawstwie państwa członkowskiego, które służą zapewnieniu, udostępnieniu, bezpośredniemu opłaceniu lub zwrotowi kosztów opieki medycznej oraz produktów i usług stanowiących element dodatkowy takiej opieki. Określenie to obejmuje również świadczenia rzeczowe z tytułu długotrwałej opieki;

[…]”.

5. Artykuł 2 wspomnianego rozporządzenia, zatytułowany „Zakres podmiotowy”, stanowi w ust. 1:

„Niniejsze rozporządzenie stosuje się do obywateli państwa członkowskiego, bezpaństwowców i uchodźców mieszkających w państwie członkowskim, którzy podlegają lub podlegali ustawodawstwu jednego lub kilku państw członkowskich oraz do członków ich rodzin i osób pozostałych przy życiu”.

6. Zawarty w tytule II tego rozporządzenia, zatytułowanym „Określenie mającego zastosowanie ustawodawstwa”, art. 11, zatytułowany „Zasady ogólne”, stanowi w ust. 3 lit. e):

„Zgodnie z przepisami art. 12–16:

[…]

e) każda inna osoba, do której nie mają zastosowania przepisy lit. a)–d) podlega ustawodawstwu państwa członkowskiego, w którym ma miejsce zamieszkania, bez uszczerbku dla innych przepisów niniejszego rozporządzenia, gwarantujących jej świadczenia na podstawie ustawodawstwa jednego lub kilku innych państw członkowskich”.

7. Tytuł III rozporządzenia nr 883/2004, „Przepisy szczególne dotyczące różnych kategorii świadczeń”, zawiera rozdział 1, którego sekcja 1 nosi tytuł „Ubezpieczeni i członkowie ich rodzin, z wyjątkiem emerytów lub rencistów i członków ich rodzin”.

8. Artykuł 18 ust. 1 tego rozporządzenia ma następujące brzmienie:

„1. O ile przepisy ust. 2 nie stanowią inaczej, ubezpieczony i członkowie jego rodziny, o których mowa w art. 17, są też uprawnieni do świadczeń rzeczowych w czasie pobytu we właściwym państwie członkowskim. Świadczenia rzeczowe udzielane są przez instytucję właściwą i na jej własny koszt, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa, tak jak gdyby zainteresowane osoby zamieszkiwały w tym państwie członkowskim".

9. W zawartym w tej sekcji 1 art. 19 ust. 1 wspomnianego rozporządzenia, zatytułowanym „Pobyt poza właściwym państwem członkowskim", przewidziano:

„O ile przepisy ust. 2 nie stanowią inaczej, ubezpieczony i członkowie jego rodziny przebywający w innym państwie członkowskim niż państwo właściwe są uprawnieni do świadczeń rzeczowych, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie ich pobytu, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu. Świadczenia te udzielane są w imieniu instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa, tak jak gdyby zainteresowane osoby były ubezpieczone na mocy wspomnianego ustawodawstwa".

10. Artykuł 20 tego samego rozporządzenia, zawarty również w sekcji 1 i zatytułowany „Udanie się w celu uzyskania świadczeń rzeczowych – zezwolenie na stosowne leczenie poza państwem członkowskim miejsca zamieszkania", w ust. 1 i 2 stanowi:

„1. O ile niniejsze rozporządzenie nie stanowi inaczej, ubezpieczony udający się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania świadczeń rzeczowych w czasie tego pobytu ubiega się o zezwolenie właściwej instytucji.

2. Ubezpieczony, który uzyskał zezwolenie właściwej instytucji na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu poddania się leczeniu odpowiedniemu do jego stanu, otrzymuje świadczenia rzeczowe udzielane, w imieniu instytucji właściwej, przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa, tak jak gdyby był on ubezpieczony na mocy wspomnianego ustawodawstwa. Zezwolenie zostaje wydane, jeżeli przedmiotowe leczenie należy do świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania, oraz jeżeli nie może on uzyskać takiego leczenia w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby".

11. Artykuł 24 rozporządzenia nr 883/2004, zatytułowany „Brak prawa do świadczeń rzeczowych na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego miejsca zamieszkania" i zawarty w sekcji 2 tytułu III tego rozporządzenia, zatytułowanej „Emeryci i renciści oraz członkowie ich rodzin", ma następujące brzmienie:

„1. Osoba, która otrzymuje emeryturę lub rentę albo emerytury lub renty na podstawie ustawodawstwa jednego lub kilku państw członkowskich, a która nie jest uprawniona do świadczeń rzeczowych na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego, na terytorium którego zamieszkuje, otrzymuje jednak te świadczenia dla siebie i dla członków swojej rodziny, o ile miałaby do tego prawo na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego lub co najmniej jednego z państw członkowskich właściwych w odniesieniu do jej emerytury lub renty, gdyby zamieszkiwała na terytorium tego państwa członkowskiego. Świadczenia udzielane są na rachunek instytucji określonej w ust. 2 przez instytucję miejsca zamieszkania, tak jak gdyby

zainteresowany był uprawniony do emerytury lub renty i świadczeń rzeczowych na podstawie ustawodawstwa tego państwa członkowskiego.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, ciężar kosztów świadczeń rzeczowych spoczywa na instytucji określonej, zgodnie z następującymi zasadami:

a) jeżeli emeryt lub rencista ma prawo do świadczeń rzeczowych na podstawie ustawodawstwa jednego państwa członkowskiego, koszty ponoszone są przez instytucję właściwą tego państwa członkowskiego;

[…]".

12. Artykuł 27 tego rozporządzenia, zatytułowany „Pobyt uprawnionego lub członków jego rodziny w państwie innym niż to, w którym mają miejsce zamieszkania – pobyt we właściwym państwie członkowskim – zgoda na uzyskanie właściwej opieki poza państwem członkowskim miejsca zamieszkania", stanowi:

„1. Przepisy art. 19 mają zastosowanie mutatis mutandis do osoby otrzymującej emeryturę lub rentę albo emerytury lub renty na podstawie ustawodawstwa jednego lub kilku państw członkowskich i uprawnionej do świadczeń rzeczowych na podstawie ustawodawstwa jednego z państw członkowskich, które wypłacają jej świadczenie lub świadczenia, lub do członków jej rodziny, którzy przebywają w państwie członkowskim innym niż to, w którym mają miejsce zamieszkania.

2. Przepisy art. 18 ust. 1 mają zastosowanie mutatis mutandis do osób określonych w ust. 1, kiedy przebywają one w państwie członkowskim, w którym znajduje się instytucja właściwa odpowiedzialna za koszt świadczeń rzeczowych udzielanych emerytowi lub renciście w państwie członkowskim, w którym ma on miejsce zamieszkania, a wspomniane państwo członkowskie tak wybrało i jest wymienione w załączniku IV.

3. Przepisy art. 20 mają zastosowanie mutatis mutandis do emeryta lub rencisty i/lub członków jego rodziny, którzy przebywają w innym państwie członkowskim niż to, w którym mają oni miejsce zamieszkania, w celu uzyskania tam opieki właściwej dla ich stanu.

4. O ile ust. 5 nie stanowi inaczej, koszt świadczeń rzeczowych, o których mowa w ust. 1–3, ponosi instytucja właściwa odpowiedzialna za koszt świadczeń rzeczowych udzielanych emerytowi lub renciście w państwie członkowskim, w którym ma on miejsce zamieszkania.

5. Koszt świadczeń rzeczowych, o których mowa w ust. 3, ponosi instytucja miejsca zamieszkania emeryta lub rencisty lub członków jego rodziny, jeżeli osoby te mają miejsce zamieszkania w państwie członkowskim, które wybrało wypłacanie na podstawie kwot zryczałtowanych. W tych przypadkach do celów stosowania przepisów ust. 3 za instytucję właściwą uważa się instytucję miejsca zamieszkania emeryta lub rencisty lub członków jego rodziny".

13. Artykuł 31 tego rozporządzenia, zatytułowany „Przepis ogólny", zawarty w sekcji 3 rozdziału 1 wspomnianego rozporządzenia, stanowi:

„Przepisy art. 23–30 nie mają zastosowania do emeryta [który ma] prawo do świadczeń na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego z tytułu wykonywania pracy najemnej lub

pracy na własny rachunek. W takim przypadku w celu stosowania przepisów niniejszego rozdziału zainteresowany podlega przepisom art. 17–21”.

2. Dyrektywa 2011/24

14. Artykuł 3 tej dyrektywy ma następujące brzmienie:

„Do celów dyrektywy 2011/24 zastosowanie mają następujące definicje:

a) »opieka zdrowotna« oznacza usługi zdrowotne świadczone przez pracowników służby zdrowia pacjentom w celu oceny, utrzymania lub poprawy ich stanu zdrowia, łącznie z przepisywaniem, wydawaniem i udostępnianiem produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych;

b) »ubezpieczony« oznacza:

   (i) osoby, w tym członków ich rodzin i osoby pozostałe przy życiu, objęte art. 2 rozporządzenia [nr 883/2004] i które są ubezpieczone w znaczeniu art. 1 lit. c) tego rozporządzenia; oraz

   (ii) […]”.

