Repertoriul jurisprudenței

CONCLUZIILE AVOCATULUI GENERAL
DOMNUL ATHANASIOS RANTOS
prezentate la 22 aprilie 2021 [1]

**Cauza C-636/19**

**Y**
**împotriva**
**CAK**

[cerere de decizie preliminară formulată de Centrale Raad van Beroep (Curtea de Apel pentru Litigii de Securitate Socială și de Funcție Publică, Țările de Jos)]

„Trimitere preliminară – Asistență medicală transfrontalieră – Directiva 2011/24/UE – Articolul 3 litera (b) punctul (i) – Noțiunea de «persoană asigurată» – Articolul 7 – Rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere – Regulamentul (CE) nr. 883/2004 – Articolul 1 litera (c) – Articolul 24 – Dreptul la prestații în natură acordate de statul membru de reședință în numele statului membru responsabil de plata pensiei – Articolul 56 TFUE”

## I. Introducere

1. O persoană care primește o pensie în temeiul legislației unui stat membru (denumit în continuare „statul responsabil de plata pensiei”) și care are dreptul, în temeiul articolului 24 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 [2], la prestațiile în natură acordate de statul membru de reședință (denumit în continuare „statul de reședință”) în numele statului responsabil de plata pensiei, fără a dispune însă de o asigurare obligatorie de sănătate în acesta, intră în sfera noțiunii de „persoană asigurată”, în sensul articolului 3 litera (b) punctul (i) din Directiva 2011/24/UE [3], astfel încât aceasta se poate prevala de articolul 7 alineatul (1) din această directivă, pentru a i se rambursa de către statul responsabil de plata pensiei costurile asistenței medicale transfrontaliere de care a beneficiat într-un al treilea stat membru? În cazul unui răspuns negativ, un refuz de rambursare de către statul responsabil de plata pensiei a costurilor acestei asistențe medicale transfrontaliere din cauza lipsei unei autorizații prealabile poate constitui un obstacol nejustificat în calea liberei prestări a serviciilor, cu încălcarea articolului 56 TFUE?

[1] Limba originală: franceza.

[2] Regulamentul Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială (JO 2004, L 166, p. 1, rectificare în JO 2004, L 200, p. 1, Ediție specială, 05/vol. 7, p. 82), astfel cum a fost modificat prin Regulamentul (CE) nr. 988/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 (JO 2009, L 284, p. 43) (denumit în continuare „Regulamentul nr. 883/2004”)

[3] Directiva Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere (JO 2011, L 88, p. 45).

2. Acestea sunt problemele pe care le ridică prezenta cauză, care vor determina Curtea, pe de o parte, să precizeze corelația dintre dispozițiile Regulamentului nr. 883/2004 și cele ale Directivei 2011/24 care permit unui asigurat să primească asistență medicală transfrontalieră [4] și, pe de altă parte, să aplice jurisprudența sa referitoare la autorizarea prealabilă ca obstacol în calea liberei prestări a serviciilor în sensul articolului 56 TFUE [5].

## II. Cadrul juridic

### *A. Dreptul Uniunii*

#### *1. Regulamentul nr. 883/2004*

3. Potrivit considerentelor (20) și (22) ale Regulamentului nr. 883/2004:

„(20) În ceea ce privește prestațiile de boală, de maternitate și cele de paternitate asimilate, este necesar să se asigure protecția persoanelor asigurate, precum și a membrilor familiilor acestora, care sunt rezidenți sau au drept de ședere într-un alt stat membru decât statul membru competent.

[…]

(22) Poziția specifică a solicitanților și titularilor de pensii, precum și a membrilor familiilor acestora face necesară adoptarea unor dispoziții care să reglementeze asigurarea de sănătate, adaptate la această situație.”

4. Potrivit articolului 1 literele (c), (q), (s) și (va) din acest regulament:

„În sensul prezentului regulament:

[…]

(c) prin «persoană asigurată» se înțelege, în raport cu diferitele ramuri de securitate socială prevăzute de titlul III capitolele 1 și 3, orice persoană care îndeplinește condițiile impuse de legislația statului membru competent în temeiul titlului II pentru a avea dreptul la prestații, luând în considerare dispozițiile prezentului regulament;

[…]

(q) prin «instituție competentă» se înțelege:

(i) instituția la care este afiliată persoana în cauză la data la care solicită prestația

[4] Corelația dintre aceste două acte legislative și diferențele lor a fost deja examinată în mod detaliat, în special în Concluziile avocatului general Hogan prezentate în cauza Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, punctele 48-68). A se vedea de asemenea în această privință Carrascosa Bermejo, M.-D., „Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination”, *ERA Forum*, vol. 15, 2014, p. 359-380.

[5] Problemă care a fost deja examinată de Curte în special în Hotărârea din 5 octombrie 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), și în Hotărârea din 23 septembrie 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistență medicală transfrontalieră) (C-777/18, EU:C:2020:745).

sau

(ii) instituția de la care persoana în cauză are sau ar avea dreptul să primească prestații, în cazul în care aceasta sau unul sau mai mulți membri ai familiei sale ar fi rezidenți în statul membru în care este situată instituția

[…]

(s) prin «stat membru competent» se înțelege statul membru în care este situată instituția competentă;

[…]

(va) «prestații în natură» înseamnă:

(i) în sensul titlului III capitolul 1 (prestații de boală, de maternitate și de paternitate asimilate) prestații în natură, prevăzute în legislația unui stat membru, care vizează să acopere, să pună la dispoziție, să plătească direct sau să ramburseze costul îngrijirilor medicale și al produselor și serviciilor auxiliare tratamentului. Acestea includ și prestațiile în natură pentru îngrijirea pe termen lung;

[…]”

5. Articolul 2 din regulamentul menționat, intitulat „Domeniul de aplicare personal”, prevede la alineatul (1):

„Prezentul regulament se aplică resortisanților unuia dintre statele membre, apatrizilor și refugiaților care sunt rezidenți într-un stat membru și care se află sau s-au aflat sub incidența legislației unuia sau mai multor state membre, precum și membrilor de familie și urmașilor acestora.”

6. Cuprins în titlul II din același regulament, intitulat „Stabilirea legislației aplicabile”, articolul 11, intitulat „Reguli generale”, prevede la alineatul (3) litera (e):

„Sub rezerva articolelor 12-16:

[…]

(e) orice altă persoană căreia nu i se aplică literele (a)-(d) se supune legislației statului membru de reședință, fără a se aduce atingere altor dispoziții din prezentul regulament care îi garantează prestații în temeiul legislației unuia sau mai multor state membre.”

7. Titlul III din Regulamentul nr. 883/2004, intitulat „Dispoziții speciale aplicabile diferitelor categorii de prestații”, cuprinde un capitol 1, a cărui secțiune 1 este intitulată „Persoanele asigurate și membrii familiilor acestora, cu excepția titularilor de pensie și a membrilor familiilor acestora”.

