Recopilación de la Jurisprudencia

CONCLUSIONES DEL ABOGADO GENERAL
SR. ATHANASIOS RANTOS
presentadas el 22 de abril de 2021 [1]

Asunto C-636/19

Y
contra
CAK

[Petición de decisión prejudicial planteada por el Centrale Raad van Beroep (Tribunal Central de Apelación, Países Bajos)]

«Procedimiento prejudicial — Asistencia sanitaria transfronteriza — Directiva 2011/24/UE — Artículo 3, letra b), inciso i) — Concepto de "asegurado" — Artículo 7 — Reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza — Reglamento (CE) n.º 883/2004 — Artículo 1, letra c) — Artículo 24 — Derecho a las prestaciones en especie proporcionadas por el Estado miembro de residencia por cuenta del Estado miembro responsable del pago de la pensión — Artículo 56 TFUE»

I. Introducción

1. ¿Está comprendida una persona que percibe una pensión en virtud de la legislación de un Estado miembro (en lo sucesivo, «Estado responsable del pago de la pensión») y que tiene derecho, con arreglo al artículo 24 del Reglamento (CE) n.º 883/2004, [2] a las prestaciones en especie proporcionadas por su Estado miembro de residencia (en lo sucesivo, «Estado de residencia») por cuenta del Estado responsable del pago de la pensión, sin disponer, no obstante, de un seguro obligatorio de enfermedad en dicho Estado, en el concepto de «asegurado», en el sentido del artículo 3, letra b), inciso i), de la Directiva 2011/24/UE, [3] de modo que pueda invocar el artículo 7, apartado 1, de dicha Directiva, para obtener el reembolso, con cargo al Estado responsable del pago de la pensión, de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza de la que se benefició en un tercer Estado miembro? En caso de respuesta negativa, ¿puede constituir una denegación de reembolso, por parte del Estado responsable del pago de la pensión, de los gastos de dicha asistencia sanitaria transfronteriza debido a la falta de autorización previa, un obstáculo injustificado a la libre prestación de servicios, que infringe así el artículo 56 TFUE?

[1] Lengua original: francés.

[2] Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (DO 2004, L 166, p. 1; corrección de errores en DO 2004, L 200, p. 1), en su versión modificada por el Reglamento (CE) n.º 988/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009 (DO 2009, L 284, p. 43) (en lo sucesivo, «Reglamento n.º 883/2004»).

[3] Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (DO 2011, L 88, p. 45).

2. Estas son las cuestiones que suscita el presente asunto, que llevarán al Tribunal de Justicia, por una parte, a concretar la articulación entre las disposiciones del Reglamento n.º 883/2004 y las de la Directiva 2011/24 que permiten a un asegurado recibir asistencia sanitaria transfronteriza, [4] y, por otra parte, a aplicar su jurisprudencia relativa a la autorización previa como obstáculo a la libre prestación de servicios en el sentido del artículo 56 TFUE. [5]

II. Marco jurídico

A. Derecho de la Unión

1. Reglamento n.º 883/2004

3. En virtud de los considerandos 20 y 22 del Reglamento n.º 883/2004:

«(20) En el ámbito de las prestaciones de enfermedad, de maternidad y de paternidad asimiladas, debe brindarse protección a las personas aseguradas, y a los miembros de sus familias, que residan o se encuentren en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente.

[…]

(22) La situación particular de los solicitantes de pensión y pensionistas y de los miembros de sus familias hace necesario adaptar a esta situación las disposiciones reguladoras del seguro de enfermedad.»

4. A tenor de lo dispuesto en el artículo 1, letras c), q), s) y v *bis*), de dicho Reglamento:

«Para los fines del presente Reglamento se entiende por:

[…]

c) "persona asegurada": en relación con las ramas de seguridad social contempladas en los capítulos 1 y 3 del título III, toda persona que reúna las condiciones requeridas por la legislación del Estado miembro competente con arreglo al título II para tener derecho a las prestaciones, habida cuenta de las disposiciones del presente Reglamento;

[…]

q) "institución competente":

i) la institución a la cual el interesado esté afiliado en el momento de la solicitud de prestaciones,

[4] La articulación entre estos dos actos legislativos, así como sus diferencias, ya ha sido examinada exhaustivamente, en particular, en las conclusiones del Abogado General Hogan presentadas en el asunto Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325), puntos 48 a 68. Véase también, a este respecto, Carrascosa Bermejo, M.-D., «Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination», *ERA Forum*, vol. 15, 2014, pp. 359 a 380.

[5] Cuestión que ya ha sido examinada por el Tribunal de Justicia, en particular en las sentencias de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), y de 23 de septiembre de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza) (C-777/18, EU:C:2020:745).

o

ii) la institución de la cual el interesado tenga derecho a obtener prestaciones, o tendría derecho a ellas si él o uno o más miembros de su familia residieran en el Estado miembro donde se encuentra esta institución,

[…]

s) "Estado miembro competente": el Estado miembro competente en el que se encuentra la institución competente;

[…]

v *bis*) "prestaciones en especie":

i) a efectos del título III, capítulo 1 (prestaciones de enfermedad, de maternidad y de paternidad asimiladas), las definidas o admitidas como tales por la legislación que aplique el Estado miembro y que estén destinadas a proveer, facilitar, abonar directamente o reembolsar los costes de la atención sanitaria y de los productos y servicios accesorios de dicha atención. Esto incluye las prestaciones en especie de atención de larga duración,

[…]»

5. El artículo 2 del citado Reglamento, titulado «Campo de aplicación personal», dispone, en su apartado 1, que:

«El presente Reglamento se aplicará a las personas nacionales de uno de los Estados miembros y a los apátridas y refugiados residentes en uno de los Estados miembros, que estén o hayan estado sujetas a la legislación de uno o de varios Estados miembros, así como a los miembros de sus familias y a sus supérstites.»

6. El artículo 11 de dicho Reglamento, titulado «Normas generales», incluido en su título II, rubricado «Determinación de la legislación aplicable», prevé, en su apartado 3, letra e), lo siguiente:

«A reserva de lo dispuesto en los artículos 12 a 16:

[…]

e) cualquier otra persona a la que no le sean aplicables las disposiciones de las letras a) a d) estará sujeta a la legislación del Estado miembro de residencia, sin perjuicio de otras disposiciones contenidas en el presente Reglamento que le garanticen prestaciones en virtud de la legislación de uno o varios de los demás Estados miembros.»

7. El título III del Reglamento n.º 883/2004, rubricado «Disposiciones particulares para las distintas categorías de prestaciones», incluye un capítulo 1, cuya sección 1 se titula, a su vez, «Personas aseguradas y miembros de sus familias, con excepción de los titulares de pensiones y miembros de sus familias».

8. El artículo 18, apartado 1, de este Reglamento tiene el siguiente tenor:

«1. Salvo que en el apartado 2 se disponga lo contrario, la persona asegurada y los miembros de su familia que se indican en el artículo 17 también podrán obtener prestaciones en especie mientras se encuentren en el Estado miembro competente. Las prestaciones en especie serán facilitadas y sufragadas por la institución competente, según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si los interesados residieran en dicho Estado miembro.»

9. Incluido en esta sección 1, el artículo 19, apartado 1, de dicho Reglamento, titulado «Estancia fuera del Estado miembro competente», tiene el siguiente tenor:

«1. Salvo que en el apartado 2 se disponga lo contrario, la persona asegurada y los miembros de su familia que se hallen en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente tendrán derecho a las prestaciones en especie necesarias, desde un punto de vista médico, durante su estancia, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia. La institución del lugar de estancia facilitará las prestaciones por cuenta de la institución competente, según las disposiciones de la legislación del lugar de estancia, como si los interesados estuvieran asegurados en virtud de dicha legislación.»

10. El artículo 20 del citado Reglamento, que figura asimismo en la sección 1 y que lleva por título «Desplazamientos para recibir prestaciones en especie — Autorización para recibir un tratamiento adecuado fuera del Estado miembro de residencia», dispone, en sus apartados 1 y 2, que:

«1. Salvo disposición en contrario del presente Reglamento, la persona asegurada que se desplace a otro Estado miembro para recibir prestaciones en especie durante su estancia deberá solicitar la autorización de la institución competente.

2. La persona asegurada autorizada por la institución competente a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en este un tratamiento adecuado a su estado de salud se beneficiará de las prestaciones en especie facilitadas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia, según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si estuviera asegurada en virtud de dicha legislación. La autorización deberá ser concedida cuando el tratamiento de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que resida el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad, dicho tratamiento no pueda serle dispensado en un plazo justificable desde el punto de vista médico.»

