Coletânea da Jurisprudência

CONCLUSÕES DO ADVOGADO-GERAL
ATHANASIOS RANTOS
apresentadas em 22 de abril de 2021 [1]

Processo C-636/19

Y
contra
CAK

[pedido de decisão prejudicial apresentado pelo Centrale Raad van Beroep (Tribunal de Recurso da Segurança Social e da Função Pública, Países Baixos)]

«Reenvio prejudicial — Cuidados de saúde transfronteiriços — Diretiva 2011/24/UE — Artigo 3.º, alínea b), i) — Conceito de "pessoa segurada" — Artigo 7.º — Reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços — Regulamento (CE) n.º 883/2004 — Artigo 1.º, alínea c) — Artigo 24.º — Direito a prestações em espécie concedidas pelo Estado-Membro de residência por conta do Estado-Membro responsável pela pensão — Artigo 56.º TFUE»

I. Introdução

1. Uma pessoa que recebe uma pensão ao abrigo da legislação de um Estado-Membro (a seguir «Estado responsável pela pensão») e que tem direito, nos termos do artigo 24.º do Regulamento (CE) n.º 883/2004 [2], a prestações em espécie concedidas pelo Estado-Membro da sua residência (a seguir «Estado de residência») por conta do Estado responsável pela pensão, sem, no entanto, dispor de um seguro de doença obrigatório neste Estado, está abrangida pelo conceito de «pessoa segurada», na aceção do artigo 3.º, alínea b), i), da Diretiva 2011/24/UE [3], pelo que pode invocar o artigo 7.º, n.º 1, desta diretiva a fim de ser reembolsada, pelo Estado responsável pela pensão, dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços que recebeu num terceiro Estado-Membro? Em caso de resposta negativa, uma recusa de reembolso, pelo Estado responsável pela pensão, dos custos desses cuidados de saúde transfronteiriços por falta de autorização prévia pode constituir um entrave injustificado à livre prestação de serviços, em violação do artigo 56.º TFUE?

[1] Língua original: francês.

[2] Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social (JO 2004, L 166, p. 1 e retificação JO 2004, L 200, p. 1), conforme alterado pelo Regulamento (CE) n.º 988/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009 (JO 2009, L 284, p. 43) (a seguir «Regulamento n.º 883/2004»).

[3] Diretiva do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços (JO 2011, L 88, p. 45).

2. Estas são as questões suscitadas pelo presente processo que levarão o Tribunal de Justiça, por um lado, a precisar a articulação entre as disposições do Regulamento n.º 883/2004 e as disposições da Diretiva 2011/24 que permitem a uma pessoa segurada receber cuidados de saúde transfronteiriços [4] e, por outro, a aplicar a sua jurisprudência relativa à autorização prévia enquanto entrave à livre prestação de serviços na aceção do artigo 56.º TFUE [5].

II. Quadro jurídico

A. Direito da União

1. Regulamento n.º 883/2004

3. Segundo os considerandos 20 e 22 do Regulamento n.º 883/2004:

«(20) Em matéria de prestações por doença, maternidade e paternidade equiparadas, importa garantir uma proteção para as pessoas seguradas e seus familiares que residam ou tenham estada num Estado-Membro que não o Estado-Membro competente.

[…]

(22) A situação específica dos requerentes e titulares de pensões e dos seus familiares implica a aprovação de disposições em matéria de seguro de doença adaptadas a esta situação.»

4. Nos termos do artigo 1.º, alíneas c), q) e v-A), deste regulamento:

«Para os efeitos do presente regulamento, entende-se por:

[…]

c) "Pessoa segurada", em relação a cada um dos ramos da segurança social abrangidos pelos Capítulos 1 e 3 do Título III, uma pessoa que satisfaça as condições exigidas pela legislação do Estado-Membro competente de acordo com o título II, para ter direito às prestações, tendo em conta o presente regulamento;

[…]

q) "Instituição competente":

i) a instituição em que o interessado esteja inscrito no momento do pedido das prestações,

ou

[4] A articulação entre estes dois atos legislativos e as suas diferenças já foi examinada em detalhe, nomeadamente nas Conclusões do advogado-geral G. Hogan no processo Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, n.os 48 a 68). V., igualmente, a este respeito, 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] Esta questão já foi examinada pelo Tribunal de Justiça, nomeadamente nos Acórdãos de 5 de outubro de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), e de 23 de setembro de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Cuidados de saúde transfronteiriços) (C-777/18, EU:C:2020:745).

ii) a instituição pela qual o interessado tem ou teria direito a prestações se residisse ou se o ou os familiares residissem no Estado-Membro em que se situa essa instituição,

[…]

s) "Estado-Membro competente", o Estado-Membro em que se encontre a instituição competente;

[…]

v-A) "Prestações em espécie":

i) para efeitos do capítulo 1 do título III (prestações por doença, maternidade e paternidade equiparadas), as prestações em espécie previstas na legislação de um Estado-Membro destinadas a fornecer, disponibilizar, pagar diretamente ou reembolsar cuidados de saúde, produtos medicinais e respetivos serviços auxiliares, incluindo as prestações em espécie para os cuidados de longa duração;

[…]»

5. O artigo 2.º do referido regulamento, com a epígrafe «Âmbito de aplicação pessoal», dispõe no seu n.º 1:

«O presente regulamento aplica-se aos nacionais de um Estado-Membro, aos apátridas e refugiados residentes num Estado-Membro que estejam ou tenham estado sujeitos à legislação de um ou mais Estados-Membros, bem como aos seus familiares e sobreviventes.»

6. Incluído no título II do mesmo regulamento, com a epígrafe «Determinação da legislação aplicável», o artigo 11.º, intitulado «Regras gerais», enuncia no seu n.º 3, alínea e):

«Sem prejuízo dos artigos 12.º a 16.º:

[…]

e) Outra pessoa à qual não sejam aplicáveis as alíneas a) a d) está sujeita à legislação do Estado-Membro de residência, sem prejuízo de outras disposições do presente regulamento que lhe garantam prestações ao abrigo da legislação de um ou mais outros Estados-Membros.»

7. O título III do Regulamento n.º 883/2004, com a epígrafe «Disposições especiais relativas às diferentes categorias de prestações», contém um capítulo 1, cuja secção 1 se intitula «Pessoas seguradas e seus familiares, com exceção dos titulares de pensões e seus familiares».

8. O artigo 18.º, n.º 1, deste regulamento tem a seguinte redação:

«1. Salvo disposição em contrário no n.º 2, a pessoa segurada e os seus familiares referidos no artigo 17.º têm igualmente direito a prestações em espécie durante a sua estada no Estado-Membro competente. As prestações em espécie são concedidas pela instituição competente e a cargo desta, de acordo com as disposições da legislação por ela aplicada, como se os interessados residissem nesse Estado-Membro.»

9. Incluído nessa secção 1, o artigo 19.º, n.º 1, do referido regulamento, com a epígrafe «Estada fora do Estado-Membro competente», prevê:

«1. Salvo disposição em contrário no n.º 2, uma pessoa segurada e os seus familiares em situação de estada num Estado-Membro que não seja o Estado-Membro competente têm direito às prestações em espécie que se tornem clinicamente necessárias durante a sua estada, em função da natureza das prestações e da duração prevista da estada. Essas prestações são concedidas, a cargo da instituição competente, pela instituição do lugar de estada, de acordo com a legislação por ela aplicada, como se os interessados estivessem segurados de acordo com essa legislação.»

10. O artigo 20.º do mesmo regulamento, igualmente incluído na secção 1 e com a epígrafe «Viagem com o objetivo de receber prestações em espécie — Autorização para receber tratamento adequado fora do Estado-Membro de residência», dispõe nos seus n.os 1 e 2:

«1. Salvo disposição em contrário no presente regulamento, uma pessoa segurada que viaje para outro Estado-Membro com o objetivo de receber prestações em espécie durante a estada deve pedir autorização à instituição competente.

2. A pessoa segurada autorizada pela instituição competente a deslocar-se a outro Estado-Membro para aí receber o tratamento adequado ao seu estado beneficia das prestações em espécie concedidas, a cargo da instituição competente, pela instituição do lugar de estada, de acordo com as disposições da legislação por ela aplicada, como se fosse segurada de acordo com essa legislação. A autorização deve ser concedida sempre que o tratamento em questão figure entre as prestações previstas pela legislação do Estado-Membro onde o interessado reside e onde esse tratamento não possa ser prestado dentro de um prazo clinicamente seguro, tendo em conta o seu estado de saúde atual e a evolução provável da doença.»