8. Articolul 18 alineatul (1) din acest regulament are următorul cuprins:

„(1) Cu excepția cazului în care alineatul (2) prevede altfel, persoana asigurată și membrii familiei acesteia prevăzuți la articolul 17 pot beneficia, de asemenea, de prestații în natură în timpul șederii în statul membru competent. Prestațiile în natură se acordă de către instituția competentă pe cheltuiala sa, în conformitate cu dispozițiile legislației pe care o aplică, ca și cum persoanele în cauză ar rezida în statul membru respectiv."

9. Cuprins în această secțiune 1, articolul 19 alineatul (1) din regulamentul menționat, intitulat „Șederea în afara statului membru competent", prevede:

„(1) Cu excepția cazului în care alineatul (2) prevede altfel, persoana asigurată și membrii familiei acesteia care au drept de ședere într-un alt stat membru decât statul membru competent pot beneficia de prestații în natură care se dovedesc necesare din motive medicale în timpul șederii lor, luându-se în considerare natura prestațiilor și durata estimată a șederii. Aceste prestații se acordă, în numele instituției competente, de către instituția de la locul de ședere, în conformitate cu dispozițiile legislației pe care o aplică, ca și cum persoanele interesate ar fi fost asigurate în temeiul legislației menționate."

10. Articolul 20 din același regulament, cuprins de asemenea în secțiunea 1 și intitulat „Deplasarea în scopul beneficierii de prestații în natură. Autorizația de a primi un tratament adaptat în afara statului membru de reședință", prevede la alineatele (1) și (2):

„(1) Cu excepția cazului în care prezentul regulament prevede altfel, o persoană asigurată care călătorește în alt stat membru pentru a beneficia de prestații în natură în timpul șederii sale trebuie să solicite autorizarea din partea instituției competente.

(2) Persoana asigurată care este autorizată de către instituția competentă să se deplaseze în alt stat membru în scopul de a primi un tratament adaptat stării sale beneficiază de prestațiile în natură acordate, în numele autorității competente, de către instituția de la locul de ședere, în conformitate cu dispozițiile legislației pe care o aplică, ca și cum ar fi fost asigurată în temeiul legislației menționate. Autorizația se acordă în cazul în care tratamentul respectiv se află printre prestațiile prevăzute de legislația statului membru pe teritoriul căruia este rezidentă persoana în cauză și în cazul în care acesteia nu i se poate acorda un astfel de tratament într-un termen justificat din punct de vedere medical, având-se în vedere starea sa actuală de sănătate și evoluția probabilă a bolii sale."

11. Articolul 24 din Regulamentul nr. 883/2004, intitulat „Absența dreptului la prestații în natură în temeiul legislației statului membru de reședință" și cuprins în secțiunea 2 din titlul III din acesta, intitulată „Titularii de pensii și membrii de familie ai acestora", are următorul cuprins:

„(1) Persoana care primește una sau mai multe pensii în temeiul legislației unuia sau mai multor state membre și care nu beneficiază de prestații în natură în temeiul legislației statului membru de reședință are totuși dreptul la prestații, pentru sine și pentru membrii familiei sale, în măsura în care ar avea acest drept în temeiul legislației statului membru sau, cel puțin, a unuia dintre statele membre cărora le revine rolul de a-i acorda pensia, în cazul în care și-a avut reședința în statul membru respectiv. Prestațiile în natură se acordă, în numele instituției prevăzute la alineatul (2), de către instituția de la locul de reședință, ca și cum persoana în cauză ar beneficia de pensie și de prestații în natură în temeiul legislației statului membru respectiv.

(2) În cazurile prevăzute la alineatul (1), costul prestațiilor în natură este suportat de instituția stabilită în conformitate cu regulile următoare:

(a) în cazul în care titularul de pensie are dreptul la prestații în natură în temeiul legislației unui singur stat membru, costul este suportat de instituția competentă din statul membru respectiv;

[…]”

12. Articolul 27 din acest regulament, intitulat „Șederea titularului de pensie sau a membrilor familiei sale într-un alt stat membru decât statul membru de reședință. Șederea în statul membru competent. Autorizarea tratamentului necesar în afara statului membru de reședință”, prevede:

„(1) Articolul 19 se aplică *mutatis mutandis* persoanei care primește una sau mai multe pensii în temeiul legislației unuia sau mai multor state membre și care beneficiază de o prestație în natură în temeiul legislației unuia dintre statele membre care îi acordă pensia sau pensiile sau membrilor familiei acesteia care au drept de ședere într-un alt stat membru decât cel în care sunt rezidenți.

(2) Articolul 18 alineatul (1) se aplică *mutatis mutandis* persoanelor prevăzute la alineatul (1), în cazul în care au drept de ședere în statul membru în care este situată autoritatea competentă responsabilă de costul prestațiilor în natură acordate titularului de pensie în statul membru de reședință și în cazul în care statul membru menționat a optat pentru această soluție și este inclus pe lista din anexa IV.

(3) Articolul 20 se aplică *mutatis mutandis* unui titular de pensie și membrilor săi de familie care au drept de ședere într-un alt stat membru decât cel în care își au reședința, cu scopul de a primi acolo tratamentul adaptat stării lor.

(4) Cu excepția cazului în care alineatul (5) prevede altfel, costul prestațiilor în natură prevăzute la alineatele (1)-(3) se suportă de către instituția competentă răspunzătoare de costul prestațiilor în natură acordate titularului de pensie în statul membru de reședință.

(5) Costul prestațiilor în natură prevăzute la alineatul (3) se suportă de către instituția de la locul de reședință al titularului de pensie sau al membrilor familiei sale, în cazul în care aceste persoane își au reședința într-un stat membru care a optat pentru rambursare pe baza unor sume fixe. În aceste cazuri, în sensul alineatului (3), instituția de la locul de reședință a titularului de pensie sau a membrilor familiei sale se consideră instituție competentă.”

13. Articolul 31 din regulamentul menționat, intitulat „Dispoziție generală” și cuprins în secțiunea 3 din capitolul 1 din regulamentul menționat, prevede:

„Articolele 23-30 nu sunt aplicabile titularului de pensie […] în cazul în care persoana în cauză beneficiază de prestații în conformitate cu legislația unui stat membru pe baza unei activități salariate sau independente. Într-un asemenea caz, în sensul prezentului capitol, persoana în cauză este supusă articolelor 17-21.”