11. El artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, titulado «Ausencia de derecho a prestaciones en especie con arreglo a la legislación del Estado miembro de residencia» y que figura en la sección 2 de su título III, rubricada «Titulares de pensiones y miembros de sus familias», está redactado en los siguientes términos:

«1. La persona que reciba una o más pensiones con arreglo a la legislación de uno o más Estados miembros y no tenga derecho a prestaciones en especie en virtud de la legislación del Estado miembro de residencia recibirá, no obstante, dichas prestaciones en beneficio propio y de los miembros de su familia en la medida en que tenga derecho a ellas con arreglo a la legislación del Estado miembro, o de al menos uno de los Estados miembros, que sea competente en lo que respecta a sus pensiones, si residiera en dicho Estado miembro. Las prestaciones en especie serán facilitadas por la institución del lugar de residencia, con cargo a la institución a que se refiere el

apartado 2, como si el interesado tuviese derecho a pensión y a dichas prestaciones en especie con arreglo a la legislación de dicho Estado miembro.

2. En los casos previstos en el apartado 1, el coste de las prestaciones en especie correrá a cargo de la institución que se determine conforme a las normas siguientes:

a) cuando el titular de una pensión tenga derecho a las prestaciones en especie con arreglo a la legislación de un solo Estado miembro, estos costes correrán a cargo de la institución competente de dicho Estado miembro;

[…]»

12. El artículo 27 de dicho Reglamento, titulado «Estancia del titular de una pensión o de los miembros de su familia en un Estado miembro distinto del Estado miembro en que residan — Estancia en el Estado miembro competente — Autorización para un tratamiento adecuado fuera del Estado miembro de residencia», establece lo siguiente:

«1. El artículo 19 se aplicará por analogía a la persona que reciba una o varias pensiones con arreglo a la legislación de uno o más Estados miembros y tenga derecho a prestaciones en especie en virtud de la legislación de uno de los Estados miembros que le abone su pensión o pensiones, así como a los miembros de su familia que se hallen en un Estado miembro distinto de aquel en que residan.

2. El apartado 1 del artículo 18 se aplicará por analogía a las personas descritas en el apartado 1, cuando realicen una estancia en el Estado miembro donde se halla la institución competente responsable del coste de las prestaciones en especie otorgadas al titular de una pensión en su Estado de residencia, siempre que dicho Estado miembro haya optado por esta posibilidad y aparezca en la lista del anexo IV.

3. El artículo 20 se aplicará por analogía al titular de una pensión y a los miembros de su familia que se hallen en un Estado miembro distinto de aquel en que residen, para recibir allí el tratamiento que requiera su enfermedad.

4. Salvo que en el apartado 5 se disponga lo contrario, el coste de las prestaciones en especie a que se refieren los apartados 1 a 3 correrá a cargo de la institución competente responsable del coste de las prestaciones en especie otorgadas al titular de una pensión en el Estado miembro de residencia.

5. El coste de las prestaciones en especie a que se refiere el apartado 3 correrá a cargo de la institución del lugar de residencia del titular de una pensión o de los miembros de su familia, cuando estas personas residan en un Estado miembro que aplique un sistema de reembolso basado en cantidades a tanto alzado. En estos casos, se considerará a efectos del apartado 3 que la institución competente es la institución del lugar de residencia del titular de la pensión o de los miembros de la familia.»

13. El artículo 31 del citado Reglamento, titulado «Disposición general» y que forma parte de la sección 3 de su capítulo 1, tiene el siguiente tenor:

«Los artículos 23 a 30 no serán aplicables al titular de una pensión […] que teng[a] derecho a prestaciones con arreglo a la legislación de un Estado miembro en virtud de una actividad como

trabajador por cuenta ajena o propia. En tal caso, se aplicará al interesado, a efectos del presente capítulo, lo dispuesto en los artículos 17 a 21.»

2. Directiva 2011/24

14. El artículo 3 de la Directiva 2011/24 está redactado en los siguientes términos:

«A los efectos de la presente Directiva, se entenderá por:

a) "asistencia sanitaria": los servicios relacionados con la salud prestados por un profesional sanitario a pacientes para evaluar, mantener o restablecer su estado de salud, incluidos la receta, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios;

b) "asegurado":

   i) las personas, incluidos los familiares y sus supérstites, contempladas en el artículo 2 del Reglamento [n.º 883/2004], que sean aseguradas en la acepción del artículo 1, letra c) de dicho Reglamento, y

   ii) […]»

15. El artículo 7 de la citada Directiva, titulado «Principios generales para el reembolso de gastos», dispone, en sus apartados 1 y 2, que:

«1. Sin perjuicio del Reglamento [n.º 883/2004] y a reserva de las disposiciones de los artículos 8 y 9, el Estado miembro de afiliación garantizará el reembolso de los gastos contraídos por un asegurado que haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza, siempre que dicha asistencia sanitaria figure entre las prestaciones a que el asegurado tiene derecho en el Estado miembro de afiliación.

2. No obstante lo dispuesto en el apartado 1:

a) si un Estado miembro figura en el anexo IV del Reglamento [n.º 883/2004] [6] y ha reconocido, de conformidad con las disposiciones de dicho Reglamento, los derechos a las prestaciones sanitarias para los titulares de una pensión y los miembros de sus familia que residen en otro Estado miembro, en virtud de la presente Directiva les proporcionará asistencia sanitaria y correrá con los gastos correspondientes a la misma cuando estén en su territorio, con arreglo a su legislación, en las mismas condiciones que si las personas de que se trate residiesen en este Estado miembro incluido en el mencionado anexo;

[…]»

[6] A raíz de la adopción del Reglamento n.º 988/2009, el Reino de los Países Bajos figura en el anexo IV del Reglamento n.º 883/2004, que contiene la lista de los Estados miembros que han concedido derechos adicionales a los pensionistas que regresan al Estado miembro competente (artículo 27, apartado 2, del Reglamento n.º 883/2004).

16. El artículo 8 de dicha Directiva, titulado «Asistencia sanitaria que puede requerir autorización previa», prevé, en sus apartados 1 y 2, que:

«1. El Estado miembro de afiliación podrá establecer un sistema de autorización previa para el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, conforme al presente artículo y al artículo 9. El sistema de autorización previa, incluidos los criterios y la aplicación de los mismos, así como las decisiones individuales de denegación de la autorización previa, se restringirá a lo que sea necesario y proporcionado al objetivo que se pretende, y no podrá constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación de los pacientes.

2. La asistencia sanitaria que puede requerir autorización previa se limitará a aquella que:

a) requiera necesidades de planificación relacionadas con el objeto de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro de que se trate, o la voluntad de controlar los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos y:

   i) suponga que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche, o

   ii) exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos;

[…]

Los Estados miembros notificarán a la Comisión las categorías de asistencia sanitaria a que se refiere la letra a).»

B. Derecho neerlandés

17. El artículo 69 de la Zorgverzekeringswet (Ley del seguro de asistencia sanitaria; en lo sucesivo, «Zvw»), en su versión aplicable a los hechos del litigio principal,[7] dispone:

«1. Las personas residentes en el extranjero que, por aplicación de un reglamento del Consejo de las Comunidades Europeas o por aplicación de un reglamento adoptado en virtud del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o de un tratado en materia de seguridad social, tengan, en caso de necesitar asistencia sanitaria, derecho a recibir dicha asistencia o al reembolso de los gastos de la misma en los términos establecidos por la legislación sobre el seguro de asistencia sanitaria en su país de residencia, se inscribirán en el [Centraal Administratie Kantoor (Junta del seguro de enfermedad, Países Bajos; en lo sucesivo, «CAK»)], a no ser que en virtud de la presente ley estén sujetos al seguro obligatorio.

2. Las personas a las que se refieren los apartados 1, 14 y 15 pagarán una cotización que se determinará por orden ministerial. En la parte que fije dicha orden, esta cotización se considerará una prima para un seguro de asistencia sanitaria, a efectos de la aplicación de la [Wet op de zorgtoeslag (Ley relativa a las primas de asistencia sanitaria)].

[…]

[7] Stb. 2005, n.º 358, en su versión vigente entre el 1 de abril de 2014 y el 1 de enero de 2017 (Stb. 2013, n.º 578).