11. O artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004, com a epígrafe «Ausência de direito a prestações em espécie ao abrigo da legislação do Estado-Membro de residência» e incluído na sua secção 2 do título III, a qual tem a epígrafe «Titulares de pensões e seus familiares», tem a seguinte redação:

«1. A pessoa que receba uma pensão ou pensões ao abrigo da legislação de um ou mais Estados-Membros e que não tenha direito a prestações em espécie ao abrigo da legislação do Estado-Membro de residência, beneficia, no entanto, dessas prestações para si própria e para os seus familiares, desde que a tal tenha direito ao abrigo da legislação do Estado-Membro ou de, pelo menos, um dos Estados-Membros competentes no que respeita às suas pensões, se residir nesse Estado-Membro. As prestações em espécie são concedidas, a cargo da instituição referida no n.º 2, pela instituição do lugar de residência, como se o interessado tivesse direito a uma pensão e a prestações em espécie ao abrigo da legislação desse Estado-Membro.

2. Nos casos previstos no n.º 1, o encargo das prestações em espécie é suportado pela instituição determinada de acordo com as seguintes regras:

a) Se o titular de pensão tiver direito a prestações em espécie ao abrigo da legislação de um único Estado-Membro, o encargo é suportado pela instituição competente desse Estado-Membro;

[…]»

12. O artigo 27.º deste regulamento, com a epígrafe «Estada do titular de pensão ou dos seus familiares num Estado-Membro que não seja aquele em que residem», prevê:

«1. O artigo 19.º aplica-se, com as devidas adaptações, à pessoa que receba uma pensão ou pensões ao abrigo da legislação de um ou mais Estados-Membros, que tenha direito a prestações em espécie nos termos da legislação de um dos Estados-Membros que lhe concedem a ou as pensões ou aos seus familiares em situação de estada num Estado-Membro que não seja aquele em que residem.

2. O n.º 1 do artigo 18.º aplica-se, com as devidas adaptações, às pessoas referidas no n.º 1, quando tenham estada no Estado-Membro em que esteja situada a instituição competente responsável pelo encargo das prestações em espécie concedidas ao titular de pensão no Estado-Membro da sua residência, e o referido Estado-Membro tenha optado por este regime e esteja inscrito no anexo IV.

3. O artigo 20.º aplica-se, com as devidas adaptações, ao titular de pensão e/ou aos seus familiares que tenham estada num Estado-Membro que não seja aquele onde residem, para aí receberem um tratamento adequado ao seu estado.

4. Salvo disposição em contrário no n.º 5, o encargo das prestações em espécie a que se referem os n.ºs 1 a 3 é suportado pela instituição competente responsável pelo encargo das prestações em espécie concedidas ao titular de pensão no Estado-Membro da sua residência.

5. O encargo das prestações em espécie referidas no n.º 3 é suportado pela instituição do lugar de residência do titular de pensão ou dos seus familiares, caso essas pessoas residam num Estado-Membro que tenha optado pelo reembolso com base em montantes fixos. Nestes casos, para efeitos do n.º 3, a instituição do lugar de residência do titular de pensão ou dos seus familiares será considerada a instituição competente.»

13. O artigo 31.º do referido regulamento, com a epígrafe «Disposição geral» e incluído na secção 3 do capítulo 1 do referido regulamento, enuncia:

«Os artigos 23.º a 30.º não se aplicam ao titular de pensão […] que tenham direito a prestações ao abrigo da legislação de um Estado-Membro em virtude do exercício de uma atividade por conta de outrem ou por conta própria. Nesse caso, para efeitos do presente capítulo, aplicam-se ao interessado os artigos 1[7].° a [2]1.º»

2. Diretiva 2011/24

14. O artigo 3.º da Diretiva 2011/24 tem a seguinte redação:

«Para os efeitos da presente diretiva, entende-se por:

a) "Cuidados de saúde", os serviços de saúde prestados por profissionais de saúde aos doentes com o objetivo de avaliar, manter ou reabilitar o seu estado de saúde, incluindo a prescrição, a dispensa e o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos;

b) "Pessoa segurada":

i) as pessoas, incluindo os membros da sua família e os seus sobreviventes, abrangidas pelo artigo 2.º do Regulamento [n.º 883/2004] e que sejam pessoas seguradas na aceção da alínea c) do artigo 1.º do mesmo regulamento, e

ii) […]»

15. O artigo 7.º dessa diretiva, com a epígrafe «Princípios gerais de reembolso dos custos», prevê nos seus n.os 1 e 2:

«1. Sem prejuízo do Regulamento [n.º 883/2004] e dos artigos 8.º e 9.º, o Estado-Membro de afiliação assegura o reembolso dos custos suportados pela pessoa segurada que receba cuidados de saúde transfronteiriços se os cuidados de saúde em questão figurarem entre as prestações a que a pessoa segurada tem direito no Estado-Membro de afiliação.

2. Não obstante o disposto no n.º 1:

a) Se um Estado-Membro constar do anexo IV do Regulamento [n.º 883/2004] [6] e, ao abrigo desse regulamento, tiver reconhecido o direito a prestações de doença para os titulares de pensões e membros da sua família que residam noutro Estado-Membro, deve prestar-lhes cuidados de saúde ao abrigo da presente diretiva, a expensas suas, quando aqueles estiverem no seu território, nos termos da sua legislação, como se as pessoas em causa fossem residentes no Estado-Membro constante daquele anexo;

[…]»

16. O artigo 8.º da referida diretiva, com a epígrafe «Cuidados de saúde que podem ser sujeitos a autorização prévia», dispõe nos seus n.os 1 e 2:

«1. O Estado-Membro de afiliação pode prever um sistema de autorização prévia para o reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços, nos termos do presente artigo e do artigo 9.º O sistema de autorização prévia, incluindo os critérios e a aplicação dos mesmos e as decisões individuais de recusa da concessão de autorização prévia, não deve ir além do necessário e deve ser proporcional ao objetivo visado e não pode constituir um meio de discriminação arbitrária ou um entrave injustificado à livre circulação dos doentes.

2. Os cuidados de saúde que podem ser sujeitos a autorização prévia ficam limitados aos cuidados de saúde que:

a) Estejam sujeitos a requisitos de planeamento relacionados com o objetivo de garantir um acesso suficiente e permanente a uma gama equilibrada de tratamentos de elevada qualidade no Estado-Membro em questão ou com o desejo de controlar os custos e evitar, tanto quanto possível, o desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos, e:

i) que impliquem o internamento hospitalar do doente durante, pelo menos, uma noite, ou

(ii) exijam o recurso a infraestruturas ou equipamentos médicos altamente especializados e onerosos;

[6] Na sequência da adoção do Regulamento n.º 988/2009, o Reino dos Países Baixos consta do anexo IV do Regulamento n.º 883/2004, que contém a lista dos Estados-Membros que concederam direitos suplementares aos titulares de pensões que regressem ao Estado-Membro competente (artigo 27.º, n.º 2, do Regulamento n.º 883/2004).

[…]

Os Estados-Membros comunicam à Comissão as categorias de cuidados de saúde a que se refere a alínea a).»

B. Direito neerlandês

17. O artigo 69.º da Zorgverzekeringswet (Lei sobre o Seguro de Saúde; a seguir «Zvw»), na versão aplicável aos factos no processo principal [7], dispõe:

«1. Os residentes no estrangeiro que, por aplicação de um regulamento do Conselho das Comunidades Europeias ou por aplicação de um regulamento adotado ao abrigo do Acordo sobre o Espaço Económico Europeu ou de uma convenção em matéria de segurança social, têm direito, em caso de necessidade, a cuidados de saúde ou ao reembolso dos respetivos custos, nos termos previstos na legislação da segurança social do Estado em que residem, devem efetuar uma comunicação nesse sentido ao [Centraal Administratie Kantoor (Gabinete da Administração Central, Países Baixos; a seguir "CAK"], exceto se estiverem abrangidos, nos termos da presente lei pelo seguro obrigatório.

2. As pessoas referidas nos n.os 1, 14 e 15 do presente artigo ficam sujeitas ao pagamento de uma contribuição, de montante a definir por decreto ministerial. Uma fração da referida contribuição, a definir nesse decreto, será considerada prémio de seguro de saúde para efeitos da aplicação da [Wet op de zorgtoeslag (Lei Relativa às Prestações de Saúde [Wet op de zorgtoeslag)].

[…]

4. Compete ao [CAK] assegurar a aplicação do disposto nos n.os 1, 14 e 15 do presente artigo e das normas internacionais neles referidas, assim como decidir da liquidação e cobrança da contribuição a que se referem os n.os 2 e 3.