*2. Directiva 2011/24*

14. Articolul 3 din Directiva 2011/24 are următorul cuprins:

„În sensul prezentei directive, se aplică următoarele definiții:

(a) «asistență medicală» înseamnă servicii de sănătate furnizate pacienților de către cadrele medicale pentru evaluarea, menținerea sau refacerea stării lor de sănătate, inclusiv prescrierea, eliberarea și furnizarea de medicamente și dispozitive medicale;

(b) «persoană asigurată» înseamnă:

(i) persoanele, inclusiv membrii familiilor și supraviețuitorii acestora, reglementate de articolul 2 din Regulamentul [nr. 883/2004] și care sunt persoane asigurate în sensul articolului 1 litera (c) din regulamentul respectiv și

(ii) […]”

15. Articolul 7 din această directivă, intitulat „Principii generale pentru rambursarea costurilor”, prevede la alineatele (1) și (2):

„(1) Fără a aduce atingere Regulamentului [nr. 883/2004] și sub rezerva dispozițiilor articolelor 8 și 9, statul membru de afiliere asigură rambursarea costurilor suportate de o persoană asigurată care beneficiază de asistență medicală transfrontalieră, dacă asistența medicală respectivă se regăsește printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată în statul membru de afiliere.

(2) Prin derogare de la alineatul (1):

(a) în cazul în care un stat membru figurează în anexa IV la Regulamentul [nr. 883/2004] [6] și în conformitate cu regulamentul respectiv a recunoscut dreptul la prestații în caz de boală pentru pensionari și pentru membrii familiilor acestora care își au reședința în alt stat membru, acesta le acordă asistență medicală în temeiul prezentei directive pe cheltuiala sa în timpul șederii acestora pe teritoriul său, în conformitate cu dispozițiile legislației sale, în aceleași condiții în care le-ar acorda asistență în cazul în care persoanele vizate și-ar avea reședința în statul membru care figurează în anexa respectivă;

[…]”

16. Articolul 8 din directiva menționată, intitulat „Asistență medicală care poate face obiectul autorizării prealabile”, prevede la alineatele (1) și (2):

„(1) Statul membru de afiliere poate prevedea un sistem de autorizare prealabilă pentru rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere, în conformitate cu prezentul articol și cu articolul 9. Sistemul de autorizare prealabilă, inclusiv criteriile și aplicarea acestor criterii, precum și deciziile individuale de a refuza acordarea autorizației prealabile, se limitează la ceea ce este necesar și proporțional cu obiectivul care trebuie atins și nu poate constitui un mijloc de discriminare arbitrară sau un obstacol nejustificat în calea liberei circulații a pacienților.

[6] În urma adoptării Regulamentului nr. 988/2009, Regatul Țărilor de Jos figurează în anexa IV la Regulamentul nr. 883/2004, care conține lista statelor membre care au acordat drepturi suplimentare titularilor de pensii care se întorc în statul membru competent [articolul 27 alineatul (2) din Regulamentul nr. 883/2004].

(2) Asistența medicală care poate face obiectul autorizării prealabile se limitează la asistență medicală care:

(a) face obiectul unor cerințe de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane și:

(i) presupune internarea în spital a pacientului în cauză pentru cel puțin o noapte sau

(ii) necesită utilizarea unei infrastructuri sau a unui echipament medical foarte specializat și costisitor;

[…]

Statele membre notifică Comisiei categoriile de asistență medicală menționate la litera (a).”

### *B. Dreptul neerlandez*

17. Articolul 69 din Zorgverzekeringswet (Legea privind asigurările de sănătate, denumită în continuare „Zvw”), în versiunea sa aplicabilă situației de fapt din litigiul principal[7], prevede:

„1. Persoanele cu reședința în străinătate care, prin aplicarea unui regulament al Consiliului Comunităților Europene sau prin aplicarea unui regulament adoptat în temeiul Acordului privind Spațiul Economic European sau al unui tratat în domeniul securității sociale, au dreptul, în caz de nevoie, la asistență medicală sau la rambursarea acesteia, în condițiile prevăzute de legislația privind asigurarea asistenței medicale din țara lor de reședință, se înregistrează la [Centraal Administratie Kantoor (Biroul Administrației Centrale, Țările de Jos, denumit în continuare «CAK»)], cu excepția cazului în care acestea sunt supuse, potrivit prezentei legi, asigurării obligatorii.

2. Persoanele menționate la alineatele 1, 14 și 15 datorează o contribuție care va fi stabilită prin ordin ministerial. Pentru o cotă care va fi stabilită prin acest ordin, contribuția respectivă este considerată, în vederea aplicării [Wet op de zorgtoeslag (Legea privind indemnizația suplimentară pentru asistența medicală)], ca fiind o primă pentru o asigurare de sănătate.

[…]

4. [CAK] este însărcinat cu punerea în aplicare a dispozițiilor cuprinse în alineatele 1, 14 și 15 și a reglementărilor internaționale menționate în acestea, precum și cu adoptarea deciziilor privind perceperea și încasarea cotizațiilor menționate la alineatele 2 și 3.

[…]”

[7] Stb. 2005, nr. 358, în versiunea sa în vigoare de la 1 aprilie 2014 până la 1 ianuarie 2017 (Stb. 2013, nr. 578).

## III. Litigiul principal, întrebările preliminare și procedura în fața Curții

18. Y, apelanta din litigiul principal, este o resortisantă neerlandeză care locuiește împreună cu soțul său în Belgia și primește o pensie pentru limită de vârstă în temeiul Algemene Ouderdomswet (Legea generală privind pensiile pentru limită de vârstă, denumită în continuare „AOW”)[8]. La data faptelor din litigiul principal, în calitate de titulară a acestei pensii, Y avea dreptul, în temeiul articolului 24 din Regulamentul nr. 883/2004, la îngrijiri de sănătate în statul său de reședință (Belgia), cheltuielile fiind suportate de statul membru responsabil de plata pensiei menționate (Țările de Jos). Pentru a beneficia de acest drept, ea datora o cotizație, în temeiul articolului 69 din Zvw coroborat cu articolul 30 din Regulamentul nr. 883/2004. În calitate de titular de pensie beneficiar al dreptului Uniunii[9], Y nu se încadra în sistemul neerlandez de asigurări obligatorii de sănătate și era scutită de plata cotizațiilor aferente acestuia.

19. La 6 martie 2015, în urma unei consultații a lui Y la un medic generalist în Belgia, s-a efectuat un examen radiologic la Academisch Ziekenhuis Maastricht (Spitalul Universitar din Maastricht, Țările de Jos, denumit în continuare „AZM”) și, ulterior, la 8 martie 2015, un examen de imagistică prin rezonanță magnetică (IRM). La 9 și la 11 martie 2015, soțul doamnei Y a contactat telefonic pârâtul din litigiul principal, CAK – organul competent căruia îi revine punerea în aplicare a Regulamentului nr. 883/2004[10] – în legătură cu un tratament medical planificat să aibă loc în Germania. CAK i-a atras atenția soțului doamnei Y cu privire la procedura de autorizare.