15. Artykuł 7 tej dyrektywy, zatytułowany „Ogólne zasady zwrotu kosztów”, stanowi w ust. 1 i 2:

„1. Bez uszczerbku dla rozporządzenia [nr 883/2004] i z zastrzeżeniem przepisów art. 8 i 9 państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia.

2. W drodze odstępstwa od ust. 1:

a) jeżeli państwo członkowskie zostało wymienione w załączniku IV do rozporządzenia [nr 883/2004] [6] i zgodnie z tym rozporządzeniem uznało uprawnienia do świadczeń chorobowych emerytów i członków ich rodzin zamieszkałych w innym państwie członkowskim, to w przypadku kiedy przebywają oni na jego terytorium, udzieli im opieki zdrowotnej na mocy niniejszej dyrektywy na swój własny koszt, zgodnie z własnym prawodawstwem, tak jak gdyby te osoby zamieszkiwały w tym państwie członkowskim wymienionym w tym załączniku;

[…]”.

16. Artykuł 8 wspomnianej dyrektywy, zatytułowany „Opieka zdrowotna, która może wymagać uprzedniej zgody”, stanowi w ust. 1 i 2:

„1. Państwo członkowskie ubezpieczenia może przewidzieć system udzielania uprzedniej zgody na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej zgodnie z niniejszym artykułem oraz art. 9.

[6] W następstwie przyjęcia rozporządzenia nr 988/2009 Królestwo Niderlandów zostało wymienione w załączniku IV do rozporządzenia nr 883/2004, zawierającym wykaz państw członkowskich, które przyznały więcej praw dla emerytów powracających do właściwego państwa członkowskiego (art. 27 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004).

System udzielania uprzedniej zgody, w tym jego kryteria i stosowanie tych kryteriów, oraz indywidualne decyzje o odmowie udzielenia uprzedniej zgody ograniczają się do tego, co jest konieczne i proporcjonalne do celu, jaki ma zostać osiągnięty, i nie mogą stanowić środka arbitralnej dyskryminacji ani nieuzasadnionej przeszkody w swobodnym przepływie pacjentów.

2. Opieka zdrowotna, która może wymagać uprzedniej zgody, jest ograniczona do opieki zdrowotnej, która:

a) podlega wymogom planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczącym woli kontrolowania kosztów i uniknięcia, na ile jest to możliwe, marnotrawstwa zasobów finansowych technicznych i ludzkich oraz:

   i) obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc; lub

   ii) występuje [obejmuje] konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej;

[…]

Państwa członkowskie powiadamiają Komisję o kategoriach opieki zdrowotnej, o których mowa w lit. a)".

B. Prawo niderlandzkie

17. Artykuł 69 Zorgverzekeringswet (ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych, zwanej dalej „Zvw"), w brzmieniu mającym zastosowanie do okoliczności faktycznych w postępowaniu głównym [7], stanowi:

„1. Zamieszkałe za granicą osoby, które zgodnie z rozporządzeniem Rady Wspólnot Europejskich lub zgodnie z odpowiednim rozporządzeniem przyjętym na podstawie Porozumienia o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub zgodnie z umową o zabezpieczeniu społecznym są uprawnione do opieki w razie choroby lub zwrotu kosztów takiej opieki na podstawie ustawodawstwa z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego obowiązującego w państwie miejsca ich zamieszkania, zgłaszają się do [Centraal Administratie Kantoor (biura administracji centralnej, Niderlandy, zwanego dalej »CAK«)], chyba że na mocy tej ustawy są objęte ubezpieczeniem obowiązkowym.

2. Osoby, o których mowa w ust. 1, 14 i 15, uiszczają składkę, której wysokość określa rozporządzenie ministerialne. W części określonej przez to rozporządzenie ministerialne wspomniana składka jest dla celów [Wet op de zorgtoeslag (ustawy o dodatku do ubezpieczenia zdrowotnego)] traktowana jako składka na ubezpieczenie zdrowotne.

[…]

4. [CAK] jest właściwe w zakresie wykonywania przepisów ust. 1, 14 i 15 oraz wskazanych tam uregulowań międzynarodowych oraz w zakresie wydawania decyzji w przedmiocie pobierania i potrącania składek w rozumieniu ust. 2 i 3.

[7] Stb. 2005, nr 358, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 kwietnia 2014 r. do dnia 1 stycznia 2017 r. (Stb. 2013, nr 578).

[…]”.

III. Postępowanie główne, pytania prejudycjalne i postępowanie przed Trybunałem

18. Y, strona wnosząca środek odwoławczy w postępowaniu głównym, jest obywatelką niderlandzką, która zamieszkuje wraz ze swym małżonkiem w Belgii i pobiera emeryturę na podstawie Algemene Ouderdomswet (niderlandzkiej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu emerytalnym, zwanej dalej „AOW”)[8]. W czasie, gdy miały miejsce okoliczności faktyczne sprawy w postępowaniu głównym, Y, jako osoba pobierająca tę emeryturę, była uprawniona na podstawie art. 24 rozporządzenia nr 883/2004 do opieki zdrowotnej w państwie członkowskim swojego miejsca zamieszkania (Belgii) na koszt państwa członkowskiego otrzymywania wspomnianej emerytury (Niderlandów). Aby skorzystać z tego prawa, była ona zobowiązana do zapłaty składki na podstawie art. 69 Zvw w związku z art. 30 rozporządzenia nr 883/2004. Y, jako emeryt lub rencista korzystający z prawa Unii[9], nie była objęta niderlandzkim systemem obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego i była zwolniona z dotyczących go składek.

19. W dniu 6 marca 2015 r., w następstwie konsultacji Y u lekarza ogólnego w Belgii, w Academisch Ziekenhuis Maastricht (szpitalu uniwersyteckim w Maastricht, Niderlandy, zwanym dalej „AZM”) przeprowadzono badanie radiologiczne, a następnie w dniu 8 marca 2015 r. badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego (IRM). W dniach 9 i 11 marca 2015 r. współmałżonek Y skontaktował się telefonicznie z drugą stroną postępowania głównego, CAK – właściwym organem, do którego należy wykonanie rozporządzenia nr 883/2004[10] – w przedmiocie leczenia planowanego w Niemczech. CAK zwróciło uwagę małżonka Y na postępowanie w sprawie wydania zezwolenia.

20. W dniu 12 marca 2015 r. AZM zdiagnozował u Y raka piersi w stadium 2 i przedstawił jej propozycję leczenia.

21. W dniu 13 marca 2015 r. Y zwróciła się do Franziskus Hospital Harderberg z siedzibą w Osnabrück (Niemcy) o drugą opinię lekarską (zwaną dalej „drugą konsultacją”), w odniesieniu do której złożyła wniosek o uprzednie zezwolenie do CAK. W trakcie tych konsultacji zdiagnozowano u niej raka piersi w stadium 3.

22. W dniu 20 marca 2015 r. Y poddała się operacji piersi w tym niemieckim szpitalu, a w dniu 25 marca 2015 r. usunięto jej węzły chłonne. W ramach tych operacji Y przebywała w tym szpitalu w okresie od 19 marca do 30 marca 2015 r. Następnie w okresie od 14 kwietnia 2015 r. do 24 czerwca 2015 r. Y przechodziła w tym szpitalu leczenie pooperacyjne, w tym radioterapię. W odniesieniu do tych operacji i zabiegów nie wystąpiono uprzednio do CAK o udzielenie zezwolenia.

[8] Stb. 1956, nr 281.

[9] Rząd niderlandzki wyjaśnia, że ta grupa osób została określona jako „verdragsgerechtigde gepensioneerden” (osoby uprawnione do emerytury będące beneficjentami umowy), przy czym termin „verdragsgerechtigd” oznacza w istocie każdą osobę zamieszkującą poza Niderlandami, która ma prawo do świadczenia ustawowego wypłacanego przez Niderlandy na podstawie prawa Unii.

[10] Sąd odsyłający wyjaśnia, że od dnia 1 stycznia 2017 r. CAK wykonuje w sprawach takich jak w postępowaniu głównym kompetencje wykonywane uprzednio przez Zorginstituut Nederland (Niderlandy).

23. W dniu 19 marca 2015 r. belgijska instytucja ubezpieczenia zdrowotnego [11], do której należała Y, złożyła do CAK wniosek o udzielenie zezwolenia (a posteriori) na leczenie zaplanowane w następstwie konsultacji w dniu 13 marca 2015 r. w Franziskus Hospital Harderberg.

24. W dniu 1 maja 2015 r. CAK odmówiło udzielenia tego zezwolenia, uznając się za właściwe do udzielenia takiego zezwolenia tylko w przypadku, gdyby Y złożyła wniosek o udzielenie zezwolenia na rozpatrywane leczenie, czego ta nie uczyniła.