4. El [CAK] se encargará de la aplicación de las disposiciones de los apartados 1, 14 y 15 y de la normativa internacional que allí se menciona, así como de la adopción de decisiones referentes a la exacción y recaudación de las cotizaciones mencionadas en los apartados 2 y 3 […]»

III. Litigio principal, cuestiones prejudiciales y procedimiento ante el Tribunal de Justicia

18. Y, parte recurrente en el litigio principal, es una ciudadana neerlandesa que reside con su cónyuge en Bélgica y percibe una pensión de vejez en virtud de la Algemene Ouderdomswet (Ley neerlandesa sobre el régimen general del seguro de vejez; en lo sucesivo, «AOW»).[8] En el momento en que se produjeron los hechos del litigio principal, en su condición de titular de esta pensión, Y tenía derecho, con arreglo al artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, a recibir asistencia sanitaria en su Estado de residencia (Bélgica) por cuenta del Estado miembro responsable del pago de dicha pensión (los Países Bajos). Para disfrutar de dicho derecho, debía pagar una cotización, de conformidad con el artículo 69 de la Zvw, en relación con el artículo 30 del Reglamento n.º 883/2004. Como titular de pensión beneficiaria del Derecho de la Unión,[9] Y no estaba comprendida en el ámbito de aplicación del régimen obligatorio del seguro de enfermedad neerlandés y estaba exenta del pago de las cotizaciones correspondientes.

19. El 6 de marzo de 2015, tras consultar con un médico de cabecera en Bélgica, Y fue sometida a un examen radiológico en el Academisch Ziekenhuis Maastricht (Hospital Universitario de Maastricht, Países Bajos; en lo sucesivo, «AZM») y, a continuación, el 8 de marzo de 2015, a un examen de imagen por resonancia magnética (IRM). Los días 9 y 11 de marzo de 2015, el cónyuge de Y contactó por teléfono a la parte demandada en el litigio principal, la CAK —el órgano competente responsable de la aplicación del Reglamento n.º 883/2004[10]— en relación con un tratamiento médico que se planeaba recibir en Alemania. La CAK señaló a la atención del cónyuge de Y la necesidad de seguir el procedimiento de autorización.

20. El 12 de marzo de 2015, el AZM diagnosticó a Y un cáncer de mama de grado 2 y le propuso seguir un tratamiento médico.

21. El 13 de marzo de 2015, Y solicitó una segunda opinión médica en el Franziskus Hospital Harderberg, situado en Osnabrück (Alemania), para lo que solicitó autorización previa a la CAK. En dicha consulta se le diagnosticó un cáncer de mama de grado 3.

22. El 20 de marzo de 2015, Y fue sometida a una operación de mama en dicho hospital alemán y, el 25 de marzo de 2015, se le retiraron los ganglios linfáticos. En el marco de tales operaciones, Y permaneció ingresada en ese hospital durante el período comprendido entre el 19 de marzo y el 30 de marzo de 2015. A continuación, entre el 14 de abril y el 24 de junio de 2015, Y recibió en dicho hospital tratamientos postoperatorios, incluida radioterapia. No se solicitó a la CAK ninguna autorización previa en relación con tales operaciones y tratamientos.

8 Stb. 1956, n.º 281.

9 El Gobierno neerlandés explica que dicho grupo de personas se designa como los «verdragsgerechtigde gepensioneerden» [titulares de pensión beneficiarios de un convenio], debiendo entenderse que el término «verdragsgerechtigd» designa, en esencia, a toda persona que reside fuera de los Países Bajos y que tiene derecho a una prestación legal con cargo a los Países Bajos en virtud del Derecho de la Unión.

10 El órgano jurisdiccional remitente precisa que, desde el 1 de enero de 2017, la CAK ejerce, en asuntos como el del litigio principal, las competencias ejercidas anteriormente por el Zorginstituut Nederland (Países Bajos).

23. El 19 de marzo de 2015, el organismo belga del seguro de enfermedad [11] de Y solicitó a la CAK una autorización (*a posteriori*) relativa al tratamiento médico programado a raíz de la consulta de 13 de marzo de 2015 en el Franziskus Hospital Harderberg.

24. El 1 de mayo de 2015, la CAK denegó dicha autorización al considerar que únicamente sería competente para conceder tal autorización en el caso de que Y hubiera solicitado una autorización para los tratamientos en cuestión, lo que no había hecho.

25. El 1 de julio de 2015, Y solicitó a la CAK el reembolso de los gastos de los tratamientos médicos recibidos en Alemania, por un importe total de 16 853,13 euros, para lo que presentó las facturas correspondientes a dichos tratamientos.

26. Mediante resolución de 20 de julio de 2015, la CAK denegó dicha solicitud alegando que Y se había desplazado a Alemania para someterse a tratamientos médicos que calificó de «tratamiento programado», en el sentido del artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, que no fueron administrados ni en Bélgica (Estado de residencia) ni en los Países Bajos (Estado responsable del pago de la pensión), y para los que Y no había solicitado autorización previa. Al no haberse solicitado tal autorización, la CAK consideró que no era competente para reembolsar los gastos médicos controvertidos.

27. Mediante resolución de 4 de enero de 2016, se desestimó por infundada la reclamación presentada por Y contra la resolución de 20 de julio de 2015.

28. Mediante resolución de 24 de noviembre de 2016, el rechtbank Amsterdam (Tribunal de Primera Instancia de Ámsterdam, Países Bajos) desestimó por infundado el recurso interpuesto contra la resolución de 4 de enero de 2016. Este órgano jurisdiccional consideró, en esencia, que la hospitalización, la entrevista preliminar y el tratamiento programados en Alemania en un intervalo de una semana no mostraban una urgencia extrema por lo que se refiere al estado de salud de Y durante su estancia en ese Estado. Según dicho órgano jurisdiccional, la CAK tenía razones para calificar el tratamiento médico dispensado a Y en Alemania de «tratamiento programado», para el que no se había concedido ninguna autorización, y, en consecuencia, para denegar el reembolso de los gastos médicos relativos al mismo.

29. Y interpuso recurso de apelación contra dicha resolución ante el órgano jurisdiccional remitente, el Centrale Raad van Beroep (Tribunal Central de Apelación, Países Bajos), alegando, en esencia, por una parte, que las operaciones médicas de 20 y 25 de marzo de 2015 debían considerarse, debido a su carácter urgente e inopinado desde el punto de vista médico, como tratamiento «no programado», en el sentido del artículo 19 del Reglamento n.º 883/2004, cuyo reembolso no estaba sujeto a autorización previa, y, por otra parte, que los gastos de los tratamientos postoperatorios, entre los que se incluía la radioterapia, que se dispensaron en Alemania en el período comprendido entre el 14 de abril y el 24 de junio de 2015, tampoco estaban sujetos a autorización previa, de conformidad con el artículo 8 de la Directiva 2011/24.

30. A este respecto, el órgano jurisdiccional remitente explica que, en su opinión, la CAK no tenía obligación de efectuar el reembolso de los gastos contraídos por Y en Alemania con arreglo al artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004, que se aplicaba, por analogía, a los titulares de pensión como Y, en virtud del artículo 27, apartado 3, de dicho Reglamento. En efecto, aun admitiendo que no era necesario dirimir la cuestión de si el mero hecho de que Y no hubiera

[11] La Christelijke Mutualiteit Limburg (Mutua cristiana de Limburgo), que era la «institución del lugar de residencia» a que se refiere el artículo 1, letra r), del Reglamento n.º 883/2004.

solicitado autorización previa bastaba para que la CAK pudiera denegar el reembolso de dichos gastos, el órgano jurisdiccional remitente observa que, durante el procedimiento sustanciado ante él, se constató que, aunque dicha autorización se hubiera solicitado a tiempo, la CAK podría haberla denegado alegando que, sobre la base de una declaración del organismo belga del seguro de enfermedad, habría sido posible recibir el mismo tratamiento en el mismo plazo en Bélgica. En consecuencia, según el órgano jurisdiccional remitente, no se cumplían los requisitos establecidos en el artículo 20, apartado 2, última frase, del Reglamento n.º 883/2004 para la obtención de prestaciones en especie en el caso de tratamiento programado en un Estado miembro distinto del Estado de residencia y del Estado responsable del pago de la pensión por cuenta de este último Estado.