20. La 12 martie 2015, AZM a diagnosticat-o pe Y cu cancer de sân de gradul 2 și i-a făcut o propunere de tratament.

21. La 13 martie 2015, Y a solicitat o a doua opinie medicală la Franziskus Hospital Harderberg, situat în Osnabrück (Germania), pentru care a solicitat autorizarea prealabilă a CAK. În cadrul acestei consultații, a fost diagnosticată cu cancer de sân de gradul 3.

22. La 20 martie 2015, Y a suferit o operație la sâni în acest spital german și, la 25 martie 2015, i-au fost îndepărtați ganglioni limfatici. În cadrul acestor operații, Y a fost internată în acest spital în perioada cuprinsă între 19 martie și 30 martie 2015. Ulterior, între 14 aprilie 2015 și 24 iunie 2015, Y a urmat în acest spital tratamente postoperatorii, printre care și radioterapie. Pentru aceste operații și tratamente nu a fost solicitată în prealabil nicio autorizație de la CAK.

23. La 19 martie 2015, organismul belgian de asigurări de sănătate[11] de care aparținea Y a formulat o cerere la CAK prin care solicita o autorizație (*a posteriori*) aferentă tratamentului medical programat în urma consultației din 13 martie 2015 la Franziskus Hospital Harderberg.

24. La 1 mai 2015, CAK a refuzat să acorde această autorizație, întrucât a apreciat că este competent să acorde o astfel de autorizație numai dacă Y ar fi solicitat o autorizație pentru tratamentele în cauză, ceea ce nu a făcut.

[8] Stb. 1956, nr. 281.

[9] Guvernul neerlandez precizează că acest grup de persoane este desemnat drept „verdragsgerechtigde gepensioneerden” [titulari de pensii beneficiari ai unei convenții], termenul „verdragsgerechtigd” desemnând în esență orice persoană care are reședința în afara Țărilor de Jos și care are dreptul la o prestație legală suportată de Țările de Jos în temeiul dreptului Uniunii.

[10] Instanța de trimitere precizează că, de la 1 ianuarie 2017, CAK exercită, în cauze precum cea principală, competențele exercitate anterior de Zorginstituut Nederland (Țările de Jos).

[11] Christelijke Mutualiteit Limburg (Casa de Asigurare Creștină din Limburg), care era „instituția de la locul de reședință” prevăzută la articolul 1 litera (r) din Regulamentul nr. 883/2004.

25. La 1 iulie 2015, Y a solicitat CAK rambursarea cheltuielilor aferente tratamentelor medicale pe care le suferise în Germania, în cuantum total de 16 853,13 euro, prezentând facturile pentru aceste tratamente.

26. Prin decizia din 20 iulie 2015, CAK a respins această cerere, pentru motivul că Y se deplasase în Germania pentru a beneficia de tratamente medicale pe care le-a calificat drept „tratamente programate”, precum cele vizate la articolul 20 din Regulamentul nr. 883/2004, care nu fuseseră administrate în Belgia (statul de reședință) sau în Țările de Jos (statul responsabil de plata pensiei) și pentru care Y nu solicitase o autorizație prealabilă. În lipsa unei astfel de cereri de autorizare, CAK a apreciat că nu este competent să ramburseze cheltuielile medicale în cauză.

27. Prin decizia din 4 ianuarie 2016, reclamația formulată de Y împotriva deciziei din 20 iulie 2015 a fost respinsă ca nefondată.

28. Prin hotărârea din 24 noiembrie 2016, rechtbank Amsterdam (Tribunalul din Amsterdam, Țările de Jos) a respins ca nefondată acțiunea introdusă împotriva deciziei din 4 ianuarie 2016. Această instanță a considerat în esență că spitalizarea, consultația preliminară și tratamentul programate în Germania într-un interval de o săptămână nu atestau o urgență extremă în ceea ce privește starea de sănătate a lui Y pe durata șederii sale în acest stat. Potrivit instanței menționate, CAK era îndreptățită să califice tratamentul medical oferit lui Y în Germania drept „tratament programat”, pentru care nu fusese acordată nicio autorizație, și, în consecință, pentru a refuza rambursarea cheltuielilor medicale aferente.

29. Y a formulat apel împotriva acestei hotărâri în fața instanței de trimitere, Centrale Raad van Beroep (Curtea de Apel pentru Litigii de Securitate Socială și de Funcție Publică, Țările de Jos), susținând în esență, pe de o parte, că operațiile medicale din 20 și din 25 martie 2015 trebuiau considerate, ca urmare a caracterului lor urgent și inopinat din punct de vedere medical, drept tratamente „neprogramate”, în sensul articolului 19 din Regulamentul nr. 883/2004, a căror rambursare nu era supusă autorizării prealabile, și, pe de altă parte, că nici costurile tratamentelor postoperatorii, printre care și radioterapia, care au avut loc de asemenea în Germania între 14 aprilie și 24 iunie 2015, nu erau condiționate de autorizarea prealabilă, în temeiul articolului 8 din Directiva 2011/24.

30. În această privință, instanța de trimitere arată că ea consideră că CAK nu era obligat să ramburseze costurile suportate de Y în Germania având în vedere articolul 20 alineatul (1) din Regulamentul nr. 883/2004, care se aplica *mutatis mutandis* titularilor de pensii precum Y, în temeiul articolului 27 alineatul (3) din acest regulament. Astfel, deși admite că nu era necesar să se soluționeze problema dacă simpla lipsă a unei cereri de autorizare prealabilă din partea lui Y era suficientă pentru ca CAK să poată refuza rambursarea acestor costuri, instanța de trimitere constată că, în cursul procedurii în fața sa, s-a dovedit că, chiar dacă ar fi fost solicitată la timp, o asemenea autorizație ar fi putut fi refuzată de CAK pentru motivul că, pe baza unei declarații a organismului belgian de asigurări de sănătate, același tratament ar fi fost posibil în același termen în Belgia. Prin urmare, potrivit instanței de trimitere, nu au fost îndeplinite cerințele prevăzute la articolul 20 alineatul (2) ultima teză din Regulamentul nr. 883/2004 pentru obținerea de prestații în natură în cazul tratamentelor programate într-un alt stat membru decât statul de reședință și statul responsabil de plata pensiei în numele acestui din urmă stat.

31. Cu toate acestea, instanța de trimitere ridică problema dacă, astfel cum arată Y, titularul unei pensii poate totuși invoca în mod întemeiat Directiva 2011/24 pentru a i se rambursa, în tot sau în parte, costurile asistenței medicale postoperatorii primite în Germania, în măsura în care această

directivă nu ar impune o autorizare pentru asistența medicală ambulatorie transfrontalieră. În această privință, instanța de trimitere urmărește să afle dacă Y, fiind titulara unei pensii și nefiind asigurată în temeiul unui sistem național obligatoriu de asigurări de sănătate, intră în domeniul de aplicare personal al directivei menționate ca „persoană asigurată”, în sensul articolului 3 litera (b) punctul (i) din aceeași directivă. În cazul unui răspuns afirmativ, această instanță consideră, asemenea lui Y, că, în temeiul articolului 8 alineatul (2) litera (a) punctul (ii) din Directiva 2011/24, asistența medicală postoperatorie (printre care și radioterapia) nu este asistență medicală care poate face obiectul unei autorizări [12].