25. W dniu 1 lipca 2015 r. Y zażądała od CAK zwrotu poniesionych przez siebie kosztów leczenia w Niemczech w łącznej kwocie 16 853,13 EUR, przedstawiając faktury dotyczące tych zabiegów.

26. Decyzją z dnia 20 lipca 2015 r. CAK oddaliło ten wniosek z uzasadnieniem, że Y udała się do Niemiec w celu skorzystania z leczenia, które zakwalifikowało ono jako „opiekę planowaną", uregulowaną w art. 20 rozporządzenia nr 883/2004, która nie była świadczona w Belgii (państwie miejsca zamieszkania) ani w Niderlandach (państwie otrzymywania emerytury), a Y nie złożyła w odniesieniu do niej wniosku o uprzednią zgodę. W braku takiego wniosku o udzielenie zgody CAK uznało, że nie jest właściwe do zwrotu rozpatrywanych kosztów leczenia.

27. Decyzją z dnia 4 stycznia 2016 r. wniesione przez Y zażalenie na decyzję z dnia 20 lipca 2015 r. zostało oddalone jako bezzasadne.

28. Orzeczeniem z dnia 24 listopada 2016 r. rechtbank Amsterdam (sąd rejonowy w Amsterdamie, Niderlandy) oddalił skargę na decyzję z dnia 4 stycznia 2016 r. jako bezzasadną. Sąd ten uznał zasadniczo, że hospitalizacja, wstępne konsultacje i leczenie planowane w Niemczech w ciągu jednego tygodnia nie świadczyły o wyjątkowo pilnym stanie zdrowia Y podczas pobytu w tym państwie. Zdaniem wspomnianego sądu CAK zasadnie zakwalifikowało leczenie Y w Niemczech jako „opiekę planowaną", w odniesieniu do której nie udzielono żadnej zgody, a w konsekwencji odmówiło zwrotu związanych z tym kosztów leczenia.

29. Y wniosła apelację od tego wyroku do sądu odsyłającego, Centrale Raad van Beroep (sądu apelacyjnego w sprawach z zakresu zabezpieczenia społecznego i służby cywilnej, Niderlandy), podnosząc w istocie, po pierwsze, że zabiegi medyczne przeprowadzone w dniach 20 i 25 marca 2015 r. należy uznać, ze względu na ich pilny i nieprzewidywany w planie leczenia charakter, za opiekę „nieplanowaną" w rozumieniu art. 19 rozporządzenia nr 883/2004, co do której zwrot kosztów nie jest uzależniony od uprzedniej zgody, a po drugie, że koszty leczenia pooperacyjnego, w tym radioterapii, odbytego w Niemczech w okresie od 14 kwietnia do 24 czerwca 2015 r., również nie były uzależnione od uprzedniego zezwolenia na podstawie art. 8 dyrektywy 2011/24.

30. W tym względzie sąd odsyłający wskazuje, że uważa, iż CAK nie było zobowiązane do dokonania zwrotu kosztów poniesionych przez Y w Niemczech na podstawie art. 20 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004, który miał zastosowanie mutatis mutandis do emerytów takich jak Y na podstawie art. 27 ust. 3 tego rozporządzenia. Przyznając bowiem, że nie było potrzeby rozstrzygania kwestii, czy sam fakt, iż Y nie złożyła wniosku o udzielenie uprzedniej zgody, jest wystarczający, aby CAK mogło odmówić zwrotu tych kosztów, sąd odsyłający stwierdza, że w toku toczącego się przed nim postępowania okazało się, iż nawet gdyby wniosek o udzielenie takiego zezwolenia został złożony w terminie, CAK mogło odmówić udzielenia zgody z uzasadnieniem, że na podstawie oświadczenia belgijskiego zakładu ubezpieczeń zdrowotnych

[11] Christelijke Mutualiteit Limburg (chrześcijański zakład ubezpieczeń społecznych w Limburgu), który był „instytucją miejsca zamieszkania", o której mowa w art. 1 lit. r) rozporządzenia nr 883/2004.

to samo leczenie byłoby możliwe w tym samym terminie w Belgii. W związku z tym, zdaniem sądu odsyłającego, nie zostały spełnione wymogi przewidziane w art. 20 ust. 2 zdanie ostatnie rozporządzenia nr 883/2004 w odniesieniu do uzyskania świadczeń rzeczowych w przypadku opieki planowanej w państwie członkowskim innym niż państwo miejsca zamieszkania i państwo otrzymywania emerytury na rachunek tego ostatniego państwa.

31. Niemniej jednak sąd odsyłający zastanawia się, czy – jak podnosi Y – emeryt lub rencista może jednak słusznie powołać się na dyrektywę 2011/24 w celu uzyskania zwrotu, w całości lub w części, kosztów opieki pooperacyjnej udzielonej w Niemczech, ponieważ dyrektywa ta nie wymaga uzyskania zgody na transgraniczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną. W tym względzie sąd odsyłający dąży do ustalenia, czy Y, uprawniona do emerytury i nieubezpieczona w ramach krajowego obowiązkowego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, jest objęta podmiotowym zakresem stosowania wspomnianej dyrektywy jako „ubezpieczony" w rozumieniu art. 3 lit. b) ppkt (i) tej dyrektywy. Sąd ten jest zdania, podobnie jak Y, że w przypadku odpowiedzi twierdzącej, zgodnie z art. 8 ust. 2 lit. a) ppkt (ii) dyrektywy 2011/24, opieka pooperacyjna (w tym radioterapia) nie stanowi opieki zdrowotnej, która może wymagać uprzedniej zgody [12].

32. Wreszcie na wypadek gdyby Trybunał stwierdził, że Y nie jest objęta podmiotowym zakresem stosowania dyrektywy 2011/24, sąd odsyłający zastanawia się nad kwestią, czy art. 56 TFUE stoi na przeszkodzie temu, by państwo otrzymywania emerytury Y odmawiało jej, w braku uzyskania przez nią uprzedniej zgody, zwrotu kosztów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielonej poza państwem miejsca zamieszkania i państwem otrzymywania emerytury, jako nieuzasadnionemu ograniczeniu w swobodnym świadczeniu usług gwarantowanym w tym postanowieniu.

33. W tych okolicznościach Centrale Raad van Beroep (sąd apelacyjny w sprawach z zakresu zabezpieczenia społecznego i służby cywilnej, Niderlandy) postanowił zawiesić postępowanie i zwrócić się do Trybunału z następującymi pytaniami prejudycjalnymi:

„1) Czy dyrektywę [2011/24] należy interpretować w ten sposób, że osoby, o których mowa w art. 24 rozporządzenia [nr 883/2004], które otrzymują w państwie zamieszkania świadczenia rzeczowe na rachunek Niderlandów, ale nie są w Niderlandach ubezpieczone w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, mogą powoływać się bezpośrednio na tę dyrektywę w celu otrzymania zwrotu kosztów udzielonej im opieki?

Jeżeli nie, to

2) Czy z art. 56 TFUE wynika, że w przypadku takim jak rozpatrywany odmowa przyznania zwrotu kosztów opieki udzielonej w państwie członkowskim innym niż państwo zamieszkania lub państwo otrzymywania emerytury lub renty stanowi nieuzasadnioną przeszkodę w korzystaniu ze swobody przepływu usług?".

34. Uwagi na piśmie zostały złożone przez rząd niderlandzki i Komisję Europejską, które również udzieliły odpowiedzi na zadane przez Trybunał pytania na piśmie.

[12] Sąd odsyłający wskazuje, że opieka wymagająca pobytu Y w szpitalu w Niemczech w okresie od dnia 19 do dnia 30 marca 2015 r. (czyli opieka związana z dwoma zabiegami medycznymi) to opieka objęta art. 8 ust. 2 lit. a) ppkt (i) dyrektywy 2011/24, a zatem wymagająca uprzedniej zgody.

IV. Analiza

A. Uwagi wstępne

35. Niniejsze pytania prejudycjalne zostały zadane w szczególnym kontekście uregulowania niderlandzkiego, zgodnie z którym osoby pobierające emeryturę na podstawie ustawodawstwa niderlandzkiego, które nie zamieszkują w Niderlandach, są uprawnione na podstawie art. 24 rozporządzenia nr 883/2004 do opieki zdrowotnej w państwie ich miejsca zamieszkania. Aby skorzystać z tego prawa, owa grupa osób jest zobowiązana do zapłaty składki na rzecz CAK. Zgodnie z tym systemem jeżeli koszty leczenia są ponoszone poza Niderlandami, CAK dokonuje ich rozliczenia z państwem, w którym koszty te zostały poniesione.

36. W niniejszym przypadku Y otrzymuje emeryturę na podstawie ustawodawstwa Niderlandów, a zamieszkując w Belgii, nie posiada obowiązkowego niderlandzkiego ubezpieczenia zdrowotnego. Ma ona jednak prawo, na podstawie art. 24 rozporządzenia nr 883/2004, do świadczeń rzeczowych, zgodnie z ustawodawstwem państwa swojego miejsca zamieszkania, Belgii, wykonywanych na koszt jej państwa otrzymywania emerytury, Niderlandów.