[…]»

III. Litígio no processo principal, questões prejudiciais e tramitação do processo no Tribunal de Justiça

18. Y, recorrente no processo principal, de nacionalidade neerlandesa, reside com o seu cônjuge na Bélgica e recebe uma pensão por velhice ao abrigo da Algemene Ouderdomswet (Lei Neerlandesa Que Estabelece o Regime Geral da Pensão por Velhice; a seguir «AOW») [8]. À data dos factos do processo principal, Y tinha direito, nos termos do artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004, enquanto titular dessa pensão, a cuidados de saúde no seu Estado de residência (a Bélgica), por conta do Estado-Membro da referida pensão (os Países Baixos). Para beneficiar desse direito, estava obrigada a pagar uma contribuição, nos termos do artigo 69.º da Zvw, lido em

7 Stb. 2005, n.º 358, na sua versão em vigor entre 1 de abril de 2014 e 1 de janeiro de 2017 (Stb. 2013, n.º 578).

8 Stb. 1956, n.º 281.

conjugação com o artigo 30.º do Regulamento n.º 883/2004. Como titular de pensão ao abrigo do direito da União[9], Y não se encontrava coberta pelo regime de seguro de cuidados de saúde obrigatório neerlandês e estava isenta do pagamento das respetivas contribuições.

19. Em 6 de março de 2015, na sequência de uma consulta com um médico de clínica geral na Bélgica, Y foi sujeita a um exame radiológico no Academisch Ziekenhuis Maastricht (Hospital Universitário de Maastricht, Países Baixos; a seguir «AZM») e, seguidamente, em 8 de março de 2015, a uma ressonância magnética (RMN). Em 9 e 11 de março de 2015, o marido de Y contactou por telefone o recorrido no processo principal, o CAK — organismo competente ao qual incumbe a aplicação do Regulamento n.º 883/2004[10] — acerca de um tratamento médico que Y tencionava receber na Alemanha. O CAK chamou a atenção do marido de Y para o procedimento de autorização.

20. Em 12 de março de 2015, o AZM diagnosticou a Y um cancro da mama de grau 2 e propôs-lhe um tratamento.

21. Em 13 de março de 2015, Y pediu uma segunda opinião médica no Franziskus Hospital Harderberg situado em Osnabrück (Alemanha), para a qual pediu a autorização prévia ao CAK. Nessa consulta, foi-lhe diagnosticado um cancro da mama de grau 3.

22. Em 20 de março de 2015 Y foi submetida a uma intervenção cirúrgica aos seios no referido hospital alemão, e em 25 de março de 2015 foram-lhe retirados os gânglios linfáticos. No âmbito destas cirurgias, Y ficou internada no referido hospital no período compreendido entre 19 de março e 30 de março de 2015. Posteriormente, entre 14 de abril de 2015 e 24 de junho de 2015, Y recebeu nesse hospital tratamentos pós-operatórios, entre os quais radioterapia. Não foi solicitada qualquer autorização prévia ao CAK para estas cirurgias e estes tratamentos.

23. Em 19 de março de 2015, o organismo belga de seguro de doença[11] a que Y pertencia apresentou um pedido ao CAK com vista a obter uma autorização (*a posteriori*) para o tratamento médico programado na sequência da consulta de 13 de março de 2015 no Franziskus Hospital Harderberg.

24. Em 1 de maio de 2015, o CAK recusou conceder a referida autorização por considerar que só era competente para o fazer se Y tivesse pedido uma autorização prévia para os tratamentos em causa, o que esta não tinha feito.

25. Em 1 de julho de 2015, Y solicitou ao CAK o reembolso das despesas relativas aos tratamentos médicos a que tinha sido submetida na Alemanha, no montante total de 16 853,13 euros, tendo apresentado as faturas referentes a esses tratamentos.

26. Por Decisão de 20 de julho de 2015, o CAK indeferiu esse pedido com o fundamento de que Y se tinha deslocado à Alemanha para receber tratamentos médicos, que ele qualificou de «cuidados de saúde programados», tal como descritos no artigo 20.º do Regulamento n.º 883/2004, que não tinham sido prestados na Bélgica (Estado de residência) nem nos Países Baixos (Estado

[9] O Governo neerlandês explica que este grupo de pessoas é designado como «verdragsgerechtigde gepensioneerden» [titulares de pensão ao abrigo de uma convenção], designando o termo «verdragsgerechtigd», em substância, qualquer pessoa residente fora dos Países Baixos que tem direito a uma prestação legal a cargo dos Países Baixos por força do direito da União.

[10] O órgão jurisdicional de reenvio precisa que, desde 1 de janeiro de 2017, em casos como o do processo principal, o CAK exerce as competências anteriormente exercidas pelo Zorginstituut Nederland (Instituto para a prestação de cuidados de saúde dos Países Baixos).

[11] Christelijke Mutualiteit Limburg (Mutualista Cristã de Limburg), que era a «instituição do lugar de residência» a que se refere o artigo 1.º, alínea r), do Regulamento n.º 883/2004.

responsável pela pensão) e para os quais Y não tinha pedido uma autorização prévia. Na falta desse pedido de autorização, o CAK considerou que não era competente para reembolsar as despesas médicas em causa.

27. Por Decisão de 4 de janeiro de 2016, a reclamação apresentada por Y contra a Decisão de 20 de julho de 2015 foi indeferida por falta de fundamento.

28. Por Sentença de 24 de novembro de 2016, o rechtbank Amsterdam (Tribunal de Primeira Instância de Amesterdão, Países Baixos) negou provimento ao recurso interposto da decisão de 4 de janeiro de 2016. O referido órgão jurisdicional considerou, em substância, que a hospitalização, a consulta preliminar e o tratamento programados na Alemanha no espaço de uma semana não comprovavam uma urgência extrema no que diz respeito ao estado de saúde de Y durante a sua estada nesse Estado. Segundo o referido órgão jurisdicional, o CAK tinha razão ao qualificar o tratamento médico prestado a Y na Alemanha de «cuidados de saúde programados», para o qual não tinha sido concedida nenhuma autorização, e, consequentemente, ao recusar o reembolso das despesas médicas correspondentes.

29. Y interpôs recurso dessa sentença para o órgão jurisdicional de reenvio, o Centrale Raad van Beroep (Tribunal de Recurso da Segurança Social e da Função Pública, Países Baixos), alegando, em substância, por um lado, que as intervenções cirúrgicas de 20 e 25 de março de 2015 deviam ser consideradas, devido ao seu caráter urgente e imprevisível no plano médico, cuidados de saúde «não programados», na aceção do artigo 19.º do Regulamento n.º 883/2004, cujo reembolso não estava sujeito a autorização prévia, e, por outro, que os custos dos tratamentos pós-operatórios, entre os quais a radioterapia, que tiveram lugar igualmente na Alemanha entre 14 de abril e 24 de junho de 2015, também não estavam subordinados a uma autorização prévia nos termos do artigo 8.º da Diretiva 2011/24.

30. A este respeito, o órgão jurisdicional de reenvio refere que considera que o CAK não estava obrigado a proceder ao reembolso dos custos incorridos por Y na Alemanha com base no artigo 20.º, n.º 1, do Regulamento n.º 883/2004 que se aplicava, *mutatis mutandis*, aos titulares de pensão como Y, por força do artigo 27.º, n.º 3, deste regulamento. Com efeito, admitindo que não era necessário decidir a questão de saber se a simples falta de um pedido de autorização prévia por parte de Y era suficiente para que o CAK pudesse recusar o reembolso desses custos, o órgão jurisdicional de reenvio observa que, no decurso do processo que lhe foi submetido, se verificou que, mesmo que tivesse sido solicitada em tempo útil, essa autorização poderia ter sido recusada pelo CAK com o fundamento, baseado numa declaração do organismo de seguro de doença belga, de que teria sido possível dispensar na Bélgica o mesmo tratamento dentro do mesmo prazo. Por conseguinte, segundo o órgão jurisdicional, não estavam satisfeitas as exigências previstas no artigo 20.º, n.º 2, última frase, do Regulamento n.º 883/2004 para a obtenção de prestações em espécie no caso de cuidados de saúde programados num Estado-Membro diferente do Estado de residência e do Estado responsável pela pensão, por conta deste último Estado.

31. Contudo, o órgão jurisdicional de reenvio pergunta-se se, como alega Y, o titular de uma pensão pode, ainda assim, invocar legitimamente a Diretiva 2011/24 a fim de ser reembolsado, no todo ou em parte, dos custos dos cuidados pós-operatórios recebidos na Alemanha, na medida em que esta diretiva não exige uma autorização para os cuidados de saúde ambulatórios transfronteiriços. A este respeito, o órgão jurisdicional de reenvio pretende saber se, enquanto titular de uma pensão e não estando segurada por um regime nacional de seguro de doença obrigatório, Y está abrangida pelo âmbito de aplicação pessoal da referida diretiva como «pessoa segurada», na aceção do artigo 3.º, alínea b), i), da mesma diretiva. Em caso de resposta

afirmativa, o referido órgão jurisdicional entende, à semelhança de Y, que, nos termos do artigo 8.º, n.º 2, alínea a), ii), da Diretiva 2011/24, os cuidados pós-operatórios (entre os quais a radioterapia) não são cuidados de saúde que possam estar sujeitos a uma autorização [12].