32. În sfârșit, pentru cazul în care Curtea ar concluziona că Y nu intră în domeniul de aplicare personal al Directivei 2011/24, instanța de trimitere ridică problema dacă articolul 56 TFUE se opune ca statul responsabil de plata pensiei lui Y să refuze să îi ramburseze, în lipsa unei autorizații prealabile obținute de aceasta, costurile asistenței medicale ambulatorii de care a beneficiat în afara statului de reședință și a statului responsabil de plata pensiei, ca fiind un obstacol nejustificat în calea liberei prestări a serviciilor, garantată de această dispoziție.

33. În aceste condiții, Centrale Raad van Beroep (Curtea de Apel pentru Litigii de Securitate Socială și de Funcție Publică) a hotărât să suspende judecarea cauzei și să adreseze Curții următoarele întrebări preliminare:

„1) Directiva [2011/24] trebuie interpretată în sensul că persoanele menționate la articolul 24 din Regulamentul [nr. 883/2004] care primesc prestații în natură în statul de reședință în numele Țărilor de Jos, dar care nu sunt asigurate în Țările de Jos în temeiul asigurărilor obligatorii de sănătate, pot invoca în mod direct această directivă pentru rambursarea costurilor asistenței medicale acordate?

În cazul unui răspuns negativ,

2) Din articolul 56 TFUE rezultă că, într-un caz precum cel de față, refuzul de a rambursa asistența medicală acordată în alt stat membru decât statul de reședință sau decât cel care plătește pensia constituie un obstacol nejustificat în calea liberei circulații a serviciilor?”

34. Guvernul neerlandez și Comisia Europeană au depus observații scrise și au răspuns de asemenea la întrebările scrise adresate de Curte.

## IV. Analiză

### *A. Observații introductive*

35. Prezentele întrebări preliminare sunt adresate în cadrul special al reglementării neerlandeze, care prevede că persoanele care primesc o pensie în temeiul legislației neerlandeze și care nu au reședința în Țările de Jos au dreptul, în temeiul articolului 24 din Regulamentul nr. 883/2004, la îngrijiri de sănătate în statul lor de reședință. Pentru a beneficia de acest drept, această categorie de persoane datorează o cotizație la CAK. În conformitate cu acest sistem, în cazul în care cheltuielile medicale sunt efectuate în afara Țărilor de Jos, CAK asigură plata către statul în care au fost efectuate aceste cheltuieli.

[12] Instanța de trimitere arată că asistența medicală pentru care Y a trebuit să fie internată în spitalul din Germania în perioada cuprinsă între 19 și 30 martie 2015 (și anume asistența medicală legată de cele două operații medicale) este asistență medicală care intră sub incidența articolului 8 alineatul (2) litera (a) punctul (i) din Directiva 2011/24 și, prin urmare, ar face obiectul autorizării prealabile.

36. În speță, Y este titulara unei pensii în temeiul legislației Țărilor de Jos și, întrucât are reședința în Belgia, nu dispune de o asigurare obligatorie de sănătate neerlandeză. Ea are totuși dreptul, în temeiul articolului 24 din Regulamentul nr. 883/2004, la prestații în natură potrivit legislației statului său de reședință, Belgia, suportate de statul responsabil de plata pensiei sale, Țările de Jos.

37. În cadrul litigiului principal, Y urmărește să obțină rambursarea de la CAK a costurilor prestațiilor medicale de care a beneficiat în Germania în cadrul tratamentului pentru cancer de sân. Aceste cereri de rambursare se referă la două tipuri de costuri: pe de o parte, la costurile operațiilor chirurgicale, inclusiv costurile internării în spital aferente, a căror rambursare Y dorește să o obțină printre altele în temeiul articolului 19 din Regulamentul nr. 883/2004, apreciind că aceste tratamente nu pot fi calificate drept „tratamente programate” și, în consecință, nu trebuiau să fie autorizate în prealabil, astfel cum susține CAK, și, pe de altă parte, la costurile tratamentelor postoperatorii, printre care și radioterapia, a căror rambursare este solicitată de Y în temeiul articolului 7 din Directiva 2011/24, în măsura în care, după cum susține Y, această directivă nu supune rambursarea unei autorizări prealabile. Prin urmare, Y apreciază că se poate prevala atât de dispozițiile Regulamentului nr. 883/2004, cât și de cele ale Directivei 2011/24.

38. Instanța de trimitere exclude aplicarea Regulamentului nr. 883/2004 în privința situației de fapt din litigiul principal (a se vedea punctul 30 din prezentele concluzii) și solicită Curții să se pronunțe numai în ceea ce privește aplicarea Directivei 2011/24 și a articolului 56 TFUE. Prin urmare, Curtea nu trebuie să examineze problema dacă această instanță a calificat în mod întemeiat cele două operații din Germania drept „tratamente programate” care intră sub incidența articolului 20 din Regulamentul nr. 883/2004 și dacă simpla lipsă a unei cereri de autorizare prealabilă este suficientă pentru a refuza rambursarea costurilor. Cu toate acestea, apreciem că este util să semnalăm că, după introducerea prezentei cereri de decizie preliminară, Curtea a pronunțat două hotărâri care privesc atât noțiunea de „tratamente programate” în sensul articolului 20 din acest regulament [13], cât și dreptul la rambursarea costurilor unor astfel de tratamente în temeiul acestui articol în cazul refuzului sau al lipsei unei autorizații prealabile [14].

### *B. Cu privire la prima întrebare preliminară*

39. Prin intermediul primei întrebări, instanța de trimitere solicită în esență să se stabilească dacă persoanele care primesc o pensie în temeiul legislației unui stat membru și care au dreptul, potrivit articolului 24 din Regulamentul nr. 883/2004, la prestațiile în natură acordate de statul lor de reședință în numele statului responsabil de plata pensiei, fără a dispune însă de o asigurare

[13] A se vedea în această privință Hotărârea din 23 septembrie 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistență medicală transfrontalieră) (C-777/18, EU:C:2020:745, punctele 38-44).