31. Sin embargo, el órgano jurisdiccional remitente se pregunta si, como alega Y, el titular de una pensión puede no obstante invocar legítimamente la Directiva 2011/24 al objeto de que se le reembolsen, total o parcialmente, los gastos de la asistencia postoperatoria recibida en Alemania, en la medida en que dicha Directiva no exige autorización para la asistencia sanitaria ambulatoria transfronteriza. A este respecto, el órgano jurisdiccional remitente desea saber si Y, al ser titular de una pensión y al no estar asegurada en virtud de un régimen nacional obligatorio del seguro de enfermedad, está comprendida en el ámbito de aplicación personal de dicha Directiva como «asegurado», en el sentido de su artículo 3, letra b), inciso i). En caso de respuesta afirmativa, dicho órgano jurisdiccional considera, al igual que Y, que, a tenor de lo dispuesto en el artículo 8, apartado 2, letra a), inciso ii), de la Directiva 2011/24, la asistencia postoperatoria (incluida la radioterapia) no constituye un tipo de asistencia que pueda estar sujeta a autorización. [12]

32. Por último, para el caso de que el Tribunal de Justicia llegue a la conclusión de que Y no está comprendida en el ámbito de aplicación personal de la Directiva 2011/24, el órgano jurisdiccional remitente se pregunta si el artículo 56 TFUE se opone a que el Estado responsable del pago de la pensión de Y le deniegue el reembolso, basándose en que no ha obtenido autorización previa, de los gastos de la asistencia sanitaria ambulatoria recibida fuera del Estado de residencia y del Estado responsable del pago de la pensión, como obstáculo injustificado a la libre prestación de servicios garantizada por esta disposición.

33. En estas circunstancias, el Centrale Raad van Beroep (Tribunal Central de Apelación) decidió suspender el procedimiento y plantear al Tribunal de Justicia las siguientes cuestiones prejudiciales:

«1) ¿Debe interpretarse la Directiva [2011/24] en el sentido de que las personas mencionadas en el artículo 24 del Reglamento (CE) n.º 883/2004, que perciben prestaciones en especie en su país de residencia con cargo a los Países Bajos, pero que no están cubiertas en los Países Bajos por el seguro obligatorio de gastos de enfermedad, pueden invocar directamente dicha Directiva para percibir el reembolso de los costes de la asistencia recibida?

En caso de respuesta negativa,

2) ¿Se desprende del artículo 56 TFUE que, en un caso como el de autos, la no percepción del reembolso de los costes de la asistencia sanitaria dispensada en un Estado miembro distinto del país de residencia o del país que paga la pensión, constituye un obstáculo injustificado a la libre circulación de servicios?»

[12] El órgano jurisdiccional remitente indica que la asistencia para la que Y debió permanecer ingresada en el hospital en Alemania en el período comprendido entre el 19 y el 30 de marzo de 2015 (a saber, la asistencia dispensada en el marco de dos operaciones médicas), es un tipo de asistencia que está comprendida en el ámbito de aplicación del artículo 8, apartado 2, letra a), inciso i), de la Directiva 2011/24 y que, por lo tanto, está sujeta a autorización previa.

34. Han presentado observaciones escritas el Gobierno neerlandés y la Comisión Europea, que también respondieron a las preguntas escritas formuladas por el Tribunal de Justicia.

IV. Análisis

A. Observaciones preliminares

35. Las presentes cuestiones prejudiciales se plantean en el contexto particular de la normativa neerlandesa, que establece que las personas que reciben una pensión en virtud de la legislación neerlandesa y que no residen en los Países Bajos tienen derecho a recibir, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, asistencia sanitaria en su Estado de residencia. Para poder disfrutar de ese derecho, dicha categoría de personas debe pagar una cotización a la CAK. Con arreglo a este régimen, cuando los gastos médicos se generen fuera de los Países Bajos, la CAK acordará su pago con el Estado en el que se hayan generado.

36. En el presente asunto, Y es titular de una pensión en virtud de la legislación de los Países Bajos y, como residente en Bélgica, no dispone de un seguro obligatorio de enfermedad neerlandés. Sin embargo, de conformidad con el artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, tiene derecho a que se le proporcionen prestaciones en especie con arreglo a la legislación de su Estado de residencia, Bélgica, por cuenta del Estado responsable del pago de su pensión, los Países Bajos.

37. En el marco del litigio principal, Y pretende que la CAK le reembolse los gastos de las prestaciones médicas que se le dispensaron en Alemania en el marco de un tratamiento de cáncer de mama. Estas solicitudes de reembolso se refieren a dos tipos de gastos: por una parte, a los gastos de las operaciones quirúrgicas, incluidos los gastos de ingreso hospitalario relacionados, que Y desea que se le reembolsen, en particular, con arreglo al artículo 19 del Reglamento n.º 883/2004, puesto que considera que no es posible calificar dicha asistencia de «tratamiento programado», de modo que no era necesario autorizarla previamente, como sostiene la CAK, y, por otra parte, a los gastos de los tratamientos postoperatorios, incluida la radioterapia, que Y desea que se le reembolsen con arreglo al artículo 7 de la Directiva 2011/24, en la medida que, en su opinión, dicha Directiva no supedita el reembolso a autorización previa. En consecuencia, Y considera que puede invocar tanto las disposiciones del Reglamento n.º 883/2004 como las de la Directiva 2011/24.

38. El órgano jurisdiccional remitente excluye la aplicación del Reglamento n.º 883/2004 a los hechos del litigio principal (véase el punto 30 de las presentes conclusiones) y solo pregunta al Tribunal de Justicia en relación con la aplicación de la Directiva 2011/24 y del artículo 56 TFUE. Por lo tanto, el Tribunal de Justicia no está obligado a examinar la cuestión de si dicho órgano jurisdiccional calificó acertadamente las dos operaciones efectuadas en Alemania de «tratamiento programado» comprendido en el ámbito de aplicación del artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004 y de si el mero hecho de no solicitar autorización previa basta para que se pueda denegar el reembolso de los gastos. No obstante, me parece útil señalar que, después de que se planteara la presente petición de decisión prejudicial, el Tribunal de Justicia dictó dos sentencias que versan tanto sobre el concepto de «tratamiento programado» en el sentido del

artículo 20 de dicho Reglamento [13] como sobre el derecho al reembolso de los gastos de tal tratamiento con arreglo a ese artículo en caso de falta de autorización previa. [14]

B. Sobre la primera cuestión prejudicial

39. Mediante su primera cuestión prejudicial, el órgano jurisdiccional remitente pregunta, en esencia, si las personas que perciben una pensión en virtud de la legislación de un Estado miembro y que tienen derecho, con arreglo al artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, a las prestaciones en especie proporcionadas por su Estado miembro de residencia por cuenta del Estado responsable del pago de la pensión, sin disponer, no obstante, de un seguro obligatorio de enfermedad en este último Estado, pueden invocar la Directiva 2011/24 para obtener el reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza que se les dispensó en un tercer Estado miembro.

40. Es preciso recordar, antes de nada, que el artículo 7, apartado 1, de la Directiva 2011/24 dispone que, «sin perjuicio del Reglamento [n.º 883/2004] y a reserva de las disposiciones de los artículos 8 y 9 [de la citada Directiva], el Estado miembro de afiliación garantizará el reembolso de los gastos contraídos por *un asegurado* que haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza, siempre que dicha asistencia sanitaria figure entre las prestaciones a que el asegurado tiene derecho en el Estado miembro de afiliación». [15] De dicho tenor se desprende que el derecho al reembolso se reserva únicamente a los «asegurados».

41. Para responder a la primera cuestión prejudicial procede, por lo tanto, determinar si una persona en la situación de Y, que percibe una pensión en un primer Estado miembro y que tiene derecho, con arreglo al artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, a las prestaciones en especie proporcionadas por el Estado miembro de residencia por cuenta del primer Estado miembro, sin disponer, no obstante, de un seguro obligatorio de enfermedad en este último, puede ser calificada de «asegurado», en el sentido del artículo 7, apartado 1, de la Directiva 2011/24, de modo que pueda invocar el derecho al reembolso de los gastos de la asistencia transfronteriza.

42. Por las razones que expondré a continuación, considero que debe darse una respuesta afirmativa.

[13] Véase, a este respecto, la sentencia de 23 de septiembre de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza) (C-777/18, EU:C:2020:745), apartados 38 a 44.

[14] Véanse las sentencias de 23 de septiembre de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza) (C-777/18, EU:C:2020:745), apartados 45 a 55, y de 29 de octubre de 2020, Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:872), apartados 28 a 33, así como las conclusiones del Abogado General Hogan presentadas en el asunto Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325), puntos 48 a 68. A este respecto, es preciso observar que el Tribunal de Justicia ya ha identificado dos supuestos en los que el asegurado, aun a falta de una autorización debidamente expedida antes de comenzar a dispensarse el tratamiento programado en el Estado miembro de estancia, tiene derecho a que la institución competente le reembolse directamente un importe equivalente al que normalmente habría sufragado dicha institución si el asegurado hubiera dispuesto de tal autorización. Uno de estos supuestos puede plantearse cuando, en particular, por razones relacionadas con su estado de salud o con la necesidad de recibir tratamiento urgente en un establecimiento hospitalario, el asegurado se haya visto imposibilitado de solicitar tal autorización o no haya podido esperar a la resolución de la institución competente sobre la solicitud de autorización presentada. Por lo tanto, una normativa que excluye, en todos los casos, la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada en otro Estado miembro sin autorización priva al asegurado de la cobertura de tal asistencia, aun cuando, por lo demás, concurran los requisitos para ello. Tal normativa, que no puede estar justificada por razones imperiosas de interés general y que, en cualquier caso, no respeta la exigencia de proporcionalidad, restringe de forma injustificada la libre prestación de servicios [véase la sentencia de 23 de septiembre de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza), C-777/18, EU:C:2020:745, apartados 46 y 48 y jurisprudencia citada].