32. Por último, no caso de o Tribunal de Justiça concluir que Y não está abrangida pelo âmbito de aplicação pessoal da Diretiva 2011/24, o órgão jurisdicional de reenvio interroga-se sobre a questão de saber se o artigo 56.º TFUE se opõe a que o Estado responsável pela pensão de Y recuse reembolsar-lhe, por falta de uma autorização prévia obtida pela mesma, os custos dos cuidados de saúde ambulatórios recebidos fora do Estado de residência e do Estado responsável pela pensão, enquanto entrave injustificado à livre prestação de serviços garantida por aquela disposição.

33. Nestas circunstâncias, o Centrale Raad van Beroep (Tribunal de Recurso da Segurança Social e da Função Pública) decidiu suspender a instância e submeter ao Tribunal de Justiça as seguintes questões prejudiciais:

«1) Deve a Diretiva [2011/24] ser interpretada no sentido de que as pessoas referidas no artigo 24.º do Regulamento [n.º 883/2004], que recebem prestações em espécie no país de residência] a cargo dos Países Baixos, mas que não estão seguradas nos Países Baixos ao abrigo dos regimes legais de seguro de doença, podem invocar diretamente essa diretiva para efeitos de reembolso das despesas dos cuidados prestados?

Em caso de resposta negativa,

2) Decorre do artigo 56.º TFUE que, num caso como o presente, a não atribuição de um reembolso relativamente aos cuidados prestados num Estado-Membro diferente do país da residência ou do que paga a pensão de reforma constitui um entrave injustificado à livre circulação de serviços?»

34. Apresentaram observações escritas o Governo neerlandês e a Comissão Europeia que também responderam às perguntas escritas colocadas pelo Tribunal de Justiça.

IV. Análise

A. Observações preliminares

35. As presentes questões são suscitadas no quadro específico da regulamentação neerlandesa que prevê que as pessoas que recebem uma pensão ao abrigo da legislação neerlandesa e que não residem nos Países Baixos têm direito, nos termos do artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004, a cuidados de saúde no Estado da sua residência. Para beneficiar deste direito, esta categoria de pessoas está obrigada a pagar uma contribuição ao CAK. Em conformidade com este regime, se as despesas médicas forem efetuadas fora dos Países Baixos, o CAK organiza o respetivo pagamento com o Estado onde essas despesas foram efetuadas.

[12] O órgão jurisdicional de reenvio refere que os cuidados de saúde para os quais Y teve de ficar internada na Alemanha durante o período compreendido entre 19 e 30 de março de 2015 (ou seja, os cuidados relacionados com as duas intervenções cirúrgicas), são cuidados de saúde abrangidos pelo âmbito de aplicação do artigo 8.º, n.º 2, alínea a), i), da Diretiva 2011/24, e estão, portanto, sujeitos a uma autorização prévia.

36. No caso em apreço, Y é titular de pensão nos termos da legislação dos Países Baixos e, uma vez que reside na Bélgica, não dispõe de um seguro obrigatório de doença neerlandês. Contudo, tem direito, nos termos do artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004, a prestações em espécie segundo a legislação do seu Estado de residência, a Bélgica, dispensadas por conta do Estado responsável pela sua pensão, os Países Baixos.

37. No âmbito do litígio no processo principal, Y pretende que o CAK a reembolse dos custos das prestações médicas que recebeu na Alemanha no âmbito do tratamento de um cancro da mama. Esses pedidos de reembolso dizem respeito a dois tipos de custos: por um lado, os custos das intervenções cirúrgicas, incluindo os custos de internamento hospitalar correspondentes, dos quais Y pretende ser reembolsada, nomeadamente ao abrigo do artigo 19.º do Regulamento n.º 883/2004, por considerar que não podem ser qualificados de «cuidados de saúde programados», pelo que não tinham de ser autorizados previamente, como defende o CAK, e, por outro lado, os custos dos tratamentos pós-operatórios, entre os quais a radioterapia, dos quais Y pretende ser reembolsada ao abrigo do artigo 7.º da Diretiva 2011/24, na medida em que, em sua opinião, esta diretiva não sujeita o reembolso a uma autorização prévia. Por conseguinte, Y considera que pode invocar quer as disposições do Regulamento n.º 883/2004 quer as da Diretiva 2011/24.

38. O órgão jurisdicional de reenvio exclui a aplicação do Regulamento n.º 883/2004 aos factos no processo principal (v. n.º 30 das presentes conclusões) e interroga o Tribunal de Justiça apenas no que respeita à aplicação da Diretiva 2011/24 e do artigo 56.º TFUE. O Tribunal de Justiça não tem, portanto, de se pronunciar sobre a questão de saber se o referido órgão jurisdicional teve razão em qualificar as duas intervenções cirúrgicas efetuadas na Alemanha de «cuidados de saúde programados» abrangidos pelo artigo 20.º do Regulamento n.º 883/2004 e se a simples falta de um pedido de autorização prévia é suficiente para recusar o reembolso dos custos. Contudo, considero útil salientar que, após a apresentação do presente pedido de decisão prejudicial, o Tribunal de Justiça proferiu dois acórdãos que têm por objeto quer o conceito de «cuidados de saúde programados» na aceção do artigo 20.º desse regulamento [13], quer o direito ao reembolso dos custos de tais cuidados ao abrigo desse artigo em caso de recusa ou de falta de uma autorização prévia [14].

[13] V., a este respeito, Acórdão de 23 de setembro de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Cuidados de saúde transfronteiriços) (C-777/18, EU:C:2020:745, n.os 38 a 44).

[14] V. Acórdãos de 23 de setembro de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Cuidados de saúde transfronteiriços) (C-777/18, EU:C:2020:745, n.os 45 a 55), e de 29 de outubro de 2020, Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:872, n.os 28 a 33), bem como Conclusões do advogado-geral G. Hogan no processo Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, n.os 48 a 68). A este respeito, observo que o Tribunal de Justiça já identificou duas situações em que a pessoa segurada, mesmo na falta de uma autorização devidamente emitida antes do início da prestação dos cuidados de saúde programados no Estado-Membro de estada, tem o direito de obter diretamente o reembolso, pela instituição competente, de um montante equivalente ao que seria normalmente assumido por essa instituição se a pessoa segurada tivesse disposto dessa autorização. Num desses casos, a pessoa segurada tem direito a esse reembolso quando, por razões ligadas ao seu estado de saúde ou à necessidade de receber cuidados de urgência num estabelecimento hospitalar, tenha sido impedida de solicitar essa autorização ou não tenha podido esperar pela decisão da instituição competente sobre o pedido de autorização apresentado. Assim, uma legislação que exclui, em todos os casos, a assunção dos cuidados hospitalares prestados noutro Estado-Membro sem autorização priva a pessoa segurada da assunção desses cuidados, ainda que as condições para esse efeito estivessem, além disso, reunidas. Essa legislação, que não é justificada por imperativos de interesse geral e que, de qualquer forma, não satisfaz a exigência de proporcionalidade, constitui, consequentemente, uma restrição injustificada à livre prestação de serviços [v. Acórdão de 23 de setembro de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Cuidados de saúde transfronteiriços) (C-777/18, EU:C:2020:745, n.os 46 a 48 e jurisprudência referida)].

B. Quanto à primeira questão prejudicial

39. Com a sua primeira questão, o órgão jurisdicional de reenvio pergunta, em substância, se as pessoas que recebem uma pensão ao abrigo da legislação de um Estado-Membro e que têm direito, nos termos do artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004, a prestações em espécie concedidas pelo Estado da sua residência por conta do Estado responsável pela pensão, sem dispor, no entanto, de um seguro de doença obrigatório no Estado responsável pela pensão, podem invocar a Diretiva 2011/24 a fim de obter o reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços que lhes foram prestados num terceiro Estado-Membro.

40. Antes de mais, cabe recordar que o artigo 7.º, n.º 1, da Diretiva 2011/24 dispõe que «[s]em prejuízo do Regulamento [n.º 883/2004] e dos artigos 8.º e 9.º [da referida diretiva], o Estado-Membro de afiliação assegura o reembolso dos custos suportados pela *pessoa segurada* que receba cuidados de saúde transfronteiriços se os cuidados de saúde em questão figurarem entre as prestações a que a pessoa segurada tem direito no Estado-Membro de afiliação» [15]. Resulta desta redação que o direito ao reembolso é reservado apenas às «pessoas seguradas».