[14] A se vedea Hotărârea din 23 septembrie 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistență medicală transfrontalieră) (C-777/18, EU:C:2020:745, punctele 45-55), și Hotărârea din 29 octombrie 2020, Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:872, punctele 28-33), precum și Concluziile avocatului general Hogan prezentate în cauza Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, punctele 48-68). În această privință, observăm că Curtea a identificat deja două situații în care persoana asigurată, chiar în lipsa unei autorizații eliberate în mod corespunzător înainte de începerea tratamentelor programate în statul membru de ședere, are dreptul să obțină în mod direct rambursarea, din partea instituției competente, a unui cuantum echivalent cu cel care ar fi fost luat în considerare în mod normal de această instituție dacă persoana asigurată ar fi dispus de o astfel de autorizație. O astfel de situație este posibilă atunci când, printre altele, pentru motive legate de starea sa de sănătate sau de necesitatea primirii unor tratamente de urgență într-o instituție spitalicească, persoana asigurată a fost împiedicată să solicite o astfel de autorizație sau nu a putut aștepta decizia instituției competente cu privire la cererea de autorizare prezentată. Prin urmare, o reglementare care exclude în toate cazurile rambursarea cheltuielilor efectuate cu îngrijirile spitalicești acordate fără autorizație prealabilă într-un alt stat membru privează persoana asigurată de rambursarea acestor tratamente, deși, pe de altă parte, condițiile în acest scop ar fi îndeplinite. O astfel de reglementare, care nu poate fi justificată de motive imperative de interes general și, în orice caz, care nu îndeplinește cerința proporționalității constituie, în consecință, o restrângere nejustificată a liberei prestări a serviciilor [a se vedea Hotărârea din 23 septembrie 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistență medicală transfrontalieră) (C-777/18, EU:C:2020:745, punctele 46-48 și jurisprudența citată)].

obligatorie de sănătate în statul responsabil de plata pensiei, pot invoca Directiva 2011/24 pentru a obține rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere care le-a fost oferită într-un al treilea stat membru.

40. Trebuie amintit de la bun început că articolul 7 alineatul (1) din Directiva 2011/24 prevede că, „[f]ără a aduce atingere Regulamentului [nr. 883/2004] și sub rezerva dispozițiilor articolelor 8 și 9 [din directiva menționată], statul membru de afiliere asigură rambursarea costurilor suportate de *o persoană asigurată* care beneficiază de asistență medicală transfrontalieră, dacă asistența medicală respectivă se regăsește printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată în statul membru de afiliere”[15]. Din acest text rezultă că dreptul la rambursare este rezervat numai „persoanelor asigurate”.

41. Prin urmare, pentru a răspunde la prima întrebare, este necesar să se stabilească dacă o persoană aflată în situația lui Y, care primește o pensie într-un prim stat membru și care are dreptul, în temeiul articolului 24 din Regulamentul nr. 883/2004, la prestațiile în natură acordate de statul membru de reședință în numele primului stat membru, fără a dispune însă de asigurarea obligatorie de sănătate în acesta din urmă, poate fi calificată drept „persoană asigurată”, în sensul articolului 7 alineatul (1) din Directiva 2011/24, astfel încât se poate prevala de dreptul la rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere.

42. Pentru motivele pe care le vom evoca în continuare, apreciem că trebuie să se răspundă afirmativ.

### *1. Cu privire la noțiunea de „persoană asigurată” în sensul Directivei 2011/24*

43. Noțiunea de „persoană asigurată” este definită la articolul 3 litera (b) din Directiva 2011/24 și desemnează printre altele, la litera (i), „persoanele, […] reglementate de articolul 2 din Regulamentul [nr. 883/2004] și care sunt persoane asigurate în sensul articolului 1 litera (c) din regulamentul respectiv”. Această definiție face trimitere, așadar, la dispozițiile generale referitoare la „definiții” și la „domeniul de aplicare personal” din Regulamentul nr. 883/2004. În măsura în care definiția menționată se referă la dispozițiile acestui regulament în mod cumulativ, pentru ca o persoană să fie calificată drept „persoană asigurată”, în sensul acestei directive, trebuie să fie îndeplinite aceste două cerințe prevăzute de regulamentul menționat.

44. În această privință, este necesar să se arate, pe de o parte, că, potrivit articolului 2 alineatul (1) din Regulamentul nr. 883/2004, acesta se aplică printre altele „resortisanților unuia dintre statele membre […] care se află sau s-au aflat sub incidența legislației unuia sau mai multor state membre” și, pe de altă parte, că, potrivit articolului 1 litera (c) din acest regulament, „prin «persoană asigurată» se înțelege, în raport cu diferitele ramuri de securitate socială prevăzute de titlul III[16] capitolele 1 și 3, orice persoană care îndeplinește condițiile impuse de legislația statului membru competent în temeiul titlului II pentru a avea dreptul la prestații, luând în considerare dispozițiile [acestui] regulament”.

15 Sublinierea noastră.

16 Și anume următoarele ramuri: (a) prestațiile de boală, (b) indemnizațiile de maternitate și de paternitate asimilate, (c) indemnizațiile de invaliditate, (d) prestațiile pentru limită de vârstă, (e) prestațiile de urmaș, (f) prestațiile în cazul unor accidente de muncă și boli profesionale, (g) ajutoarele de deces, (h) ajutoarele de șomaj, (i) prestațiile de prepensionare și (j) prestațiile familiale.

45. În ceea ce privește prima cerință prevăzută la articolul 2 alineatul (1) din Regulamentul nr. 883/2004, care ține de „domeniul de aplicare personal” al acestuia, apreciem că nu există nicio îndoială că trebuie să se considere că o persoană precum Y, care este resortisantă a unui stat membru și care primește o pensie de la acest stat membru care îi dă dreptul la prestații în natură acordate de statul său de reședință în numele statului responsabil de plata pensiei, se află „sub incidența legislației unui stat membru”, chiar dacă această persoană nu dispune de o asigurare obligatorie de sănătate în statul responsabil de plata pensiei. Astfel, ar trebui să se considere că Y, în calitate de resortisantă neerlandeză, se află „sub incidența legislației” Țărilor de Jos, ca urmare a faptului că primește o pensie pentru limită de vârstă în temeiul AOW și datorează o cotizație la CAK în temeiul Zvw (a se vedea punctul 18 din prezentele concluzii).

46. În ceea ce privește a doua cerință prevăzută la articolul 1 litera (c) din Regulamentul nr. 883/2004, trebuie să se observe, pe de o parte, că termenul „persoană asigurată” a fost instituit de acest regulament [17] în principal în vederea capitolului 1 din titlul III din acesta, intitulat „Prestațiile de boală, de maternitate și de paternitate asimilate” [18], dat fiind că dispozițiile de coordonare în materie de boală impun ca persoana să fie „asigurată” într-un stat membru. Y primește o pensie pentru limită de vârstă în conformitate cu AOW și, în acest temei, beneficiază de dreptul la îngrijiri de sănătate prevăzut printre altele la articolul 24 din regulamentul menționat care, deși nu se referă în mod explicit la „persoanele asigurate”, face parte din capitolul 1 și, prin urmare, privește una dintre „ramuri[le] de securitate socială prevăzute de titlul III”, în conformitate cu prima teză a articolului 1 litera (c) din același regulament.