[15] El subrayado es mío.

1. Sobre el concepto de «asegurado» en el sentido de la Directiva 2011/24

43. El concepto de «asegurado» se define en el artículo 3, letra b), de la Directiva 2011/24 y designa, en particular, en su inciso ii), a «las personas, […] contempladas en el artículo 2 del Reglamento [n.º 883/2004], que sean aseguradas en la acepción del artículo 1, letra c) de dicho Reglamento». Por lo tanto, esta definición se remite a las disposiciones generales relativas a las «definiciones» y al «campo de aplicación personal» del Reglamento n.º 883/2004. En la medida en que esta definición se refiere a las disposiciones de dicho Reglamento de manera acumulativa, para que una persona sea calificada de «asegurado» en el sentido de la citada Directiva deben cumplirse estos dos requisitos previstos por dicho Reglamento.

44. A este respecto, es preciso señalar, por una parte, que, a tenor del artículo 2, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004, este se aplicará, en particular, a las «personas nacionales de uno de los Estados miembros […] que estén o hayan estado sujetas a la legislación de uno o de varios Estados miembros» y, por otra parte, que, con arreglo al artículo 1, letra c), de dicho Reglamento, se entiende por «"persona asegurada", en relación con las ramas de seguridad social contempladas en los capítulos 1 y 3 del título III, [16] toda persona que reúna las condiciones requeridas por la legislación del Estado miembro competente con arreglo al título II para tener derecho a las prestaciones, habida cuenta de las disposiciones [de dicho] Reglamento».

45. Por lo que se refiere al primer requisito previsto en el artículo 2, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004, que forma parte de su «campo de aplicación personal», considero que no cabe duda de que una persona, como Y, que es nacional de un Estado miembro y que percibe una pensión de dicho Estado miembro que le da derecho a las prestaciones en especie proporcionadas por su Estado de residencia por cuenta del Estado responsable del pago de la pensión, debe considerarse «sujeta a la legislación de un Estado miembro», aun cuando esta persona no disponga de un seguro obligatorio de enfermedad en el Estado responsable del pago de la pensión. En efecto, Y, como nacional neerlandesa, debe considerarse «sujeta a la legislación» de los Países Bajos, puesto que percibe una pensión de vejez en virtud de la AOW y debe pagar una cotización a la CAK con arreglo a la Zvw (véase el punto 18 de las presentes conclusiones).

46. En lo tocante al segundo requisito previsto en el artículo 1, letra c), del Reglamento n.º 883/2004, es preciso observar, por una parte, que el término «persona asegurada» fue introducido por este Reglamento [17] principalmente a efectos del capítulo 1 de su título III, rubricado «Prestaciones de enfermedad, de maternidad y de paternidad asimiladas», [18] dado que las disposiciones de coordinación en materia de enfermedad exigen que la persona esté «asegurada» en un Estado miembro. Y percibe una pensión de vejez en virtud de la AOW y, a resultas de ello, disfruta del derecho a la asistencia sanitaria prevista, en particular, en el artículo 24 de dicho Reglamento que, si bien no se refiere explícitamente a las «personas

[16] A saber, las ramas siguientes: a) las prestaciones de enfermedad; b) las prestaciones de maternidad y de paternidad asimiladas; c) las prestaciones de invalidez; d) las prestaciones de vejez; e) las prestaciones de supervivencia; f) las prestaciones de accidentes de trabajo y de enfermedad profesional; g) los subsidios de defunción; h) las prestaciones de desempleo; i) las prestaciones de prejubilación, y j) las prestaciones familiares.

[17] El Reglamento n.º 883/2004 modernizó y simplificó las normas contenidas en el Reglamento (CEE) n.º 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, en su versión modificada y actualizada por el Reglamento (CE) n.º 118/97 del Consejo, de 2 de diciembre de 1996 (DO 1997, L 28, p. 1). Sin embargo, el término «persona asegurada» no se utilizaba en el Reglamento n.º 1408/71.

[18] En efecto, el capítulo 3 del título III del Reglamento n.º 883/2004, titulado «Subsidios de defunción», en el que se emplea el término «persona asegurada», solo contiene dos disposiciones, a saber, los artículos 42 y 43, mientras que el capítulo 1 contiene tres secciones y 18 artículos.

aseguradas», forma parte del capítulo 1, y atañe, por lo tanto, a una de «las ramas de seguridad social contempladas en [el] título III», con arreglo a la primera frase del artículo 1, letra c), del citado Reglamento.

47. Por otra parte, para que Y, como «titular de una pensión», en el sentido del artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, pueda considerarse una «persona asegurada» en el sentido del artículo 1, letra c), de dicho Reglamento, con arreglo a la última frase de esta disposición, debe «[reunir] las condiciones requeridas por la legislación del Estado miembro competente con arreglo al título II para tener derecho a las prestaciones, habida cuenta de las disposiciones [de dicho] Reglamento».

48. En este sentido, conviene precisar que los titulares de pensiones en el sentido del artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004 podrán, de conformidad con el artículo 16, apartado 2, de dicho Reglamento, quedar exentos, si así lo solicitan, de la aplicación de la legislación del Estado miembro de residencia que, a tenor del artículo 11, apartado 3, letra e), del citado Reglamento, les sería normalmente aplicable. [19] En el presente asunto, consta que Y está sujeta a la legislación de los Países Bajos, como Estado miembro competente en virtud del título II de dicho Reglamento.

49. Si bien no corresponde al Tribunal de Justicia comprobar, interpretando el Derecho nacional, si Y reúne las «condiciones requeridas» por la legislación neerlandesa para tener derecho a las prestaciones previstas en el artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, procede señalar que el término «legislación», en el sentido de este Reglamento, debe interpretarse de manera amplia [20] y que la aplicación de la legislación nacional debe efectuarse, con arreglo al artículo 1, letra c), del citado Reglamento, «habida cuenta de las disposiciones [de dicho] Reglamento».

50. Así pues, es preciso declarar que las condiciones requeridas por la legislación neerlandesa para tener derecho a dichas prestaciones en especie en el territorio de los Países Bajos corresponden, de hecho, a las condiciones previstas en el artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, que supedita el derecho a prestaciones en especie que prevé al cumplimiento de tres condiciones. En primer lugar, el interesado debe percibir una o varias pensiones en virtud de la legislación de dos o más Estados miembros; en segundo lugar, no debe recibir prestaciones en especie de conformidad con la legislación de su Estado de residencia, y, en tercer lugar, debería tener derecho a estas prestaciones de conformidad con la legislación del Estado responsable del pago de la pensión si residiese en dicho Estado miembro. Aparte de estas tres condiciones, tal como confirmó el Gobierno neerlandés, la legislación neerlandesa no impone ninguna otra condición para poder disfrutar del derecho a prestaciones en especie en virtud del artículo 24 de dicho Reglamento. [21]

51. A resultas de ello, dado que a nivel nacional no se ha establecido ninguna condición adicional, un «titular de una pensión», en el sentido del artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, podrá ser calificado de «persona asegurada» en el sentido del artículo 1, letra c), del mismo, cuando cumpla las tres condiciones previstas en el artículo 24 de dicho Reglamento.

[19] El artículo 16, apartado 2, del Reglamento n.º 883/2004 precisa que esta posibilidad se ofrece, si así lo solicita el interesado, siempre que no esté sometido a la legislación del Estado de residencia a causa del ejercicio de una actividad por cuenta ajena o propia.

[20] Conforme al artículo 1, letra l), párrafo primero, del Reglamento n.º 883/2004, el término «legislación» designa, para cada Estado miembro, las leyes, los reglamentos, las disposiciones estatutarias y todas las demás medidas de aplicación que afecten a las ramas de seguridad social contempladas en el artículo 3, apartado 1, de este Reglamento.

[21] Véase, a este respecto, el artículo 69, apartado 1, de la Zvw, citado en el punto 17 de las presentes conclusiones.