41. A fim de responder à primeira questão, há portanto que determinar se uma pessoa na situação de Y, que recebe uma pensão num primeiro Estado-Membro e que tem direito, nos termos do artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004, a prestações em espécie concedidas pelo Estado-Membro de residência por conta do primeiro Estado-Membro, sem no entanto dispor do seguro de doença obrigatório neste último Estado, pode ser qualificada de «pessoa segurada», na aceção do artigo 7.º, n.º 1, da Diretiva 2011/24, pelo que pode invocar o direito ao reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços.

42. Pelas razões que exporei seguidamente, considero que a resposta a esta questão deve ser afirmativa.

1. Quanto ao conceito de «pessoa segurada» na aceção da Diretiva 2011/24

43. O conceito de «pessoa segurada» está definido no artigo 3.º, alínea b), da Diretiva 2011/24 e designa, nomeadamente, na subalínea i), «as pessoas […] abrangidas pelo artigo 2.º do Regulamento [n.º 883/2004] e que sejam pessoas seguradas na aceção da alínea c) do artigo 1.º do mesmo regulamento». Esta definição remete, portanto, para as disposições gerais relativas às «definições» e para o «âmbito de aplicação pessoal» do Regulamento n.º 883/2004. Na medida em que a referida definição menciona as disposições deste regulamento de forma cumulativa, essas duas exigências estabelecidas pelo referido regulamento devem estar satisfeitas para que uma pessoa possa ser qualificada de «pessoa segurada» na aceção daquela diretiva.

44. A este respeito, cabe observar, por um lado, que, nos termos do artigo 2.º, n.º 1, do Regulamento n.º 883/2004, este é aplicável, nomeadamente, aos «nacionais de um Estado-Membro […] que estejam ou tenham estado sujeitos à legislação de um ou mais Estados-Membros», e, por outro, que, nos termos do artigo 1.º, alínea c), deste regulamento, se entende por «"[p]essoa segurada", em relação a cada um dos ramos da segurança social

[15] O sublinhado é meu.

abrangidos pelos capítulos 1 e 3 do título III [16], uma pessoa que satisfaça as condições exigidas pela legislação do Estado-Membro competente de acordo com o título II, para ter direito às prestações, tendo em conta o [referido] regulamento».

45. No que toca à primeira exigência referida no artigo 2.º, n.º 1, do Regulamento n.º 883/2004, que diz respeito ao «âmbito de aplicação pessoal» deste regulamento, entendo não existirem dúvidas de que uma pessoa como Y, nacional de um Estado-Membro e que recebe uma pensão desse Estado-Membro que lhe confere direito a prestações em espécie concedidas pelo seu Estado de residência por conta do Estado responsável pela pensão, se deve considerar «sujeita à legislação de um Estado-Membro», mesmo que não disponha de um seguro de doença obrigatório no Estado responsável pela pensão. Com efeito, deve considerar-se que, na sua qualidade de cidadã holandesa, Y está «sujeita à legislação» dos Países Baixos, uma vez que recebe uma pensão por velhice ao abrigo da AOW e paga uma contribuição ao CAK nos termos da Zvw (v. n.º 18 das presentes conclusões).

46. No que toca à segunda exigência referida no artigo 1.º, alínea c), do Regulamento n.º 883/2004, importa observar, por um lado, que a expressão «pessoa segurada» foi introduzida por este regulamento [17] principalmente para efeitos do capítulo 1 do seu título III, com a epígrafe «Prestações por doença, maternidade e paternidade equiparadas» [18], visto que as disposições de coordenação em matéria de doença exigem que a pessoa esteja «segurada» num Estado-Membro. Y recebe uma pensão por velhice ao abrigo da AOW e, como tal, tem direito aos cuidados de saúde previstos, nomeadamente, no artigo 24.º do referido regulamento que, embora não se refira explicitamente às «pessoas segurada», faz parte do capítulo 1 e diz respeito, portanto, a um dos «ramos da segurança social abrangidos pelo […] título III», em conformidade com a primeira frase do artigo 1.º, alínea c), do mesmo regulamento.

47. Por outro lado, enquanto «titular de pensão», na aceção do artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004, para Y poder ser considerada uma «pessoa segurada» na aceção do artigo 1.º, alínea c), desse regulamento, em conformidade com a última frase desta disposição, tem de «satisfa[zer] as condições exigidas pela legislação do Estado-Membro competente de acordo com o título II, para ter direito às prestações, tendo em conta o [referido] regulamento».

48. A este respeito, importa precisar que os titulares de pensão na aceção do artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004 podem, em conformidade com o artigo 16.º, n.º 2, deste regulamento, ser dispensados, a seu pedido, da aplicação da legislação do Estado-Membro de residência que, nos termos do artigo 11.º, n.º 3, alínea e), do referido regulamento, seria, em princípio, aplicável [19]. No caso em apreço, é dado assente que Y está sujeita à legislação dos Países Baixos, enquanto Estado-Membro competente nos termos do título II do mesmo regulamento.

16 A saber, os seguintes ramos: a) prestações por doença, b) prestações por maternidade e paternidade equiparadas, c) prestações por invalidez, d) prestações por velhice, e) prestações por sobrevivência, f) prestações por acidentes de trabalho e por doenças profissionais, g) subsídios por morte, h) prestações por desemprego, i) prestações por pré-reforma, e j) prestações familiares.

17 O Regulamento (CE) n.º 883/2004 modernizou e simplificou as regras contidas no Regulamento (CEE) n.º 1408/71 do Conselho, de 14 de junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade, conforme alterado e atualizado pelo Regulamento (CE) n.º 118/97 do Conselho, de 2 de dezembro de 1996 (JO 1997, L 28, p. 1). No entanto, a expressão «pessoa segurada» não era definida no Regulamento (CEE) n.º 1408/71.

18 Com efeito, o capítulo 3 do título III do Regulamento n.º 883/2004, com a epígrafe «Subsídios por morte», onde é utilizada a expressão «pessoa segurada», contém apenas duas disposições, a saber, os artigos 42.º e 43.º, ao passo que o capítulo 1 contém três secções e 18 artigos.

19 O artigo 16.º, n.º 2, do Regulamento n.º 883/2004 precisa que essa possibilidade é oferecida, a pedido da pessoa interessada, desde que esta não esteja sujeita à legislação do Estado de residência devido ao exercício de uma atividade por conta de outrem ou por conta própria.

49. Embora não caiba ao Tribunal de Justiça verificar, interpretando o direito nacional, se Y preenche as «condições exigidas» pela legislação neerlandesa para ter direito às prestações previstas no artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004, há que observar que o termo «legislação», na aceção deste regulamento, deve ser objeto de uma interpretação lata [20] e que a legislação nacional deve ser aplicada, em conformidade com o artigo 1.º, alínea c), deste regulamento, «tendo em conta o [referido] regulamento».

50. Assim, impõe-se concluir que as condições exigidas pela legislação neerlandesa para se ter direito às referidas prestações em espécie no território dos Países Baixos correspondem, de facto, às condições previstas no artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004 que subordina o direito a prestações em espécie nele previstas a três condições. Primeira, o interessado deve receber uma pensão ou pensões ao abrigo da legislação de um ou mais Estados-Membros, segunda, não deve ter direito a essas prestações ao abrigo da legislação do Estado da sua residência, e, terceira, deve ter direito a essas prestações, ao abrigo da legislação do Estado responsável pela pensão, se residir nesse Estado-Membro. Para além destas três condições, a legislação neerlandesa não impõe, como o Governo dos Países Baixos confirmou, nenhuma outra condição para se ter direito a prestações em espécie nos termos do artigo 24.º daquele regulamento [21].

51. Por conseguinte, na falta de outras condições impostas a nível nacional, um «titular de pensão», na aceção do artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004, pode ser qualificado de «pessoa segurada» na aceção do artigo 1.º, alínea c), desse regulamento, desde que satisfaça as três condições do artigo 24.º do referido regulamento.

52. Além disso, sublinhe-se que o Reino dos Países Baixos optou pela sua inscrição na lista dos Estados-Membros que figura no anexo IV do Regulamento n.º 883/2004, o que implica que uma pessoa que seja titular de pensão e que, como Y, resida noutro Estado-Membro, pode ter direito, nos termos do artigo 18.º, n.º 1, desse regulamento, lido em conjugação com o artigo 27.º, n.º 2, do mesmo, a prestações em espécie durante a sua estadia nos Países Baixos (o Estado-Membro competente), a cargo da instituição competente e em conformidade com as disposições da legislação nacional aplicável, como se residisse nesse Estado-Membro. Foi provavelmente em aplicação desta disposição que Y efetuou um exame radiológico no AZM, nos Países Baixos, após uma primeira consulta com um médico de clínica geral na Bélgica. Assim sendo, em qualquer caso, parece-me difícil sustentar que Y não seja uma «pessoa segurada» de acordo com a legislação neerlandesa.