47. Pe de altă parte, pentru ca Y, în calitate de „titular de pensie”, în sensul articolului 24 din Regulamentul nr. 883/2004, să poată fi considerată o „persoană asigurată” în sensul articolului 1 litera (c) din acest regulament, în conformitate cu ultima teză a acestei dispoziții, ea trebuie „[să îndeplinească] condițiile impuse de legislația statului membru competent în temeiul titlului II pentru a avea dreptul la prestații, luând în considerare dispozițiile [acestui] regulament”.

48. În această privință, trebuie să se precizeze că titularii de pensii în sensul articolului 24 din Regulamentul nr. 883/2004 pot, în conformitate cu articolul 16 alineatul (2) din acest regulament, să fie scutiți, la cererea lor, de aplicarea legislației statului membru de reședință care, în conformitate cu articolul 11 alineatul (3) litera (e) din regulamentul menționat, s-ar aplica în mod normal [19]. În speță, este cert că Y se află sub incidența legislației Țărilor de Jos, ca stat membru competent în temeiul titlului II din același regulament.

49. Deși nu este de competența Curții să verifice, interpretând dreptul național, dacă Y îndeplinește „condițiile impuse” de legislația neerlandeză pentru a avea dreptul la prestațiile prevăzute la articolul 24 din Regulamentul nr. 883/2004, trebuie să se constate că termenul

[17] Regulamentul nr. 883/2004 a realizat modernizarea și simplificarea normelor cuprinse în Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii care desfășoară activități independente și cu membrii familiilor acestora care se deplasează în cadrul Comunității, în versiunea modificată și actualizată prin Regulamentul (CE) nr. 118/97 al Consiliului din 2 decembrie 1996 (JO 1997, L 28, p. 1, Ediție specială, 05/vol. 4, p. 35). Termenul „persoană asigurată” nu era însă definit în Regulamentul nr. 1408/71.

[18] Astfel, capitolul 3 din titlul III din Regulamentul nr. 883/2004, intitulat „Ajutorul de deces”, în care este utilizat termenul „persoană asigurată”, conține numai două dispoziții, și anume articolele 42 și 43, în timp ce capitolul 1 conține trei secțiuni și 18 articole.

[19] Articolul 16 alineatul (2) din Regulamentul nr. 883/2004 precizează că această posibilitate este oferită, la cererea persoanei interesate, cu condiția ca aceasta să nu fie supusă legislației statului de reședință pentru că exercită o activitate salariată sau o activitate independentă.

„legislație” în sensul acestui regulament trebuie să primească o interpretare largă [20] și că aplicarea legislației naționale trebuie efectuată, în conformitate cu articolul 1 litera (c) din acest regulament, „luând în considerare dispozițiile [acestui] regulament”.

50. Astfel, trebuie să se constate că condițiile impuse de legislația neerlandeză pentru a avea dreptul la respectivele prestații în natură pe teritoriul Țărilor de Jos corespund, în fapt, condițiilor stabilite la articolul 24 din Regulamentul nr. 883/2004, care subordonează dreptul la prestații în natură pe care îl prevede îndeplinirii a trei condiții. În primul rând, persoana interesată trebuie să primească una sau mai multe pensii în conformitate cu legislația unuia sau mai multor state membre, în al doilea rând, ea nu trebuie să beneficieze de prestații în natură în temeiul legislației statului de reședință și, în al treilea rând, ea ar trebui să aibă dreptul la aceste prestații în temeiul legislației statului responsabil de plata pensiei, în cazul în care ar avea reședința în acest stat membru. În afara acestor trei condiții, astfel cum a confirmat guvernul neerlandez, nicio altă condiție nu este impusă în temeiul legislației neerlandeze pentru a putea beneficia de dreptul la prestații în natură în temeiul articolului 24 din acest regulament [21].

51. Prin urmare, în lipsa altor condiții stabilite la nivel național, un „titular de pensie”, în sensul articolului 24 din Regulamentul nr. 883/2004, poate fi calificat drept „persoană asigurată” în sensul articolului 1 litera (c) din acest regulament, din moment ce îndeplinește cele trei condiții prevăzute la articolul 24 din regulamentul menționat.

52. În plus, trebuie să se arate că Regatul Țărilor de Jos a optat pentru înscrierea sa pe lista statelor membre care figurează în anexa IV la Regulamentul nr. 883/2004, ceea ce implică faptul că o persoană care este titulară a unei pensii și care, precum Y, are reședința în alt stat membru poate beneficia, în temeiul articolului 18 alineatul (1) din acest regulament coroborat cu articolul 27 alineatul (2) din regulamentul menționat, de prestații în natură în timpul ședерii sale în Țările de Jos (statul membru competent), pe cheltuiala instituției competente și în conformitate cu dispozițiile legislației naționale aplicabile, ca și cum ar rezida în statul membru respectiv. După toate probabilitățile, în temeiul acestei dispoziții, Y a efectuat o examinare radiologică la AZM, în Țările de Jos, în urma unei prime consultații la un medic generalist în Belgia. Prin urmare, în orice caz, considerăm că este dificil de susținut că Y nu este o „persoană asigurată” în conformitate cu legislația neerlandeză.

53. Având în vedere cele ce precedă, apreciem că, în speță, cerințele prevăzute la articolul 1 litera (c) și la articolul 2 din Regulamentul nr. 883/2004 sunt îndeplinite. Prin urmare, trebuie să se concluzioneze că Y, în calitate de „titular al unei pensii”, în sensul articolului 24 din acest regulament, trebuie să fie considerată de asemenea o „persoană asigurată” în sensul articolului 3 litera (b) punctul (i) din Directiva 2011/24 și, în acest temei, să poată beneficia de principiile generale pentru rambursarea costurilor, prevăzute la articolul 7 alineatul (1) din această directivă.

[20] În conformitate cu articolul 1 litera (l) primul paragraf din Regulamentul nr. 883/2004, prin „legislație” se înțelege, pentru fiecare stat membru, actele cu putere de lege și actele administrative, precum și orice alte măsuri de aplicare care se referă la ramurile de securitate socială prevăzute de articolul 3 alineatul (1) din acest regulament.

[21] A se vedea în această privință articolul 69 alineatul (1) din Zvw, citat la punctul 17 din prezentele concluzii.