37. W ramach sporu w postępowaniu głównym Y dąży do uzyskania od CAK zwrotu kosztów świadczeń medycznych, z których korzystała w Niemczech w ramach leczenia raka piersi. Owe wnioski o zwrot dotyczą dwóch rodzajów kosztów: po pierwsze, kosztów operacji chirurgicznych, w tym związanych z nimi kosztów pobytu w szpitalu, których zwrot Y pragnie uzyskać w szczególności na podstawie art. 19 rozporządzenia nr 883/2004, uznając, że opieki tej nie można zakwalifikować jako „opieki planowanej", a zatem nie ma potrzeby uzyskiwania uprzedniego zezwolenia, jak utrzymuje CAK, a po drugie, kosztów leczenia pooperacyjnego, w tym radioterapii, których zwrotu Y domaga się na podstawie art. 7 dyrektywy 2011/24, ponieważ zdaniem Y dyrektywa ta nie uzależnia zwrotu od uzyskania uprzedniego zezwolenia. W związku z tym Y uważa, że może powoływać się na przepisy zarówno rozporządzenia nr 883/2004, jak i dyrektywy 2011/24.

38. Sąd odsyłający wyklucza stosowanie rozporządzenia nr 883/2004 do okoliczności faktycznych w postępowaniu głównym (zob. pkt 30 niniejszej opinii) i zwraca się do Trybunału z pytaniami dotyczącymi jedynie stosowania dyrektywy 2011/24 i art. 56 TFUE. Trybunał nie musi zatem rozpatrywać kwestii, czy sąd ten słusznie zakwalifikował dwie operacje w Niemczech jako „opiekę planowaną", objętą zakresem art. 20 rozporządzenia nr 883/2004, i czy sam brak wniosku o wydanie uprzedniej zgody wystarcza do odmowy zwrotu kosztów. Uważam jednak za użyteczne wskazanie, że po złożeniu niniejszego wniosku o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym Trybunał wydał dwa wyroki, które dotyczą zarówno pojęcia „opieki planowanej" w rozumieniu

art. 20 tego rozporządzenia[13], jak i prawa do zwrotu kosztów takiej opieki na podstawie tego przepisu w przypadku odmowy lub w braku uprzedniej zgody[14].

B. W przedmiocie pierwszego pytania prejudycjalnego

39. Poprzez pytanie pierwsze sąd odsyłający dąży w istocie do ustalenia, czy osoby pobierające emeryturę na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego, które są uprawnione na podstawie art. 24 rozporządzenia nr 883/2004 do świadczeń rzeczowych udzielanych przez państwo ich miejsca zamieszkania na rachunek państwa otrzymywania emerytury, nie posiadając jednak obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w państwie otrzymywania emerytury, mogą powoływać się na dyrektywę 2011/24 w celu uzyskania zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, która została im zapewniona w trzecim państwie członkowskim.

40. Na wstępie należy przypomnieć, że art. 7 ust. 1 dyrektywy 2011/24 stanowi, iż „[b]ez uszczerbku dla rozporządzenia [nr 883/2004] i z zastrzeżeniem przepisów art. 8 i 9 [wspomnianej dyrektywy] państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez *ubezpieczonego*, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia”[15]. Z brzmienia tego przepisu wynika, że prawo do zwrotu jest zastrzeżone wyłącznie dla „ubezpieczonych”.

41. W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie pierwsze należy zatem ustalić, czy osoba znajdująca się w sytuacji Y, która otrzymuje emeryturę w pierwszym państwie członkowskim i która na podstawie art. 24 rozporządzenia nr 883/2004 jest uprawniona do świadczeń rzeczowych udzielanych przez państwo członkowskie miejsca zamieszkania na rachunek pierwszego państwa członkowskiego, nie posiadając przy tym obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w tym ostatnim państwie, może zostać uznana za „ubezpieczonego” w rozumieniu art. 7 ust. 1 dyrektywy 2011/24, a w związku z tym może powoływać się na prawo do zwrotu kosztów opieki transgranicznej.

42. Z powodów, które przedstawię poniżej, uważam, że należy na nie odpowiedzieć twierdząco.

[13] Zobacz w tym względzie wyrok z dnia 23 września 2020 r., Vas Megyei Kormányhivatal (Transgraniczna opieka zdrowotna) (C-777/18, EU:C:2020:745, pkt 38–44).

[14] Zobacz wyroki: z dnia 23 września 2020 r., Vas Megyei Kormányhivatal (Transgraniczna opieka zdrowotna) (C-777/18, EU:C:2020:745 pkt 45–55); z dnia 29 października 2020 r., Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:872 pkt 28–33), a także opinia rzecznika generalnego J. Hogana w sprawie Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, pkt 48–68). W tym względzie pragnę zauważyć, że Trybunał określił już dwie sytuacje, w których ubezpieczony, nawet w braku zgody należycie wydanej przed rozpoczęciem w państwie członkowskim miejsca pobytu leczenia planowanego, jest uprawniony do otrzymania bezpośrednio od instytucji właściwej zwrotu kwoty równoważnej tej, jaka musiałaby zostać pokryta w zwykłym trybie przez tę instytucję, w razie gdyby ubezpieczony dysponował taką zgodą. Taka sytuacja jest możliwa, jeżeli w szczególności ze względów związanych ze stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania w jednostce szpitalnej świadczeń o charakterze pilnym ubezpieczony nie był w stanie wystąpić o udzielenie wskazanej zgody lub nie mógł czekać na odpowiedź właściwej instytucji dotyczącą złożonego wniosku o udzielenie zgody. Tym samym poprzez uregulowanie wykluczające w każdym przypadku pokrycie kosztów świadczeń szpitalnych udzielonych w innym państwie członkowskim bez uzyskania zgody odmawia się ubezpieczonemu pokrycia kosztów takich świadczeń, choćby nawet przesłanki w tym zakresie były poza tym spełnione. Uregulowanie takie, które nie może zostać uzasadnione nadrzędnymi przesłankami interesu ogólnego, a w każdym razie nie spełnia wymogu proporcjonalności, stanowi w konsekwencji nieuzasadnione ograniczenie w swobodnym świadczeniu usług [zob. wyrok z dnia 23 września 2020 r., Vas Megyei Kormányhivatal (Transgraniczna opieka zdrowotna), C-777/18, EU:C:2020:745, pkt 46–48 i przytoczone tam orzecznictwo].

[15] Podkreślenie moje.

1. W przedmiocie pojęcia „ubezpieczonego” w rozumieniu dyrektywy 2011/24

43. Pojęcie „ubezpieczonego” zostało zdefiniowane w art. 3 lit. b) dyrektywy 2011/24 i oznacza, jak wskazano w szczególności w ppkt (i), „osoby, […] objęte art. 2 rozporządzenia [nr 883/2004] i które są ubezpieczone w znaczeniu art. 1 lit. c) tego rozporządzenia”. Definicja ta odsyła zatem do przepisów ogólnych dotyczących „definicji” i „zakresu podmiotowego” rozporządzenia nr 883/2004. Ponieważ wspomniana definicja odnosi się do przepisów tego rozporządzenia w sposób kumulatywny, aby dana osoba mogła zostać uznana za „ubezpieczonego” w rozumieniu tej dyrektywy, oba te wymogi przewidziane we wspomnianym rozporządzeniu muszą zostać spełnione.

44. W tym względzie należy zauważyć, po pierwsze, że zgodnie z art. 2 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004 rozporządzenie to stosuje się w szczególności do „obywateli państwa członkowskiego […], którzy podlegają lub podlegali ustawodawstwu jednego lub kilku państw członkowskich”, a po drugie, że zgodnie z art. 1 lit. c) tego rozporządzenia „określenie »ubezpieczony«, w odniesieniu do działów ubezpieczenia społecznego objętych przepisami tytułu III[16], rozdział 1 i 3, oznacza każdą osobę spełniającą warunki wymagane na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego właściwego zgodnie z tytułem II, do posiadania prawa do świadczeń, z uwzględnieniem przepisów [wspomnianego] rozporządzenia”.

45. Co się tyczy pierwszego wymogu, o którym mowa w art. 2 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004, dotyczącego „zakresu podmiotowego” tego rozporządzenia, uważam, że nie ulega wątpliwości, iż osoba taka jak Y, która jest obywatelem państwa członkowskiego i która otrzymuje emeryturę z tego państwa członkowskiego uprawniającą ją do świadczeń rzeczowych udzielanych przez państwo miejsca zamieszkania na rachunek państwa otrzymywania emerytury, powinna być uznana za „podlegającą ustawodawstwu państwa członkowskiego”, nawet jeżeli osoba ta nie ma obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w państwie otrzymywania emerytury. Y, jako obywatelkę niderlandzką, należy bowiem uznać za „podlegającą ustawodawstwu” Niderlandów ze względu na to, że pobiera emeryturę na podstawie AOW i jest zobowiązana do zapłaty składki na rzecz CAK na podstawie Zvw (zob. pkt 18 niniejszej opinii).