53. Atendendo ao exposto, considero que, no caso em apreço, estão satisfeitas as exigências previstas no artigo 1.º, alínea c), e no artigo 2.º do Regulamento n.º 883/2004. Deve, portanto, concluir-se que, enquanto «titular de pensão», na aceção do artigo 24.º deste regulamento, Y deve igualmente ser considerada «pessoa segurada», na aceção do artigo 3.º, alínea b), i), da Diretiva 2011/24, e, como tal, poder beneficiar dos princípios gerais aplicáveis ao reembolso das despesas, previstos no artigo 7.º, n.º 1, desta diretiva.

[20] Em conformidade com o artigo 1.º, alínea l), primeiro parágrafo, do Regulamento n.º 883/2004, entende-se por «legislação», em relação a cada Estado-Membro, as leis, os regulamentos, as disposições legais e outras medidas de aplicação respeitantes aos ramos de segurança social referidos no n.º 1 do artigo 3.º

[21] V., a este respeito, artigo 69.º, n.º 1, da Zvw, citado no n.º 17 das presentes conclusões.

2. Quanto à distinção entre «pessoa segurada» e «titular de pensão» no sistema do Regulamento n.º 883/2004

54. Esta conclusão não pode, a meu ver, ser infirmada pelo argumento apresentado pelo Governo neerlandês de que os «titulares de pensão», na aceção do Regulamento n.º 883/2004, não podem ser igualmente «pessoas seguradas», na aceção deste regulamento. Segundo este Governo, o referido regulamento faz uma distinção clara entre as disposições aplicáveis às «pessoas seguradas», por um lado, e as que se aplicam aos «titulares de pensão», por outro, de modo que estas duas categorias se excluem mutuamente. Em apoio deste argumento observa que, no capítulo 1 do título III do mesmo regulamento, a secção 1 é consagrada às «[p]essoas seguradas e seus familiares, *com exceção dos titulares de pensões e seus familiares*» e que a secção 2 é consagrada exclusivamente aos «[*t*]*itulares de pensões e seus familiares*» [22]. De igual modo, dentro do capítulo 3 do título III do Regulamento n.º 883/2004, o artigo 42.º regula o caso de morte de uma «pessoa segurada» ou de um seu familiar, enquanto o artigo 43.º desse regulamento regula o caso de morte de um «titular de pensão» ou de um seu familiar. Segundo esta lógica, o artigo 24.º do referido regulamento, que figura na secção 2 do capítulo 1 do referido regulamento, deve, portanto, aplicar-se exclusivamente aos «titulares de pensão», e não às «pessoas seguradas», pelo que um titular de pensão como Y não pode invocar o disposto no artigo 7.º, n.º 1, da Diretiva 2011/24.

55. Com base numa análise do Regulamento n.º 883/2004, considero que, embora as expressões «pessoa segurada» e «titular de pensão» não sejam, é verdade, utilizadas indistintamente, uma vez que têm um significado autónomo e distinto, o conceito de «pessoa segurada» deve, pelas seguintes razões, poder englobar o conceito de «titular de pensão» enquanto categoria específica de «pessoas seguradas» que merecem disposições adaptadas à sua situação.

56. Importa começar por esclarecer que o âmbito de aplicação pessoal do Regulamento n.º 883/2004 é o resultado de uma extensão gradual, através da jurisprudência do Tribunal de Justiça e de subsequentes alterações legislativas, do âmbito de aplicação inicial do Regulamento n.º 3/1958 [23]. Para alcançar uma simplificação radical das disposições, muito complexas, relativas ao âmbito de aplicação pessoal do antigo Regulamento n.º 1408/71, o artigo 2.º do Regulamento n.º 883/2004 remete de forma geral e exaustiva para todos «[os] nacionais de um Estado-Membro, […] que estejam ou tenham estado sujeitos à legislação de um ou mais Estados-Membros, bem como aos seus familiares e sobreviventes» [24]. Decorre daqui que o conceito de «pessoa segurada» visa as pessoas que, independentemente do seu estatuto (por exemplo, trabalhador por conta de outrem, titular de pensão, etc.), preenchem as condições exigidas pela legislação do Estado-Membro competente para ter direito a prestações. Isto significa que o Regulamento n.º 883/2004 se aplica na íntegra, independentemente da questão de saber se o interessado foi segurado como trabalhador por conta de outrem, como pessoa não ativa ou devido a outras circunstâncias como, nomeadamente, a residência ou a nacionalidade.

57. É à luz desta evolução que se deve analisar a distinção feita pelo legislador da União entre as «pessoas seguradas» e os «titulares de pensão». Historicamente, esta distinção emana do Regulamento n.º 1408/71, nomeadamente dos seus artigos 27.º a 34.º, que correspondem, em substância, aos artigos 23.º a 30.º do Regulamento n.º 883/2004.

22 O sublinhado é meu.

23 Regulamento do Conselho, relativo à segurança social dos trabalhadores migrantes (JO 1958, P 30, p. 561). [*N. do T.*: Não existe versão em língua portuguesa].

24 V. a este respeito, considerandos 3 e 7 do Regulamento n.º 883/2004.

58. A este respeito, convém sublinhar, em primeiro lugar, que, nos termos dos considerandos 20 e 22 do Regulamento n.º 883/2004, «[e]m matéria de prestações por doença, maternidade e paternidade equiparadas, importa garantir uma proteção para as *pessoas seguradas* […] que residam ou tenham estada num Estado-Membro que não o Estado-Membro competente», e que «[*a] situação específica* dos requerentes e *titulares de pensões* […] implica a aprovação de disposições em matéria de seguro de doença adaptadas a esta situação» [25]. Assim, os «titulares de pensão» figuram, no espírito do legislador da União, como uma subcategoria das «pessoas seguradas» que necessitam, devido à sua «situação específica», de regras adaptadas à sua situação.

59. Com efeito, foi seguindo esta mesma lógica que, ao estabelecer uma distinção, para efeitos dos capítulos 1 e 3 do título III do Regulamento n.º 883/2004, entre, por um lado, as disposições aplicáveis às «pessoas seguradas», e, por outro, as disposições aplicáveis aos «titulares de pensão», o legislador da União quis prever disposições especiais e mais bem adaptadas a este grupo de pessoas seguradas.

60. Mais precisamente, tendo em conta a sua situação particular — essas pessoas recebem a sua pensão ao abrigo da legislação de pelo menos dois Estados-Membros ou residem num Estado-Membro cuja legislação não lhes concede prestações em espécie (v. artigos 23.º e 24.º do Regulamento n.º 883/2004) — essas disposições têm por objeto determinar o Estado-Membro responsável pela concessão de prestações por doença (v. título III, capítulo 1, secção 2, desse regulamento) a esse titular de pensão ou pelo pagamento de prestações por morte deste último (v. título III, capítulo 3, artigo 43.º, do referido regulamento). As referidas disposições podem, portanto, ser consideradas regras de conflito adaptadas às necessidades dos titulares de pensão e seus familiares.

61. No que respeita, mais precisamente, à distinção feita no âmbito do capítulo 1 do título III do Regulamento n.º 883/2004, refira-se que a secção 2 deste capítulo, intitulado «Prestações por doença, maternidade e paternidade equiparadas», prevê regras especiais de coordenação para os titulares de pensão em caso de doença e de maternidade, inclusive no que respeita aos seus familiares (ver artigos 23.º a 30.º). Estas regras constituem, portanto, uma *lex specialis* em relação às regras da secção 1 (artigos 17.º a 22.º), que constituem a *lex generalis*. Por outras palavras, a secção 2 aplica-se apenas aos titulares de pensão (segurados), enquanto a secção 1 se aplica a qualquer pessoa segurada, incluindo os titulares de pensão, quando a secção 2 o prevê. Esta estrutura é confirmada pelo artigo 31.º desse regulamento, que assinala igualmente o caráter complementar dos artigos 23.º a 30.º, pois estes artigos «não se aplicam ao titular de pensão […] que [tenha] direito a prestações ao abrigo da legislação de um Estado-Membro em virtude do exercício de uma atividade por conta de outrem ou por conta própria».