52. Además, es preciso señalar que el Reino de los Países Bajos optó por su inclusión en la lista de los Estados miembros que figura en el anexo IV del Reglamento n.º 883/2004, lo que implica que una persona que es titular de una pensión y que, como Y, reside en otro Estado miembro, puede obtener, con arreglo al artículo 18, apartado 1, de dicho Reglamento, en relación con su artículo 27, apartado 2, prestaciones en especie mientras se encuentre en los Países Bajos (Estado miembro competente), por cuenta de la institución competente y según las disposiciones de la legislación nacional aplicable, como si residiera en dicho Estado miembro. Probablemente, Y se basó en esta disposición para someterse a un examen radiológico en el AZM, en los Países Bajos, a raíz de una primera consulta con un médico de cabecera en Bélgica. Por lo tanto, en cualquier caso, me parece que difícilmente cabe alegar que Y no es una «persona asegurada» de conformidad con la legislación neerlandesa.

53. Habida cuenta de lo anterior, considero que en el presente asunto se cumplen los requisitos previstos en el artículo 1, letra c), y en el artículo 2 del Reglamento n.º 883/2004. En consecuencia, procede concluir que Y, como «titular de una pensión», en el sentido del artículo 24 de dicho Reglamento, también debe considerarse «asegurado», en el sentido del artículo 3, letra b), inciso i), de la Directiva 2011/24 y, a resultas de ello, poder beneficiarse de los principios generales aplicables al reembolso de los gastos, establecidos en el artículo 7, apartado 1, de dicha Directiva.

2. Sobre la distinción entre «persona asegurada» y «titular de una pensión» en el sistema del Reglamento n.º 883/2004

54. Esta conclusión no puede quedar desvirtuada, en mi opinión, por la alegación del Gobierno neerlandés según la cual los «titulares de pensiones», en el sentido del Reglamento n.º 883/2004, no pueden ser también «personas aseguradas» en el sentido de dicho Reglamento. Según el Gobierno neerlandés, este Reglamento establece una distinción clara entre las disposiciones que se aplican a las «personas aseguradas», por una parte, y las que se aplican a los «titulares de pensiones», por la otra, de modo que estas dos categorías se excluirían mutuamente. En apoyo de dicha alegación, señala que, en el capítulo 1 del título III del citado Reglamento, la sección 1 se consagra a las «personas aseguradas y [a los] miembros de sus familias, *con excepción de los titulares de pensiones y miembros de sus familias*» y que la sección 2 está dedicada exclusivamente a los «*titulares de pensiones* y [a los] miembros de sus familias». [22] Asimismo, en el capítulo 3 del título III del Reglamento n.º 883/2004, su artículo 42 regula el supuesto de fallecimiento de una «persona asegurada» o de un miembro de su familia, mientras que el artículo 43 de ese Reglamento regula el supuesto de fallecimiento de un «titular de una pensión» o de un miembro de su familia. Por lo tanto, siguiendo esta lógica, el artículo 24 de dicho Reglamento, que figura en la sección 2 de su capítulo 1, debería aplicarse exclusivamente a los «titulares de pensiones» y no a las «personas aseguradas», de modo que un titular de una pensión, como Y, no podría invocar las disposiciones del artículo 7, apartado 1, de la Directiva 2011/24.

55. Sobre la base de un análisis del Reglamento n.º 883/2004, considero que, si bien es cierto que los términos «persona asegurada» y «titular de una pensión» no se utilizan indistintamente, en la medida en que tienen un significado autónomo y distinto, el concepto de «persona asegurada» debe poder comprender el concepto de «titular de una pensión» como categoría específica de las «personas aseguradas» que precisan disposiciones adaptadas a su situación, y ello por las razones que se exponen a continuación.

22 El subrayado es mío.

56. Conviene precisar, antes de nada, que el campo de aplicación personal del Reglamento n.º 883/2004 es el resultado de una ampliación progresiva, por parte de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia y de las consiguientes modificaciones legislativas, del campo de aplicación inicial del Reglamento n.º 3/1958.[23] Con objeto de lograr una simplificación radical de las disposiciones de gran complejidad relativas al campo de aplicación personal del antiguo Reglamento n.º 1408/71, el artículo 2 del Reglamento n.º 883/2004 hace una referencia general y exhaustiva a todas «las personas nacionales de uno de los Estados miembros […], que estén o hayan estado sujetas a la legislación de uno o de varios Estados miembros, así como a los miembros de sus familias y a sus supérstites».[24] De ello se sigue que el concepto de «persona asegurada» se refiere a las personas que, con independencia de su estatuto (por ejemplo, trabajador por cuenta ajena, titular de una pensión, etc.), reúnen las condiciones requeridas por la legislación del Estado miembro competente para tener derecho a las prestaciones. Ello significa que el Reglamento n.º 883/2004 se aplica íntegramente, con independencia de si el interesado ha estado asegurado como trabajador por cuenta ajena, como persona no activa o en razón de otras circunstancias como, en particular, la residencia o la nacionalidad.

57. La distinción trazada por el legislador de la Unión entre las «personas aseguradas» y los «titulares de pensiones» debe analizarse a la luz de esta evolución. Históricamente, esta distinción tiene su origen en el Reglamento n.º 1408/71, en particular en sus artículos 27 a 34, que corresponden, en esencia, a los artículos 23 a 30 del Reglamento n.º 883/2004.

58. A este respecto, procede señalar, en primer lugar, que, a tenor de los considerandos 20 y 22 del Reglamento n.º 883/2004, «en el ámbito de las prestaciones de enfermedad, de maternidad y de paternidad asimiladas, debe brindarse protección a las *personas aseguradas* […] que residan o se encuentren en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente», y que «*la situación particular* de los solicitantes de pensión y *pensionistas* […] hace necesario adaptar a esta situación las disposiciones reguladoras del seguro de enfermedad».[25] En consecuencia, los «titulares de pensiones» constituyen, para el legislador de la Unión, una subcategoría de las «personas aseguradas» cuya «situación particular» hace necesario adaptar a esta situación una serie de normas.

59. En efecto, siguiendo esta misma lógica, al establecer una distinción, a los efectos de los capítulos 1 y 3 del título III del Reglamento n.º 883/2004, entre, por una parte, las disposiciones aplicables a las «personas aseguradas», y, por otra parte, las aplicables a los «titulares de pensiones», el legislador de la Unión quiso establecer disposiciones específicas y más adecuadas para este grupo de personas aseguradas.

60. Más concretamente, habida cuenta de su situación específica —estas personas perciben su pensión con arreglo a la legislación de al menos dos Estados miembros o residen en un Estado miembro cuya legislación no les reconoce el derecho a prestaciones en especie (véanse los artículos 23 y 24 del Reglamento n.º 883/2004)—, estas disposiciones tienen por objeto determinar el Estado miembro responsable de la concesión de las prestaciones de enfermedad (véase el título III, capítulo 1, sección 2 de este Reglamento) a dicho titular de una pensión o el abono de prestaciones en caso de fallecimiento de este último (véase el título III, capítulo 3, artículo 43, de dicho Reglamento). Por lo tanto, estas disposiciones pueden considerarse normas de conflicto adaptadas a las necesidades de los titulares de pensiones y de los miembros de sus familias.

[23] Reglamento n.º 3 del Consejo relativo a la Seguridad Social de los trabajadores migrantes (DO 1958, P. 30, p. 561).

[24] Véanse, a este respecto, los considerandos 3 y 7 del Reglamento n.º 883/2004.

[25] El subrayado es mío.

61. En lo tocante, más precisamente, a la distinción efectuada en el marco del capítulo 1 del título III del Reglamento n.º 883/2004, es preciso constatar que la sección 2 de este capítulo, titulado «Prestaciones de enfermedad, de maternidad y de paternidad asimiladas», establece normas especiales de coordinación para los titulares de pensiones en caso de enfermedad y de maternidad, también en relación con los miembros de sus familias (véanse los artículos 23 a 30). En consecuencia, estas normas constituyen una *lex specialis* frente a las normas de la sección 1 (los artículos 17 a 22), que constituyen la *lex generalis*. En otras palabras, la sección 2 solo se aplica a los titulares de pensiones (asegurados), mientras que la sección 1 se aplica a toda persona asegurada, incluidos los titulares de pensiones, cuando la sección 2 así lo prevé. Esta estructura queda corroborada por el artículo 31 de dicho Reglamento, que pone de relieve asimismo el carácter complementario de los artículos 23 a 30, dado que estos artículos «no serán aplicables al titular de una pensión […] que teng[a] derecho a prestaciones con arreglo a la legislación de un Estado miembro en virtud de una actividad como trabajador por cuenta ajena o propia».