46. Co się tyczy drugiego wymogu, o którym mowa w art. 1 lit. c) rozporządzenia nr 883/2004, należy zauważyć, po pierwsze, że termin „ubezpieczony” został wprowadzony tym rozporządzeniem[17] głównie do celów rozdziału 1 tytułu III, zatytułowanego „Świadczenia z tytułu choroby, macierzyństwa i równoważne świadczenia dla ojca”[18], ponieważ przepisy koordynacyjne w zakresie choroby wymagają, aby dana osoba była „ubezpieczona” w państwie członkowskim. Y otrzymuje emeryturę na podstawie AOW i z tego tytułu korzysta z prawa do opieki zdrowotnej przewidzianej w szczególności w art. 24 wspomnianego rozporządzenia, który, mimo że nie

16 Mianowicie następujących działów: a) świadczeń z tytułu choroby, b) świadczeń z tytułu macierzyństwa i równoważnych świadczeń dla ojca, c) świadczeń z tytułu inwalidztwa, d) świadczeń z tytułu starości, e) rent rodzinnych, f) świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i choroby zawodowej, g) zasiłków na wypadek śmierci, h) świadczeń dla bezrobotnych, i) świadczeń przedemerytalnych i j) świadczeń rodzinnych.

17 W rozporządzeniu nr 883/2004 dokonano unowocześnienia i uproszczenia przepisów zawartych w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie, w brzmieniu zmienionym i uaktualnionym rozporządzeniem Rady (WE) nr 118/97 z dnia 2 grudnia 1996 r. (Dz.U. 1997, L 28, s. 1). Termin „ubezpieczony” nie został jednak zdefiniowany w rozporządzeniu nr 1408/71.

18 Rozdział 3 tytułu III rozporządzenia nr 883/2004, zatytułowany „Świadczenia z tytułu śmierci”, w którym posłużono się terminem „ubezpieczony”, zawiera bowiem wyłącznie dwa przepisy, a mianowicie art. 42 i 43, podczas gdy rozdział 1 zawiera trzy sekcje i 18 artykułów.

odnosi się wyraźnie do „ubezpieczonych”, stanowi część rozdziału 1, a zatem dotyczy jednego z „działów ubezpieczenia społecznego objętych przepisami tytułu III”, zgodnie z art. 1 lit. c) zdanie pierwsze tego rozporządzenia.

47. Po drugie, aby Y, jako „emeryt lub rencista” w rozumieniu art. 24 rozporządzenia nr 883/2004, mogła zostać uznana za „ubezpieczonego” w rozumieniu art. 1 lit. c) tego rozporządzenia, zgodnie z ostatnim zdaniem tego przepisu powinna ona „spełnia[ć] warunki wymagane na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego właściwego zgodnie z tytułem II, do posiadania prawa do świadczeń, z uwzględnieniem przepisów [wspomnianego] rozporządzenia”.

48. W tym względzie należy uściślić, że emeryci lub renciści w rozumieniu art. 24 rozporządzenia nr 883/2004 mogą, zgodnie z art. 16 ust. 2 tego rozporządzenia, na swą prośbę, zostać zwolnieni z zastosowania ustawodawstwa państwa członkowskiego miejsca zamieszkania, które zgodnie z art. 11 ust. 3 lit. e) tego rozporządzenia normalnie znajdowałoby zastosowanie [19]. W niniejszej sprawie bezsporne jest, że Y podlega ustawodawstwu Niderlandów jako właściwego państwa członkowskiego zgodnie z tytułem II tego rozporządzenia.

49. O ile do Trybunału nie należy badanie, poprzez wykładnię prawa krajowego, czy Y spełnia „warunki wymagane” na podstawie ustawodawstwa niderlandzkiego dla uzyskania prawa do świadczeń przewidzianych w art. 24 rozporządzenia nr 883/2004, o tyle należy stwierdzić, że określenie „ustawodawstwo”, w rozumieniu tego rozporządzenia, należy interpretować szeroko [20] oraz że ustawodawstwo krajowe powinno być zgodnie z art. 1 lit. c) tego rozporządzenia stosowane „z uwzględnieniem przepisów [wspomnianego] rozporządzenia”.

50. Należy zatem stwierdzić, że warunki wymagane przez ustawodawstwo niderlandzkie w celu uzyskania prawa do wspomnianych świadczeń rzeczowych na terytorium Niderlandów odpowiadają w istocie warunkom określonym w art. 24 rozporządzenia nr 883/2004, który uzależnia przewidziane w nim prawo do świadczeń rzeczowych od spełnienia trzech przesłanek. Po pierwsze, zainteresowany musi pobierać emeryturę lub rentę albo emerytury lub renty na podstawie ustawodawstwa jednego lub kilku państw członkowskich, po drugie, nie może on korzystać ze świadczeń rzeczowych zgodnie z ustawodawstwem państwa swojego miejsca zamieszkania, a po trzecie, powinien mieć prawo do tych świadczeń zgodnie z ustawodawstwem państwa otrzymywania emerytury, gdyby zamieszkiwał w tym państwie członkowskim. Poza tymi trzema przesłankami, jak potwierdził rząd niderlandzki, nie jest wymagany żaden inny warunek na gruncie ustawodawstwa niderlandzkiego, aby móc korzystać z prawa do świadczeń rzeczowych na podstawie art. 24 tego rozporządzenia [21].

51. W związku z tym, w braku innych warunków przewidzianych na poziomie krajowym, „emeryt lub rencista” w rozumieniu art. 24 rozporządzenia nr 883/2004 może zostać uznany za „ubezpieczonego” w rozumieniu art. 1 lit. c) tego rozporządzenia, jeżeli spełnia trzy przesłanki z art. 24 wspomnianego rozporządzenia.

[19] W art. 16 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 uściślono, że możliwość ta jest dostępna na wniosek zainteresowanej osoby, pod warunkiem że nie podlega ona ustawodawstwu państwa miejsca zamieszkania z powodu wykonywania pracy najemnej lub pracy na własny rachunek.

[20] Zgodnie z art. 1 lit. l) akapit pierwszy rozporządzenia nr 883/2004 określenie „ustawodawstwo” oznacza, w odniesieniu do każdego państwa członkowskiego, przepisy ustawowe, wykonawcze i inne oraz obowiązujące środki wykonawcze odnoszące się do działów systemu zabezpieczenia społecznego, objętych art. 3 ust. 1 tego rozporządzenia.

[21] Zobacz w tym względzie art. 69 ust. 1 Zvw, przytoczony w pkt 17 niniejszej opinii.

52. Ponadto należy zauważyć, że Królestwo Niderlandów zdecydowało się na umieszczenie go w wykazie państw członkowskich zawartym w załączniku IV do rozporządzenia nr 883/2004, co oznacza, że emeryt lub rencista, który tak jak Y ma miejsce zamieszkania w innym państwie członkowskim, może korzystać, na podstawie art. 18 ust. 1 tego rozporządzenia w związku z art. 27 ust. 2 wspomnianego rozporządzenia, ze świadczeń rzeczowych podczas swego pobytu w Niderlandach (we właściwym państwie członkowskim), na rachunek instytucji właściwej i zgodnie z ustawodawstwem krajowym, tak jakby miał miejsce zamieszkania w tym państwie członkowskim. Prawdopodobnie na podstawie tego przepisu Y przeprowadziła w AZM w Niderlandach badanie radiologiczne po pierwszej konsultacji u lekarza ogólnego w Belgii. Co za tym idzie, trudno jest w każdym razie twierdzić, że Y nie jest „ubezpieczonym" zgodnie z ustawodawstwem niderlandzkim.

53. W świetle powyższego uważam, że w niniejszej sprawie zostały spełnione wymogi przewidziane w art. 1 lit. c) i art. 2 rozporządzenia nr 883/2004. Należy zatem stwierdzić, że Y, jako „emeryta lub rencistę" w rozumieniu art. 24 tego rozporządzenia, należy również uznać za „ubezpieczonego" w rozumieniu art. 3 lit. b) ppkt (i) dyrektywy 2011/24 i z tego tytułu może ona korzystać z przepisów ogólnych mających zastosowanie do zwrotu kosztów, przewidzianych w art. 7 ust. 1 tej dyrektywy.