62. Em segundo lugar, considero que esta interpretação não pode ser infirmada pelo facto de certas disposições da secção 2 do capítulo 1 do título III do Regulamento n.º 883/2004, que visam os titulares de pensão, tornarem aplicáveis *mutatis mutandis* a estes últimos certas disposições da secção 1 desse capítulo 1, nomeadamente os artigos 18.º, n.º 1, 19.º, 20.º e 21.º Pelo contrário, esta estrutura do capítulo 1 confirma, a meu ver, a equiparação integral dos «titulares de pensão» às «pessoas seguradas» bem como a aplicação da *lex generalis*, sempre que se justifique. Com efeito, a secção 1 desse capítulo intitula-se «Pessoas seguradas e seus familiares, *com exceção dos titulares de pensões e seus familiares*», o que implica que os titulares de pensão fazem parte do grupo das «pessoas seguradas» [26]. É, portanto, normal que, por uma questão de clareza e de coerência, quando as regras da *lex generalis* sejam aplicáveis aos «titulares de pensão» que beneficiam de

[25] O sublinhado é meu.

[26] O sublinhado é meu.

uma *lex specialis* isso seja indicado expressamente nas regras da *lex specialis*, a saber, a secção 2 do referido capítulo 1. Dito isto, é verdade que a utilização da expressão «*mutatis mutandis*» é enganadora, na medida em que o conjunto das regras diz respeito às «pessoas seguradas» e, portanto, não se deveria ter feito referência a uma aplicação por analogia.

63. Conclui-se que, ao contrário do que sustenta o Governo neerlandês, as expressões «pessoa segurada» e «titular de pensão» utilizadas no Regulamento n.º 883/2004 não se excluem mutuamente.

3. Quanto ao conceito de «pessoa segurada» no sistema da Diretiva 2011/24

64. Como foi estabelecido nos n.ºs 43 e 44 das presentes conclusões, a Diretiva 2011/24 remete para a definição de «pessoa segurada» prevista pelo Regulamento n.º 883/2004. Ora, a interpretação lata do conceito de «pessoa segurada», na aceção deste regulamento, parece ser igualmente corroborada pela utilização dessa expressão no quadro daquela diretiva.

65. Com efeito, como salienta o órgão jurisdicional de reenvio, por um lado, essa interpretação é coerente com o conceito de «Estado-Membro de afiliação» que, para as pessoas referidas no artigo 3.º, alínea b), i), da Diretiva 2011/24, é definido no artigo 3.º, alínea c), i), desta diretiva como o «Estado-Membro competente para conceder às pessoas seguradas uma autorização prévia para receber tratamento adequado fora do Estado-Membro de residência nos termos [dos Regulamentos n.º 883/2004 e 987/2009[27]]». Assim, o legislador da União não pretendeu subordinar o direito ao reembolso à condição de o interessado estar «inscrito» no regime legal de seguro de doença obrigatório de um Estado-Membro[28].

66. Por outro lado, importa referir que é em derrogação ao artigo 7.º, n.º 1, da Diretiva 2011/24 — o qual regula o direito ao reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços suportados pelas «pessoas seguradas» — que o n.º 2, alínea a), deste artigo alarga este direito, nomeadamente, aos «titulares de pensões […] que residam noutro Estado-Membro», a fim de cobrir os custos dos cuidados de saúde suportados no território do Estado responsável pela pensão, quando este Estado consta do anexo IV do Regulamento n.º 883/2004. Por conseguinte, deve concluir-se que o legislador da União considerou, no contexto da adoção da Diretiva 2011/24, que os «titulares de pensão» estão efetivamente abrangidos pelo conceito de «pessoa segurada», na aceção do artigo 1.º, alínea c), do Regulamento n.º 883/2004. Além disso, esta é a única vez em que a expressão «titular de pensão» é utilizada nesta diretiva.

67. Tendo em conta o que foi exposto, proponho que se responda à primeira questão prejudicial que as disposições combinadas do artigo 7.º, n.º 1, e do artigo 3.º, alínea b), i), da Diretiva 2011/24, lidas em conjugação com o artigo 1.º, alínea c), e o artigo 2.º do Regulamento n.º 883/2004, devem ser interpretadas no sentido de que as pessoas que recebem uma pensão ao abrigo da legislação de um Estado-Membro e que têm direito, nos termos do artigo 24.º deste regulamento, a prestações em espécie concedidas pelo Estado de residência por conta do primeiro Estado-Membro, sem contudo dispor de um seguro de doença obrigatório nesse primeiro Estado-Membro, podem

[27] Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009, que estabelece as modalidades de aplicação do [Regulamento n.º 883/2004] (JO 2009, L 284, p. 1).

[28] V., igualmente, considerando 13 da Diretiva 2011/24, segundo o qual «a obrigação de reembolsar os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços deverá ser limitada aos cuidados de saúde aos quais a pessoa segurada tem direito nos termos da legislação do seu Estado-Membro de afiliação».

invocar essa diretiva, na qualidade de «pessoas seguradas» na aceção das referidas disposições, para efeitos de reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços que lhes foram prestados num terceiro Estado-Membro.

C. Quanto à segunda questão prejudicial

68. Na sua segunda questão, o órgão jurisdicional de reenvio pergunta, em substância, se uma pessoa titular de uma pensão ao abrigo da legislação de um Estado-Membro e que tem direito, a título do artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004, a prestações em espécie concedidas pelo Estado de residência, a cargo do primeiro Estado-Membro, pode invocar o artigo 56.º TFUE para efeitos de reembolso dos custos dos cuidados de saúde que recebeu num Estado-Membro diferente do de residência ou do responsável pela pensão.

69. Começo por sublinhar que, na lógica do órgão jurisdicional de reenvio, se o Tribunal de Justiça responder como proponho no n.º 67 das presentes conclusões, não há necessidade de responder à segunda questão. Com efeito, nessa hipótese, Y está abrangida pelo âmbito de aplicação pessoal da Diretiva 2011/24, pelo que o órgão jurisdicional de reenvio deve examinar, à luz das disposições desta diretiva, se a interessada tem direito ao reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços que recebeu na Alemanha, nomeadamente os custos dos tratamentos médicos para os quais não pediu uma autorização prévia. O exame que se segue baseia-se, portanto, na hipótese de o Tribunal de Justiça não partilhar desta análise e considerar que a primeira questão deve ser respondida de forma negativa.

70. A este respeito, cabe desde logo recordar que a aplicação do artigo 20.º do Regulamento n.º 883/2004 a uma situação determinada não exclui que esta possa ser igualmente abrangida pelo âmbito de aplicação do artigo 56.º TFUE e que a pessoa em causa possa paralelamente dispor, ao abrigo deste último artigo, do direito de beneficiar de cuidados de saúde noutro Estado-Membro em condições de assunção de custos e de reembolso diferentes das previstas no artigo 20.º desse regulamento [29]. Esta jurisprudência pode também aplicar-se no quadro da Diretiva 2011/24, apesar do facto de, como resulta do considerando 8, esta última codificar a jurisprudência do Tribunal de Justiça relativa à liberdade de prestação de serviços garantida pelo artigo 56.º TFUE no domínio dos cuidados de saúde, visando assegurar uma aplicação mais geral e eficaz dos princípios estabelecidos por esta jurisprudência de forma avulsa.

71. Com efeito, recordo que resulta de jurisprudência constante que os serviços médicos sujeitos à nossa apreciação estão abrangidos pelo âmbito de aplicação do artigo 56.º TFUE relativo à livre prestação de serviços, inclusive quando os cuidados de saúde são dispensados em ambiente hospitalar [30]. A livre prestação de serviços inclui a liberdade de os destinatários dos serviços, designadamente as pessoas que devam receber cuidados médicos, se deslocarem a outro Estado-Membro para aí beneficiarem desses serviços [31].

[29] Acórdão de 23 de setembro de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Cuidados de saúde transfronteiriços) (C-777/18, EU:C:2020:745, n.º 33 e jurisprudência referida).

[30] Acórdão de 5 de outubro de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, n.º 36 e jurisprudência referida).

[31] Acórdãos de 5 de outubro de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, n.º 37 e jurisprudência referida), e de 21 de junho de 2012, Susisalo e o. (C-84/11, EU:C:2012:374, n.ºs 26 a 28).

72. Assim, em primeiro lugar, há que determinar se uma regulamentação nacional como a que está em causa no processo principal, que subordina a uma autorização prévia o reembolso dos custos de saúde incorridos, num Estado-Membro diferente do Estado de residência, por uma pessoa que recebe uma pensão ao abrigo dessa regulamentação, implica uma restrição à livre prestação de serviços consagrada no artigo 56.º TFUE.