62. En segundo lugar, considero que esta interpretación no se ve invalidada por el hecho de que algunas disposiciones de la sección 2 del capítulo 1 del título III del Reglamento n.º 883/2004, que se refieren a los titulares de pensiones, establecen la aplicabilidad «por analogía» de determinadas disposiciones de la sección 1 del capítulo 1, en particular, el artículo 18, apartado 1, y los artículos 19, 20 y 21, de dicho Reglamento, a los titulares de pensiones. Por el contrario, esta arquitectura del capítulo 1 confirma, a mi modo de ver, la asimilación plena de los «titulares de pensiones» a las «personas aseguradas» y la aplicación de la *lex generalis* cuando esté justificado. En efecto, la sección 1 de este capítulo se titula «Personas aseguradas y miembros de sus familias, *con excepción de los titulares de pensiones y miembros de sus familias*», lo que implica que los titulares de pensiones forman parte del grupo de las «personas aseguradas».[26] Por lo tanto, es normal que, en aras de la claridad y la coherencia, cuando las normas de la *lex generalis* se apliquen a los «titulares de pensiones» que se beneficien de una *lex specialis*, esto se indique expresamente en las normas de la *lex specialis*, a saber, la sección 2 de dicho capítulo 1. Sentado lo anterior, es cierto que la utilización de la expresión «*por analogía*» puede inducir a error, en la medida en que el conjunto de las normas alude a las «personas aseguradas» y que no es necesario, por lo tanto, referirse a una aplicación por analogía.

63. De ello se sigue que, contrariamente a lo que sostiene el Gobierno neerlandés, los términos «persona asegurada» y «titular de una pensión» que se utilizan en el Reglamento n.º 883/2004 no son mutuamente excluyentes.

3. Sobre el concepto de «asegurado» en el sistema de la Directiva 2011/24

64. Como se ha señalado en los puntos 43 y 44 de las presentes conclusiones, la Directiva 2011/24 remite a la definición de «persona asegurada» que figura en el Reglamento n.º 883/2004. Ahora bien, la interpretación amplia del concepto de «persona asegurada», en el sentido de dicho Reglamento, parece quedar asimismo confirmada por la utilización de estos términos en el marco de la citada Directiva.

65. En efecto, como señala el órgano jurisdiccional remitente, por una parte, esta interpretación está en consonancia con el concepto de «Estado miembro de afiliación», que, para las personas a que se hace referencia en el artículo 3, letra b), inciso i), de la Directiva 2011/24, se define, en su artículo 3, letra c), inciso i), como el «Estado miembro que es competente para conceder al asegurado una autorización previa para recibir un tratamiento adecuado fuera del Estado

[26] El subrayado es mío.

miembro de residencia de conformidad con [los Reglamentos n.os 883/2004 y 987/2009 [27]]». En consecuencia, el legislador de la Unión no pretendió supeditar el derecho al reembolso a la condición de que el interesado esté «afiliado» al régimen legal obligatorio del seguro de enfermedad de un Estado miembro. [28]

66. Por otra parte, es preciso constatar que el artículo 7, apartado 2, letra a), de la Directiva 2011/24 establece una excepción al apartado 1 de dicho artículo —que regula del derecho al reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza contraídos por los «asegurados»— cuando extiende este derecho, en particular, a los «titulares de una pensión […] que residen en otro Estado miembro», para cubrir los gastos de asistencia sanitaria efectuados en el territorio del Estado responsable del pago de la pensión, cuando este figure en el anexo IV del Reglamento n.º 883/2004. En consecuencia, puede concluirse que el legislador de la Unión consideró, en el contexto de la adopción de la Directiva 2011/24, que los «titulares de pensiones» están comprendidos en el concepto de «persona asegurada», en el sentido del artículo 1, letra c), del Reglamento n.º 883/2004. Además, es la única vez que el término «titular de una pensión» se utiliza en dicha Directiva.

67. Habida cuenta de lo anterior, propongo que se responda a la primera cuestión prejudicial que las disposiciones combinadas del artículo 7, apartado 1, y del artículo 3, letra b), inciso i), de la Directiva 2011/24, en relación con el artículo 1, letra c), y el artículo 2 del Reglamento n.º 883/2004, deben interpretarse en el sentido de que las personas que perciben una pensión en virtud de la legislación de un Estado miembro y que tienen derecho, con arreglo al artículo 24 de dicho Reglamento, a las prestaciones en especie proporcionadas por el Estado de residencia por cuenta del primer Estado miembro, sin disponer, no obstante, de un seguro obligatorio de enfermedad en este primer Estado miembro, pueden invocar, en su condición de «asegurados» en el sentido de estas disposiciones, dicha Directiva para obtener el reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza que se les dispensó en un tercer Estado miembro.

C. Sobre la segunda cuestión prejudicial

68. Mediante su segunda cuestión prejudicial, el órgano jurisdiccional remitente pregunta, en esencia, si una persona titular de una pensión en virtud de la legislación de un Estado miembro y que tiene derecho, con arreglo al artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, a las prestaciones en especie proporcionadas por el Estado de residencia por cuenta del primer Estado miembro puede invocar el artículo 56 TFUE para obtener el reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria que se le dispensó en un Estado miembro distinto de su Estado de residencia y del Estado responsable del pago de la pensión.

69. He de señalar, antes de nada, que, si el Tribunal de Justicia respondiese en el sentido que propongo en el punto 67 de las presentes conclusiones, no procedería responder a la segunda cuestión prejudicial. En efecto, en tal supuesto, Y estaría comprendida en el ámbito de aplicación personal de la Directiva 2011/24, de modo que el órgano jurisdiccional remitente debería examinar, habida cuenta de las disposiciones de dicha Directiva, si la interesada tiene derecho a obtener el reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza que se le dispensó en Alemania, en particular en relación con los gastos de los tratamientos médicos para los que no solicitó

[27] Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del [Reglamento n.º 883/2004] (DO 2009, L 284, p. 1).

[28] Véase, asimismo, el considerando 13 de la Directiva 2011/24, con arreglo al cual «la obligación de reembolsar los costes de la asistencia sanitaria transfronteriza debe limitarse a la asistencia sanitaria a la cual el asegurado tenga derecho de conformidad con la legislación del Estado miembro de afiliación».

autorización previa. El examen que se realiza a continuación se basa, por lo tanto, en el supuesto de que el Tribunal de Justicia no suscriba este análisis y considere que procede dar una respuesta negativa a la primera cuestión prejudicial.

70. A este respecto, procede recordar, antes de nada, que la aplicación del artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004 a una situación determinada no excluye que esta situación pueda también estar comprendida en el ámbito de aplicación del artículo 56 TFUE y que el interesado pueda disponer paralelamente, en virtud de este último artículo, del derecho a recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro en condiciones de cobertura y reembolso diferentes de las que establece el artículo 20 de dicho Reglamento. [29] Esta jurisprudencia podría también aplicarse en el marco de la Directiva 2011/24, a pesar de que, como se desprende de su considerando 8, esta última codificó la jurisprudencia del Tribunal de Justicia relativa a la libertad de prestación de servicios garantizada por el artículo 56 TFUE en el ámbito de la asistencia sanitaria, con lo que se pretendía lograr una aplicación más general y también eficaz de los principios desarrollados caso por caso por esa jurisprudencia.

71. En efecto, procede recordar que de reiterada jurisprudencia se desprende que las prestaciones médicas objeto de nuestro análisis están comprendidas en el ámbito de aplicación del artículo 56 TFUE, relativo a la libre prestación de servicios, incluida la asistencia dispensada en un marco hospitalario. [30] La libre prestación de servicios comprende la libertad de los destinatarios de los servicios, incluidas las personas que requieren tratamiento médico, para desplazarse a otro Estado miembro con el fin de recibir allí dichos servicios. [31]

72. Así, en primer lugar, es preciso determinar si una normativa nacional, como la controvertida en el litigio principal, que supedita a autorización previa el reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria contraídos, en un Estado miembro distinto del Estado de residencia, por una persona que percibe una pensión en virtud de dicha normativa, constituye una restricción a la libre prestación de servicios consagrada en el artículo 56 TFUE.

73. A este respecto ha de señalarse que, según jurisprudencia consolidada, la exigencia de una autorización previa en relación con un tratamiento que se planea recibir en otro Estado miembro, a la que se subordina la cobertura por la institución competente, *según el régimen de cobertura en vigor en el Estado miembro al que pertenece esta*, de la asistencia programada en otro Estado miembro constituye una restricción a la libre prestación de servicios, tanto para los pacientes como para los prestadores de servicios, ya que dicho sistema disuade e incluso impide a esos pacientes dirigirse a los prestadores de servicios médicos establecidos en otro Estado miembro para obtener la asistencia de que se trata. [32] Dicho de otro modo, el artículo 56 TFUE se opone a la aplicación de toda normativa nacional que tenga por efecto hacer más difíciles las prestaciones de servicios entre Estados miembros que las prestaciones puramente internas de un Estado miembro. [33] Por lo tanto, dicha autorización puede constituir efectivamente una restricción a la libre prestación de servicios.