2. W przedmiocie rozróżnienia pomiędzy „ubezpieczonym" a „emerytem lub rencistą" w systematyce rozporządzenia nr 883/2004

54. Wniosku tego nie może moim zdaniem podważyć argument podniesiony przez rząd niderlandzki, zgodnie z którym „emeryci lub renciści" w rozumieniu rozporządzenia nr 883/2004 nie mogą być jednocześnie „ubezpieczonymi" w rozumieniu tego rozporządzenia. Zdaniem tego rządu wspomniane rozporządzenie dokonuje wyraźnego rozróżnienia pomiędzy z jednej strony przepisami mającymi zastosowanie do „ubezpieczonych" a z drugiej strony przepisami mającymi zastosowanie do „emerytów lub rencistów", tak że te dwie grupy wzajemnie się wykluczają. Na poparcie tego argumentu zauważa on, że w rozdziale 1 tytułu III tego rozporządzenia sekcja 1 poświęcona jest „[u]bezpiecz[onym] i członk[om] ich rodzin, z wyjątkiem *emerytów lub rencistów i członków ich rodzin*" oraz że sekcja 2 poświęcona jest wyłącznie „[*e*]*mery*[*tom*] *i renci*[*stom*] oraz członk[om] ich rodzin" [22]. Podobnie w rozdziale 3 tytułu III rozporządzenia nr 883/2004 art. 42 reguluje przypadek śmierci „ubezpieczonego" lub członka jego rodziny, podczas gdy art. 43 tego rozporządzenia reguluje przypadek śmierci „emeryta lub rencisty" lub członka jego rodziny. Zgodnie z tą logiką art. 24 wspomnianego rozporządzenia, znajdujący się w sekcji 2 rozdziału 1, powinien więc mieć zastosowanie wyłącznie do „emerytów lub rencistów", a nie do „ubezpieczonych", w związku z czym emeryt lub rencista, taki jak Y, nie może powoływać się na przepisy art. 7 ust. 1 dyrektywy 2011/24.

55. Na podstawie analizy rozporządzenia nr 883/2004 uważam, że o ile pojęcia „ubezpieczonego" i „emeryta lub rencisty" z pewnością nie są używane zamiennie, ponieważ mają one samodzielne i odrębne znaczenie, o tyle pojęcie „ubezpieczonego" powinno, z wymienionych poniżej powodów, móc obejmować pojęcie „emeryta lub rencisty" jako szczególną grupę „ubezpieczonych", którzy wymagają przepisów dostosowanych do ich sytuacji.

[22] Podkreślenie moje.

56. Na wstępie należy wyjaśnić, że podmiotowy zakres stosowania rozporządzenia nr 883/2004 jest wynikiem stopniowego rozszerzenia w orzecznictwie Trybunału i w drodze następujących później zmian ustawodawczych pierwotnego zakresu stosowania rozporządzenia nr 3/1958 [23]. Aby doprowadzić do radykalnego uproszczenia bardzo złożonych przepisów dotyczących podmiotowego zakresu stosowania dawnego rozporządzenia nr 1408/71, art. 2 rozporządzenia nr 883/2004 odnosi się w sposób ogólny i wyczerpujący do wszystkich „obywateli państwa członkowskiego […], którzy podlegają lub podlegali ustawodawstwu jednego lub kilku państw członkowskich oraz do członków ich rodzin i osób pozostałych przy życiu” [24]. Wynika z tego, że pojęcie „ubezpieczonego” obejmuje osoby, które niezależnie od ich statusu (jak na przykład pracownik, emeryt lub rencista itp.) spełniają przesłanki wymagane przez ustawodawstwo właściwego państwa członkowskiego do uzyskania prawa do świadczeń. Oznacza to, że rozporządzenie nr 883/2004 znajduje zastosowanie w całości niezależnie od tego, czy zainteresowany był ubezpieczony jako pracownik najemny, jako osoba nieaktywna zawodowo, czy też ze względu na inne okoliczności, takie jak w szczególności miejsce zamieszkania lub obywatelstwo.

57. To właśnie w świetle tej ewolucji należy przeanalizować dokonane przez prawodawcę Unii rozróżnienie pomiędzy „ubezpieczonymi” a „emerytami lub rencistami”. Historycznie rozróżnienie to wynika z rozporządzenia nr 1408/71, a w szczególności z jego art. 27–34, które odpowiadają w istocie art. 23–30 rozporządzenia nr 883/2004.

58. W tym względzie należy w pierwszej kolejności zauważyć, że zgodnie z motywami 20 i 22 rozporządzenia nr 883/2004 „[w] dziedzinie świadczeń z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby, macierzyństwa i równoważnych świadczeń dla ojca, *osoby ubezpieczone* […] mieszkające lub przebywające w innym państwie członkowskim niż właściwe państwo członkowskie, powinny mieć zapewnioną ochronę” oraz że „[*s*]*zczególne położenie* osób ubiegających się o emeryturę lub rentę oraz *emerytów i rencistów* […] czyni koniecznym wprowadzenie przepisów dotyczących ubezpieczenia na wypadek choroby dostosowanych do tej sytuacji” [25]. W związku z tym „emeryci i renciści” stanowią zdaniem prawodawcy Unii podgrupę „ubezpieczonych”, którzy ze względu na swoje „szczególne położenie” wymagają przepisów dostosowanych do ich sytuacji.

59. To bowiem zgodnie z tą samą logiką, wprowadzając do celów rozdziałów 1 i 3 tytułu III rozporządzenia nr 883/2004 rozróżnienie pomiędzy z jednej strony przepisami mającymi zastosowanie do „ubezpieczonych”, a z drugiej strony przepisami mającymi zastosowanie do „emerytów lub rencistów”, prawodawca Unii zamierzał ustanowić przepisy szczególne i lepiej dostosowane do tej grupy ubezpieczonych.

60. Dokładniej rzecz ujmując, zważywszy na ich szczególną sytuację – ponieważ osoby te pobierają emeryturę na podstawie ustawodawstwa co najmniej dwóch państw członkowskich lub mają miejsce zamieszkania w państwie członkowskim, którego ustawodawstwo nie przyznaje im świadczeń rzeczowych (zob. art. 23 i 24 rozporządzenia nr 883/2004) – przepisy te mają na celu ustalenie państwa członkowskiego odpowiedzialnego za przyznanie świadczeń z tytułu choroby (zob. sekcja 2 rozdziału 1 tytułu III tego rozporządzenia) takiemu emerytowi lub renciście lub świadczeń z tytułu śmierci tego ostatniego (zob. art. 43 wspomnianego rozporządzenia, zawarty w rozdziale 3 tytułu III). Rzeczone przepisy można zatem uznać za normy kolizyjne dostosowane do potrzeb emerytów lub rencistów i członków ich rodzin.

[23] Rozporządzenie Rady w sprawie zabezpieczenia społecznego pracowników migrujących (Dz.U. 1958, P 30, s. 561).

[24] Zobacz w tym względzie motywy 3 i 7 rozporządzenia nr 883/2004.

[25] Podkreślenie moje.

61. Co się tyczy w szczególności rozróżnienia dokonanego w ramach rozdziału 1 tytułu III rozporządzenia nr 883/2004, należy stwierdzić, że w sekcji 2 tego rozdziału, zatytułowanej „Świadczenia z tytułu choroby, macierzyństwa i równoważne świadczenia dla ojca", przewidziano szczególne przepisy koordynacyjne dla emerytów i rencistów w przypadku choroby i macierzyństwa, w tym w odniesieniu do członków ich rodzin (zob. art. 23–30). Przepisy te stanowią zatem lex specialis w stosunku do przepisów sekcji 1 (art. 17–22), które stanowią lex generalis. Innymi słowy, sekcja 2 ma zastosowanie wyłącznie do (ubezpieczonych) emerytów lub rencistów, podczas gdy sekcja 1 ma zastosowanie do każdego ubezpieczonego, w tym osób pobierających emeryturę, o ile przewiduje to sekcja 2. Struktura ta znajduje potwierdzenie w art. 31 tego rozporządzenia, w którym wskazano również komplementarny charakter artykułów 23–30, ponieważ artykuły te „nie mają zastosowania do emeryta lub rencisty […], którzy mają prawo do świadczeń na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego, z tytułu wykonywania pracy najemnej lub pracy na własny rachunek".

62. W drugiej kolejności uważam, że wykładni tej nie podważa fakt, iż niektóre przepisy sekcji 2 rozdziału 1 tytułu III rozporządzenia nr 883/2004, które dotyczą emerytów lub rencistów, powodują, że niektóre przepisy sekcji 1 tego rozdziału, a w szczególności art. 18 ust. 1 oraz art. 19, 20 i 21, znajdują zastosowanie „mutatis mutandis" do emerytów lub rencistów. Przeciwnie, ta konstrukcja rozdziału 1 potwierdza moim zdaniem całkowite zrównanie „emerytów lub rencistów" z „ubezpieczonymi" i stosowanie lex generalis, jeśli jest to uzasadnione. Sekcja 1 tego rozdziału jest bowiem zatytułowana „Ubezpieczeni i członkowie ich rodzin, *z wyjątkiem emerytów lub rencistów i członków ich rodzin*", co oznacza, że emeryci lub renciści należą do grupy „ubezpieczonych" [26]. Jest zatem normalne, że – w trosce o jasność i spójność – w przypadku gdy przepisy lex generalis mają zastosowanie do „emerytów lub rencistów", którzy korzystają z lex specialis, zostało to wyraźnie wskazane w przepisach lex specialis, a mianowicie w sekcji 2 rzeczonego rozdziału 1. Niemniej jednak prawdą jest, że użycie wyrażenia „mutatis mutandis" wprowadza w błąd, ponieważ wszystkie przepisy dotyczą „ubezpieczonych", a zatem nie należy odwoływać się do analogicznego zastosowania.