73. Saliento a este respeito que, segundo jurisprudência assente, a exigência de uma autorização prévia para receber tratamento noutro Estado-Membro, à qual está subordinada a tomada a cargo, pela instituição competente, *segundo o regime de cobertura em vigor no Estado-Membro a que pertence*, de cuidados programados noutro Estado-Membro, constitui um entrave à livre prestação de serviços, tanto para os pacientes como para os prestadores, visto que esse sistema demove os ditos pacientes ou até os impede de se dirigirem a prestadores de serviços médicos estabelecidos noutro Estado-Membro, para receber os cuidados em causa [32]. Por outras palavras, o artigo 56.º TFUE opõe-se à aplicação de qualquer regulamentação nacional que tenha como efeito tornar a prestação de serviços entre Estados-Membros mais difícil do que a prestação de serviços puramente interna a um Estado-Membro [33]. Por conseguinte, essa autorização pode efetivamente constituir uma restrição à livre prestação de serviços.

74. Em segundo lugar, cabe verificar se essa restrição à livre prestação de serviços pode ser justificada. Com efeito, o Tribunal de Justiça declarou que, ainda que uma autorização prévia constitua, tanto para os pacientes como para os prestadores, um obstáculo à livre prestação de serviços, o artigo 56.º TFUE não se opõe, em princípio, a que o direito que assiste a um paciente de obter tratamentos hospitalares noutro Estado-Membro a cargo do sistema pelo qual está abrangido seja submetido a uma autorização prévia [34]. Pode considerar-se que os objetivos dessa exigência de autorização prévia se destinam a: i) não pôr seriamente em risco o equilíbrio financeiro do sistema de segurança social, ii) manter um serviço médico e hospitalar equilibrado e acessível a todos, iii) manter uma capacidade de prestação de cuidados ou uma competência médica no território nacional, e iv) permitir uma planificação que prossiga o objetivo de garantir no território do Estado-Membro em causa uma acessibilidade suficiente e permanente a uma gama equilibrada de cuidados hospitalares de qualidade [35].

75. O Tribunal de Justiça considerou que, em relação aos cuidados hospitalares ou os cuidados médicos que implicam o recurso a equipamentos médicos altamente especializados e onerosos (a seguir «cuidados não hospitalares especialmente onerosos») [36], embora o direito da União não se oponha, em princípio, a um sistema de autorização prévia, é, contudo, necessário que as condições estabelecidas para a concessão dessa autorização sejam justificadas à luz dos imperativos acima referidos, não excedam o que é objetivamente necessário a esse fim e que o mesmo resultado não possa ser obtido por regras menos restritivas. Um sistema desse tipo deve, além disso, ser fundamentado em critérios objetivos, não discriminatórios e conhecidos antecipadamente, de modo a enquadrar o exercício do poder de apreciação das autoridades nacionais, a fim de este não ser utilizado de modo arbitrário [37].

[32] Acórdão de 27 de outubro de 2011, Comissão/Portugal (C-255/09, EU:C:2011:695, n.º 60 e jurisprudência referida).

[33] Acórdão de 16 de maio de 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, n.º 94 e jurisprudência referida).

[34] Acórdão de 5 de outubro de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, n.º 41).

[35] Acórdão de 5 de outubro de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, n.ºs 42 e 43).

[36] Acórdão de 23 de setembro de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Cuidados de saúde transfronteiriços) (C-777/18, EU:C:2020:745, n.º 60 e jurisprudência referida).

[37] Acórdão de 5 de outubro de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, n.º 44).

76. No caso em apreço, o Governo neerlandês não apresentou nenhuma justificação para a regulamentação neerlandesa aplicável, que subordina a uma autorização prévia o reembolso dos custos das prestações em espécie dispensadas a um titular de pensão, a título do artigo 24.º do Regulamento n.º 883/2004, num Estado-Membro diferente do Estado de residência. Cabe, portanto, ao órgão jurisdicional de reenvio verificar se essas justificações existem e se preenchem as condições estabelecidas pela jurisprudência acima referida.

77. A este respeito, importa, porém, sublinhar que, como decorre da jurisprudência do Tribunal de Justiça, uma regulamentação nacional que exclui, *em todos os casos*, a assunção dos custos dos cuidados hospitalares dispensados sem autorização prévia priva a pessoa segurada que, por razões relacionadas com o seu estado de saúde ou com a necessidade de receber cuidados de urgência num estabelecimento hospitalar, foi impedida de solicitar essa autorização ou não pôde aguardar pela resposta da instituição competente, da assunção, por essa instituição, dos custos desses cuidados, mesmo que as condições dessa assunção estejam reunidas [38]. O Tribunal de Justiça declarou que, em tais situações, a assunção dos custos desses cuidados não é suscetível de comprometer a realização dos objetivos de planificação hospitalar nem de causar prejuízos graves ao equilíbrio financeiro do sistema de segurança social, uma vez que não afeta a manutenção de um serviço hospitalar equilibrado e acessível a todos nem a manutenção de uma capacidade de cuidados e de uma competência médica no território nacional [39].

78. Conclui-se que uma regulamentação nacional que, por falta de uma autorização prévia, exclui o reembolso, pela instituição competente, das despesas relativas a cuidados hospitalares ou não hospitalares especialmente onerosos, recebidos noutro Estado-Membro, incluindo em situações especiais em que, por razões relacionadas com o seu estado de saúde ou com a necessidade de receber esses cuidados com urgência, a pessoa segurada foi impedida de solicitar essa autorização ou não pôde aguardar a decisão da instituição competente sobre o pedido de autorização apresentado, mesmo que as condições dessa assunção estejam de outra forma reunidas, não satisfaz a exigência de proporcionalidade. Por conseguinte, essa regulamentação contém uma restrição desproporcionada à livre prestação de serviços consagrada no artigo 56.º TFUE e viola o artigo 8.º, n.º 1, da Diretiva 2011/24.

79. No caso em apreço, resulta dos autos do processo principal que o CAK se declarou incompetente para tratar o caso devido à simples falta de autorização prévia sem, no entanto, verificar, na fase administrativa, se a situação de Y era de tal modo urgente que não teria sido necessária uma autorização (v. n.ºs 24 e 26 das presentes conclusões). Um procedimento de indeferimento quase automático não pode, portanto, satisfazer a exigência de proporcionalidade.

80. Atendendo ao exposto, proponho que se responda à segunda questão prejudicial que o artigo 56.º TFUE deve ser interpretado no sentido de que se opõe a uma regulamentação nacional como a que está em causa no processo principal, que exclui automaticamente, por falta de autorização prévia, o reembolso, pela instituição competente, das despesas relativas a cuidados hospitalares ou não hospitalares intensivos, recebidos noutro Estado-Membro, incluindo em situações especiais em que, por razões relacionadas com o seu estado de saúde ou com a necessidade de receber esses cuidados com urgência, a pessoa segurada foi impedida de solicitar essa autorização ou não pôde aguardar a decisão da instituição competente sobre o pedido de autorização apresentado, mesmo que as condições dessa assunção estejam reunidas.

[38] Acórdão de 5 de outubro de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, n.º 45).

[39] Acórdão de 5 de outubro de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, n.º 46).

V. Conclusão

81. Tendo em conta o exposto, proponho que o Tribunal responda da seguinte forma às questões prejudiciais submetidas pelo Centrale Raad van Beroep (Tribunal de Recurso da Segurança Social e da Função Pública, Países Baixos):

1) As disposições combinadas do artigo 7.º, n.º 1, e do artigo 3.º, alínea b), i), da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, lidas em conjugação com os artigos 1.º, alínea c), e 2.º do Regulamento (CE) n.º 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social, conforme alterado pelo Regulamento (CE) n.º 988/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009, devem ser interpretadas no sentido de que as pessoas que recebem uma pensão ao abrigo da legislação de um Estado-Membro e que têm direito, nos termos do artigo 24.º deste regulamento, a prestações em espécie concedidas pelo Estado de residência por conta do primeiro Estado-Membro, sem contudo dispor de um seguro de doença obrigatório nesse primeiro Estado-Membro, podem invocar essa diretiva, na qualidade de «pessoas seguradas» na aceção das referidas disposições, para efeitos de reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços que lhes foram prestados num terceiro Estado-Membro.

2) O artigo 56.º TFUE deve ser interpretado no sentido de que se opõe a uma regulamentação nacional como a que está em causa no processo principal, que exclui automaticamente, por falta de autorização prévia, o reembolso, pela instituição competente, das despesas relativas a cuidados hospitalares ou não hospitalares especialmente onerosos, recebidos noutro Estado-Membro, incluindo em situações especiais em que, por razões relacionadas com o seu estado de saúde ou com a necessidade de receber esses cuidados com urgência, a pessoa segurada foi impedida de solicitar essa autorização ou não pôde aguardar a decisão da instituição competente sobre o pedido de autorização apresentado, mesmo que as condições dessa assunção estejam reunidas.