[29] Sentencia de 23 de septiembre de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza) (C-777/18, EU:C:2020:745), apartado 33 y jurisprudencia citada.

[30] Sentencia de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), apartado 36 y jurisprudencia citada.

[31] Sentencias de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), apartado 37 y jurisprudencia citada, y de 21 de junio de 2012, Susisalo y otros (C-84/11, EU:C:2012:374), apartados 26 a 28.

[32] Sentencia de 27 de octubre de 2011, Comisión/Portugal (C-255/09, EU:C:2011:695), apartado 60 y jurisprudencia citada.

[33] Sentencia de 16 de mayo de 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325), apartado 94 y jurisprudencia citada.

74. En segundo lugar, procede comprobar si tal restricción a la libre prestación de servicios puede estar justificada. En efecto, el Tribunal de Justicia declaró que, aunque una autorización previa constituye, tanto para los pacientes como para los prestadores de servicios, un obstáculo a la libre prestación de servicios, el artículo 56 TFUE, en principio, no prohíbe que el derecho de un paciente a recibir asistencia hospitalaria en otro Estado miembro a cargo del sistema al que está afiliado esté sometido a autorización previa.[34] Puede considerarse que los objetivos de esta exigencia de autorización previa están destinados: i) a evitar un riesgo de perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social; ii) a mantener un servicio médico y hospitalario equilibrado y accesible a todos; iii) a mantener una capacidad de asistencia o una competencia médica en el territorio nacional, y iv) a hacer posible una planificación que persigue el objetivo de garantizar en el territorio del Estado miembro de que se trate un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de prestaciones hospitalarias de calidad.[35]

75. El Tribunal de Justicia declaró que, con respecto a los tratamientos hospitalarios o los tratamientos médicos que requieren de equipos médicos muy especializados y costosos (en lo sucesivo, «tratamientos no hospitalarios especialmente onerosos»),[36] si bien el Derecho de la Unión, no se opone, en principio, a un sistema de autorización previa, es necesario, sin embargo, que los requisitos para la concesión de dicha autorización se justifiquen a la luz de las razones imperiosas antes referidas, que no vayan más allá de lo objetivamente necesario para conseguir su propósito y que no pueda conseguirse el mismo resultado mediante normas menos rigurosas. Asimismo, tal sistema debe basarse en criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano, de forma que queden establecidos los límites del ejercicio de la facultad de apreciación de las autoridades nacionales, con el fin de que esta no pueda ejercerse de manera arbitraria.[37]

76. En el presente asunto, el Gobierno neerlandés no ha ofrecido ninguna justificación en relación con la normativa neerlandesa aplicable, que supedita a autorización previa el reembolso de los gastos de las prestaciones en especie proporcionadas a un titular de una pensión, en virtud del artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, en un Estado miembro distinto del Estado de residencia. En consecuencia, corresponde al órgano jurisdiccional remitente comprobar si dicha justificación existe y si cumple las condiciones establecidas en la jurisprudencia anteriormente citada.

77. A este respecto, conviene subrayar sin embargo que, como se desprende de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, una normativa nacional que excluye, *en todos los casos*, la cobertura de la asistencia dispensada sin autorización previa priva a la persona asegurada que, por razones ligadas a su estado de salud o a la necesidad de recibir una asistencia urgente en un establecimiento hospitalario, no haya podido solicitar tal autorización o no haya podido esperar a la respuesta de la institución competente, de la cobertura, por parte de dicha institución, de tal asistencia, aun cuando se reúnan los requisitos necesarios para tal cobertura.[38] El Tribunal de Justicia declaró que, en tales situaciones, la cobertura de tal asistencia no pone en peligro la consecución de los objetivos de planificación hospitalaria ni constituye un perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social, en la medida en que dicha cobertura no afecta al

[34] Sentencia de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), apartado 41.

[35] Sentencia de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), apartados 42 y 43.

[36] Sentencia de 23 de septiembre de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza) (C-777/18, EU:C:2020:745, apartado 60 y jurisprudencia citada).

[37] Sentencia de 5 de octubre de 2010 Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), apartado 44.

[38] Sentencia de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), apartado 45.

mantenimiento de un servicio hospitalario equilibrado y accesible a todos, ni tampoco al mantenimiento de una capacidad de asistencia o de una competencia médica en el territorio nacional. [39]

78. De ello se deduce que una normativa nacional que excluye el reembolso, por parte de la institución competente, de los gastos relativos a la asistencia hospitalaria o no hospitalaria especialmente onerosa recibida en otro Estado miembro, a falta de autorización previa, incluso en las situaciones particulares en que el asegurado se haya visto en la imposibilidad de solicitar tal autorización o no haya podido esperar a la resolución de la institución competente sobre la solicitud de autorización presentada, por razones relacionadas con su estado de salud o con la necesidad de recibir urgentemente la referida asistencia, aun cuando, por lo demás, se cumplan los requisitos de tal cobertura, no cumple la exigencia de proporcionalidad. Por lo tanto, esa normativa nacional supone una restricción desproporcionada de la libre prestación de servicios reconocida en el artículo 56 TFUE, e infringe lo dispuesto en el artículo 8, apartado 1, de la Directiva 2011/24.

79. En el presente asunto, de los autos del litigio principal se desprende que la CAK se declaró incompetente para conocer del asunto por el mero hecho de que no se había solicitado autorización previa, sin comprobar, no obstante, durante la fase administrativa, si la situación de Y era de una urgencia tal que no requería la obtención de una autorización (véanse los puntos 24 y 26 de las presentes conclusiones). En consecuencia, un procedimiento de denegación cuasiautomática no cumple el requisito de proporcionalidad.

80. Habida cuenta de lo anterior, propongo que se responda a la segunda cuestión prejudicial que el artículo 56 TFUE debe interpretarse en el sentido de que se opone a una normativa nacional, como la controvertida en el litigio principal, que excluye de oficio el reembolso, por parte de la institución competente, de los gastos relativos a la asistencia hospitalaria o no hospitalaria especialmente onerosa recibida en otro Estado miembro, a falta de autorización previa, incluso en las situaciones particulares en que el asegurado se haya visto en la imposibilidad de solicitar tal autorización o no haya podido esperar a la resolución de la institución competente sobre la solicitud de autorización presentada, por razones relacionadas con su estado de salud o con la necesidad de recibir urgentemente la referida asistencia, aun cuando, por lo demás, se cumplan los requisitos de tal cobertura.

V. Conclusión

81. Habida cuenta de lo anterior, propongo al Tribunal de Justicia que responda a las cuestiones prejudiciales planteadas por el Centrale Raad van Beroep (Tribunal Central de Apelación, Países Bajos) del siguiente modo:

«1) Las disposiciones combinadas del artículo 7, apartado 1, y del artículo 3, letra b), inciso i), de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, en relación con el artículo 1, letra c), y el artículo 2 del Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, en su versión modificada por el Reglamento (CE) n.º 988/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, deben interpretarse en el sentido de que las personas que perciben una pensión en virtud de la legislación de un

[39] Sentencia de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), apartado 46.

Estado miembro y que tienen derecho, con arreglo al artículo 24 de dicho Reglamento, a las prestaciones en especie proporcionadas por el Estado de residencia por cuenta del primer Estado miembro, sin disponer, no obstante, de un seguro obligatorio de enfermedad en este primer Estado miembro, pueden invocar, en su condición de «asegurados» en el sentido de estas disposiciones, dicha Directiva para obtener el reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza que se les dispensó en un tercer Estado miembro.

2) El artículo 56 TFUE debe interpretarse en el sentido de que se opone a una normativa nacional, como la controvertida en el litigio principal, que excluye de oficio el reembolso, por parte de la institución competente, de los gastos relativos a la asistencia hospitalaria o no hospitalaria especialmente onerosa recibida en otro Estado miembro, a falta de autorización previa, incluso en las situaciones particulares en que el asegurado se haya visto en la imposibilidad de solicitar tal autorización o no haya podido esperar a la resolución de la institución competente sobre la solicitud de autorización presentada, por razones relacionadas con su estado de salud o con la necesidad de recibir urgentemente la referida asistencia, aun cuando, por lo demás, se cumplan los requisitos de tal cobertura.»