63. Wynika z tego, że wbrew temu, co twierdzi rząd niderlandzki, terminy „ubezpieczony" i „emeryt lub rencista" użyte w rozporządzeniu nr 883/2004 nie wykluczają się wzajemnie.

3. W przedmiocie pojęcia „ubezpieczonego" w systematyce dyrektywy 2011/24

64. Jak stwierdzono w pkt 43 i 44 niniejszej opinii, dyrektywa 2011/24 odsyła do definicji „ubezpieczonego" przewidzianej w rozporządzeniu nr 883/2004. Tymczasem wydaje się, że użycie tych pojęć w ramach tej dyrektywy potwierdza szeroką wykładnię pojęcia „ubezpieczonego" w rozumieniu tego rozporządzenia.

65. Jak bowiem zauważa sąd odsyłający, po pierwsze, wykładnia ta jest spójna z pojęciem „państwa członkowskiego ubezpieczenia", które w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 3 lit. b) ppkt (i) dyrektywy 2011/24, jest zdefiniowane w art. 3 lit. c) ppkt (i) tej dyrektywy jako „państwo członkowskie, które jest właściwe do udzielenia ubezpieczonemu uprzedniej zgody na właściwe leczenie w innym państwie członkowskim zgodnie z [rozporządzeniami nr 883/2004

[26] Podkreślenie moje.

i nr 987/2009 [27]]". Co za tym idzie, prawodawca Unii nie zamierzał uzależnić prawa do zwrotu od warunku, by zainteresowany był „objęty" obowiązkowym ustawowym systemem ubezpieczenia zdrowotnego państwa członkowskiego [28].

66. Po drugie, należy stwierdzić, że w drodze odstępstwa od art. 7 ust. 1 dyrektywy 2011/24, który reguluje prawo do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej poniesionych przez „ubezpieczonych", w ust. 2 lit. a) tego artykułu rozszerzono to prawo w szczególności na „emerytów […] zamieszkałych w innym państwie członkowskim" w celu pokrycia kosztów opieki zdrowotnej poniesionych na terytorium państwa otrzymywania emerytury, jeżeli zostało ono wymienione w załączniku IV do rozporządzenia (WE) nr 883/2004. W związku z tym należy z tego wywnioskować, że prawodawca Unii uznał w kontekście przyjęcia dyrektywy 2011/24, iż „emeryci" są objęci zakresem pojęcia „ubezpieczonego" w rozumieniu art. 1 lit. c) rozporządzenia nr 883/2004. Ponadto jest to jedyny przypadek użycia terminu „emeryt" w tej dyrektywie.

67. Mając na względzie powyższe rozważania, proponuję, aby na pierwsze pytanie prejudycjalne odpowiedzieć, że przepisy art. 7 ust. 1 i art. 3 lit. b) ppkt (i) dyrektywy 2011/24 w związku z art. 1 lit. c) i art. 2 rozporządzenia nr 883/2004 należy interpretować w ten sposób, iż osoby pobierające emeryturę zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego, które na podstawie art. 24 tego rozporządzenia mają prawo do świadczeń rzeczowych udzielanych przez państwo miejsca zamieszkania na rachunek tego pierwszego państwa członkowskiego, nie będąc jednak objętymi obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w tym pierwszym państwie członkowskim, mogą powoływać się, jako „ubezpieczeni" w rozumieniu tych przepisów, na tę dyrektywę w celu uzyskania zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, która została im udzielona w trzecim państwie członkowskim.

C. W przedmiocie drugiego pytania prejudycjalnego

68. Poprzez pytanie drugie sąd odsyłający dąży w istocie do ustalenia, czy osoba uprawniona do emerytury zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego, która na podstawie art. 24 rozporządzenia nr 883/2004 jest uprawniona do świadczeń rzeczowych udzielanych przez państwo miejsca zamieszkania na koszt tego pierwszego państwa członkowskiego, może powoływać się na art. 56 TFUE w celu uzyskania zwrotu kosztów opieki zdrowotnej, z której korzystała w państwie członkowskim innym niż państwo jej miejsca zamieszkania lub też państwo otrzymywania emerytury.

69. Na wstępie pragnę zauważyć, że gdyby Trybunał miał odpowiedzieć w sposób, jaki proponuję w pkt 67 niniejszej opinii, nie byłoby potrzeby udzielania odpowiedzi na pytanie drugie. Y byłaby bowiem w takim przypadku objęta podmiotowym zakresem stosowania dyrektywy 2011/24, w związku z czym sąd odsyłający powinien zbadać w świetle przepisów tej dyrektywy, czy zainteresowana ma prawo do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, z której korzystała w Niemczech, w szczególności kosztów leczenia, w odniesieniu do których nie złożyła ona wniosku o uprzednią zgodę. Poniższa analiza opiera się zatem na założeniu, że Trybunał nie podzieli tej oceny i uzna, że na pytanie pierwsze należy udzielić odpowiedzi przeczącej.

[27] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania [rozporządzenia nr 883/2004] (Dz.U. 2009, L 284, s. 1).

[28] Zobacz również motyw 13 dyrektywy 2011/24, zgodnie z którym „obowiązek zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej powinien być ograniczony jedynie do opieki, do której jest uprawniona osoba ubezpieczona zgodnie z przepisami państwa członkowskiego ubezpieczenia".

70. W tym względzie należy przede wszystkim przypomnieć, że zastosowanie art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 do określonej sytuacji nie wyklucza tego, by mogła ona również być objęta zakresem stosowania art. 56 TFUE i by osoba zainteresowana mogła równocześnie, na podstawie tego ostatniego postanowienia, mieć prawo do dostępu do opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim na warunkach dotyczących pokrywania i zwrotu kosztów innych niż warunki przewidziane w art. 20 tego rozporządzenia [29]. Orzecznictwo to może mieć również zastosowanie w ramach dyrektywy 2011/24, mimo że, jak wynika z jej motywu 8, dyrektywa ta dokonała kodyfikacji orzecznictwa Trybunału dotyczącego swobody świadczenia usług zagwarantowanej w art. 56 TFUE w dziedzinie opieki zdrowotnej w celu zapewnienia powszechniejszego i skuteczniejszego stosowania zasad określonych w tym orzecznictwie w poszczególnych sprawach.

71. Pragnę bowiem przypomnieć, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem świadczenia medyczne analizowane w niniejszej opinii wchodzą w zakres stosowania art. 56 TFUE, dotyczącego swobodnego świadczenia usług, także wtedy, gdy opieka została udzielona w ramach hospitalizacji [30]. Swobodne świadczenie usług obejmuje swobodę udania się przez usługobiorców, a konkretnie osoby wymagające opieki medycznej, do innego państwa członkowskiego w celu skorzystania tam z usług [31].

72. W pierwszej kolejności należy zatem ustalić, czy przepisy krajowe takie jak rozpatrywane w postępowaniu głównym, uzależniające od uprzedniej zgody zwrot kosztów opieki zdrowotnej poniesionych w państwie członkowskim innym niż państwo miejsca zamieszkania przez osobę pobierającą emeryturę na podstawie tych przepisów, stanowi ograniczenie swobody świadczenia usług ustanowionej w art. 56 TFUE.

73. Pragnę zauważyć w tym względzie, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem wymóg uzyskania uprzedniej zgody, któremu podlega pokrycie przez właściwą instytucję, *zgodnie z systemem określającym zakres ubezpieczenia obowiązujący w państwie członkowskim tej instytucji*, kosztów świadczeń zdrowotnych zaplanowanych w innym państwie członkowskim, stanowi ograniczenie swobody świadczenia usług zarówno wobec pacjentów, jak i usługodawców, ponieważ taki system może zniechęcić wspomnianych pacjentów do zwracania się do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych mających siedzibę w innym państwie członkowskim w celu uzyskania danych świadczeń, a nawet im to uniemożliwić [32]. Innymi słowy – art. 56 TFUE stoi na przeszkodzie stosowaniu wszelkich przepisów krajowych, które świadczenie usług między państwami członkowskimi czynią trudniejszym niż świadczenie usług wyłącznie wewnątrz jednego państwa członkowskiego [33]. W związku z tym takie zezwolenie może rzeczywiście stanowić ograniczenie swobody świadczenia usług.

74. W drugiej kolejności należy zbadać, czy takie ograniczenie w swobodnym świadczeniu usług może być uzasadnione. Trybunał orzekł bowiem, że pomimo iż uprzednia zgoda stanowi zarówno dla pacjentów, jak i usługodawców przeszkodę w swobodnym świadczeniu usług, art. 56 TFUE zasadniczo nie stoi na przeszkodzie temu, by prawo pacjenta do uzyskania opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim na koszt systemu, do którego ten pacjent należy, było

[29] Wyrok z dnia 23 września 2020 r., Vas Megyei Kormányhivatal (Transgraniczna opieka zdrowotna) (C-777/18, EU:C:2020:745, pkt 33 i przytoczone tam orzecznictwo).

[30] Wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 36 i przytoczone tam orzecznictwo).

[31] Wyroki: z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 37 i przytoczone tam orzecznictwo); a także z dnia 21 czerwca 2012 r. Susisalo i in. (C-84/11, EU:C:2012:374, pkt 26–28).

[32] Wyrok z dnia 27 października 2011 r., Komisja/Portugalia (C-255/09, EU:C:2011:695, pkt 60 i przytoczone tam orzecznictwo).

[33] Wyrok z dnia 16 maja 2006 r., Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, pkt 94 i przytoczone tam orzecznictwo).

uzależnione od uprzedniej zgody [34]. Można przyjąć, że celem takiego wymogu uzyskania uprzedniej zgody jest: (i) uniknięcie ryzyka poważnego zakłócenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego, (ii) zachowanie zrównoważonej i dostępnej dla wszystkich opieki medycznej i szpitalnej, (iii) utrzymanie potencjału w zakresie leczenia lub kompetencji medycznych na terytorium danego państwa członkowskiego oraz (iv) umożliwienie planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia szpitalnego wysokiej jakości w danym państwie członkowskim [35].

75. Trybunał orzekł, w odniesieniu do opieki szpitalnej lub opieki pozaszpitalnej wymagającej użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej aparatury medycznej (zwanej dalej „wymagającą znacznych nakładów opieką pozaszpitalną”) [36], że jakkolwiek prawo Unii zasadniczo nie sprzeciwia się systemowi uprzedniej zgody, to jest jednak konieczne, by warunki ustalone dla przyznania takiej zgody były uzasadnione w świetle wyżej wymienionych wymogów, by nie wykraczały one poza to, co obiektywnie konieczne w tym celu, i aby ten sam rezultat nie mógł być uzyskany za pomocą mniej restrykcyjnych przepisów. Ponadto tego rodzaju system powinien być oparty na obiektywnych, niedyskryminacyjnych i znanych wcześniej kryteriach w celu zakreślenia ram uznania władz krajowych, aby nie przerodziło się ono w dowolność [37].

76. W niniejszej sprawie rząd niderlandzki nie przedstawił żadnego uzasadnienia w odniesieniu do mającego zastosowanie uregulowania niderlandzkiego, które uzależnia od uprzedniej zgody zwrot kosztów świadczeń rzeczowych udzielanych emerytowi lub renciście na podstawie art. 24 rozporządzenia nr 883/2004 w państwie członkowskim innym niż państwo miejsca zamieszkania. Do sądu odsyłającego należy zatem zbadanie, czy tego rodzaju uzasadnienie istnieje i czy spełnia ono przesłanki ustanowione w przytoczonym wyżej orzecznictwie.

77. W tym względzie należy jednak podkreślić, że jak wynika z orzecznictwa Trybunału, poprzez przepisy krajowe wykluczające *w każdym przypadku* pokrycie kosztów świadczeń szpitalnych udzielonych bez uzyskania uprzedniej zgody odmawia się ubezpieczonemu – który ze względów związanych z jego stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania w jednostce szpitalnej świadczeń o charakterze pilnym nie był w stanie złożyć wniosku o wskazaną zgodę lub nie mógł czekać na odpowiedź właściwej instytucji – pokrycia przez ową instytucję kosztów tych świadczeń, chociaż w pozostałym zakresie spełnione są przesłanki takiego pokrycia [38]. Trybunał stwierdził, że w takich okolicznościach pokrycie kosztów tego rodzaju świadczeń nie może zagrozić realizacji celów planowania szpitalnictwa ani poważnie naruszyć równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego, ponieważ pokrycie to nie narusza utrzymania zrównoważonej i dostępnej dla wszystkich służby szpitalnej ani możliwości przeprowadzania leczenia lub kwalifikacji medycznych na terytorium krajowym [39].

78. Wynika z tego, że uregulowanie krajowe, które wyklucza zwrócenie przez właściwą instytucję kosztów związanych z opieką szpitalną lub wymagającą znacznych nakładów opieką pozaszpitalną uzyskaną w innym państwie członkowskim bez uprzedniej zgody, w tym w szczególnych sytuacjach, w których ubezpieczony nie miał możliwości ubiegania się o taką zgodę lub nie mógł czekać na decyzję właściwej instytucji w przedmiocie złożonego wniosku o wydanie zgody ze

[34] Wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 41).

[35] Wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 42, 43).

[36] Wyrok z dnia 23 września 2020 r., Vas Megyei Kormányhivatal (Transgraniczna opieka zdrowotna) (C-777/18, EU:C:2020:745, pkt 60 i przytoczone tam orzecznictwo).

[37] Wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 44).

[38] Wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 45).

[39] Wyrok z dnia 5 października 2010 r., Ełchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 46).

względów związanych z jego stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania takiej opieki w trybie pilnym, nawet jeśli przesłanki takiego pokrycia w pozostałym zakresie są spełnione, nie spełnia wymogu proporcjonalności. W związku z tym uregulowanie to stanowi nieproporcjonalne ograniczenie swobody świadczenia usług ustanowionej w art. 56 TFUE i narusza art. 8 ust. 1 dyrektywy 2011/24.

79. W niniejszym przypadku z akt sprawy w postępowaniu głównym wynika, że CAK uznało się za niewłaściwe do rozpatrzenia sprawy wyłącznie ze względu na brak uprzedniego zezwolenia, nie sprawdzając jednak na etapie postępowania administracyjnego, czy sytuacja Y była tak pilna, że zezwolenie nie było konieczne (zob. pkt 24 i 26 niniejszej opinii). Postępowanie polegające na niemal automatycznej odmowie nie może zatem spełniać wymogu proporcjonalności.

80. Mając na względzie powyższe rozważania, proponuję, aby na drugie pytanie prejudycjalne odpowiedzieć, że art. 56 TFUE należy interpretować w ten sposób, iż stoi on na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu takiemu jak rozpatrywane w postępowaniu głównym, które wyklucza z urzędu zwrócenie przez właściwą instytucję kosztów związanych z opieką szpitalną lub wymagającą znacznych nakładów opieką pozaszpitalną uzyskaną w innym państwie członkowskim bez uprzedniej zgody, w tym w szczególnych sytuacjach, w których ubezpieczony nie miał możliwości ubiegania się o taką zgodę lub nie mógł czekać na decyzję właściwej instytucji w przedmiocie złożonego wniosku o wydanie zgody ze względów związanych z jego stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania takiej opieki w trybie pilnym, nawet jeśli przesłanki takiego pokrycia w pozostałym zakresie są spełnione.

V. Wnioski

81. W świetle powyższych rozważań proponuję, aby na pytania prejudycjalne przedstawione przez Centrale Raad van Beroep (sąd apelacyjny w sprawach z zakresu zabezpieczenia społecznego i służby cywilnej, Niderlandy) Trybunał odpowiedział w następujący sposób:

1) Przepisy art. 7 ust. 1 i art. 3 lit. b) ppkt (i) dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej w związku z art. 1 lit. c) i art. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, zmienionego rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 988/2009 z dnia 16 września 2009 r., należy interpretować w ten sposób, że osoby pobierające emeryturę zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego, które na podstawie art. 24 tego rozporządzenia mają prawo do świadczeń rzeczowych udzielanych przez państwo miejsca zamieszkania na rachunek tego pierwszego państwa członkowskiego, nie będąc jednak objętymi obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w tym pierwszym państwie członkowskim, mogą powoływać się, jako „ubezpieczeni" w rozumieniu tych przepisów, na tę dyrektywę w celu uzyskania zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, która została im udzielona w trzecim państwie członkowskim.

2) Artykuł 56 TFUE należy interpretować w ten sposób, że stoi on na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu takiemu jak rozpatrywane w postępowaniu głównym, które wyklucza z urzędu zwrócenie przez właściwą instytucję kosztów związanych z opieką szpitalną lub wymagającą znacznych nakładów opieką pozaszpitalną uzyskaną w innym państwie członkowskim bez uprzedniej zgody, w tym w szczególnych sytuacjach, w których ubezpieczony nie miał

możliwości ubiegania się o taką zgodę lub nie mógł czekać na decyzję właściwej instytucji w przedmiocie złożonego wniosku o wydanie zgody ze względów związanych z jego stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania takiej opieki w trybie pilnym, nawet jeśli przesłanki takiego pokrycia w pozostałym zakresie są spełnione.