*2. Cu privire la distincția dintre „persoana asigurată” și „titularul de pensie” în sistemul Regulamentului nr. 883/2004*

54. Această concluzie nu poate fi infirmată, în opinia noastră, de argumentul prezentat de guvernul neerlandez potrivit căruia „titularii unei pensii”, în sensul Regulamentului nr. 883/2004, nu pot fi și „persoane asigurate” în sensul acestui regulament. Potrivit acestui guvern, regulamentul menționat face o distincție netă între dispozițiile care se aplică „persoanelor asigurate”, pe de o parte, și cele care se aplică „titularilor de pensii”, pe de altă parte, astfel încât aceste două categorii s-ar exclude reciproc. În susținerea acestui argument, el arată că, în capitolul 1 din titlul III din același regulament, secțiunea 1 este consacrată „[p]ersoanel[or] asigurate și membri[lor] familiilor acestora, *cu excepția titularilor de pensie și a membrilor familiilor acestora*”, și că secțiunea 2 este dedicată exclusiv „[*t*]*itulari[lor] de pensii* și membri[lor] de familie ai acestora”[22]. De asemenea, în cadrul capitolului 3 din titlul III din Regulamentul nr. 883/2004, articolul 42 reglementează cazul decesului unei „persoane asigurate” sau al unui membru al familiei sale, în timp ce articolul 43 din acest regulament reglementează cazul decesului „titularului pensiei” sau al unui membru al familiei sale. Prin urmare, potrivit acestei logici, articolul 24 din regulamentul menționat, care figurează în secțiunea 2 din capitolul 1, ar trebui să se aplice exclusiv „titularilor unei pensii”, iar nu „persoanelor asigurate”, astfel încât titularul unei pensii, precum Y, nu se poate prevala de dispozițiile articolului 7 alineatul (1) din Directiva 2011/24.

55. Pe baza unei analize a Regulamentului nr. 883/2004, apreciem că, deși termenii „persoană asigurată” și „titularul unei pensii” nu sunt, desigur, utilizați în mod interschimbabil, aceștia având o semnificație autonomă și distinctă, noțiunea de „persoană asigurată” trebuie să poată include noțiunea de „titular al unei pensii” ca o categorie specifică a „persoanelor asigurate” care merită dispoziții adaptate situației lor, pentru motivele care urmează.

56. Trebuie să se precizeze de la bun început că domeniul de aplicare personal al Regulamentului nr. 883/2004 este rezultatul unei extinderi progresive, prin jurisprudența Curții și prin modificări legislative care au urmat, a domeniului de aplicare inițial al Regulamentului nr. 3/1958[23]. Pentru a determina o simplificare radicală a dispozițiilor foarte complexe referitoare la domeniul de aplicare personal al fostului Regulament nr. 1408/71, articolul 2 din Regulamentul nr. 883/2004 se referă în mod general și exhaustiv la toți „resortisanți[i] unuia dintre statele membre […] care se află sau s-au aflat sub incidența legislației unuia sau mai multor state membre, precum și [la] membri[i] de familie și urmași[i] acestora”[24]. Rezultă că noțiunea de „persoană asigurată” vizează persoanele care, independent de statutul lor (de exemplu salariat, titular de pensie etc.), îndeplinesc condițiile impuse de legislația statului membru competent pentru a avea dreptul la prestații. Acest lucru înseamnă că Regulamentul nr. 883/2004 se aplică în întregime, independent de aspectul dacă persoana interesată a fost asigurată în calitate de salariat, în calitate de persoană inactivă sau în considerarea altor împrejurări precum, printre altele, reședința sau cetățenia.

57. În lumina acestei evoluții trebuie să se analizeze distincția făcută de legiuitorul Uniunii între „persoanele asigurate” și „titularii de pensii”. Din punct de vedere istoric, această distincție provine din Regulamentul nr. 1408/71, în special din articolele 27-34 din acesta, care corespund în esență articolelor 23-30 din Regulamentul nr. 883/2004.

22 Sublinierea noastră.

23 Regulamentul nr. 3 privind securitatea socială a lucrătorilor migranți (JO 1958, P 30, p. 561).

24 A se vedea în această privință considerentele (3) și (7) ale Regulamentului nr. 883/2004.

58. În această privință, trebuie, în primul rând, să se arate că, potrivit considerentelor (20) și (22) ale Regulamentului nr. 883/2004, „[î]n ceea ce privește prestațiile de boală, de maternitate și cele de paternitate asimilate, este necesar să se asigure protecția *persoanelor asigurate* […] care sunt rezidenți sau au drept de ședere într-un alt stat membru decât statul membru competent” și că „*[p]oziția specifică* a solicitanților și *titularilor de pensii* […] face necesară adoptarea unor dispoziții care să reglementeze asigurarea de sănătate, adaptate la această situație” [25]. Prin urmare, „titularii de pensii” constituie, în percepția legiuitorului Uniunii, o subcategorie a „persoanelor asigurate” care necesită, ca urmare a „poziției lor specifice”, norme adaptate la situația lor.

59. Astfel, urmând aceeași logică, făcând distincție, în sensul capitolelor 1 și 3 din titlul III din Regulamentul nr. 883/2004, între, pe de o parte, dispozițiile aplicabile „persoanelor asigurate” și, pe de altă parte, cele aplicabile „titularilor de pensii”, legiuitorul Uniunii a intenționat să prevadă dispoziții speciale și mai bine adaptate acestui grup de persoane asigurate.

60. Mai precis, având în vedere situația lor specială – aceste persoane primind pensia lor în temeiul legislației a cel puțin două state membre sau având reședința într-un stat membru a cărui legislație nu le acordă prestații în natură (a se vedea articolele 23 și 24 din Regulamentul nr. 883/2004) –, aceste dispoziții au ca obiect stabilirea statului membru responsabil de acordarea prestațiilor de boală (a se vedea titlul III capitolul 1 secțiunea 2 din acest regulament) unui titular de pensie sau acordarea de ajutoare în cazul decesului acestuia din urmă (a se vedea titlul III capitolul 3 articolul 43 din regulamentul menționat). Prin urmare, dispozițiile menționate pot fi considerate norme de conflict adaptate nevoilor titularilor de pensii și membrilor de familie ai acestora.

61. În ceea ce privește, mai precis, distincția făcută în cadrul capitolului 1 din titlul III din Regulamentul nr. 883/2004, trebuie să se constate că secțiunea 2 din acest capitol, intitulat „Prestațiile de boală, de maternitate și de paternitate asimilate”, prevede norme speciale de coordonare pentru titularii de pensii în caz de boală și de maternitate, inclusiv în ceea ce privește membrii de familie ai acestora (a se vedea articolele 23-30). Prin urmare, aceste norme constituie o *lex specialis* în raport cu normele din secțiunea 1 (articolele 17-22), care constituie *lex generalis*. Cu alte cuvinte, secțiunea 2 se aplică numai titularilor de pensii (asigurați), în timp ce secțiunea 1 se aplică oricărei persoane asigurate, inclusiv titularilor de pensii, în cazul în care se prevede astfel în secțiunea 2. Această structură este confirmată de articolul 31 din regulamentul menționat, care semnalează de asemenea caracterul complementar al articolelor 23-30, întrucât aceste articole „nu sunt aplicabile titularului de pensie […] în cazul în care persoana în cauză beneficiază de prestații în conformitate cu legislația unui stat membru pe baza unei activități salariate sau independente”.

62. În al doilea rând, considerăm că această interpretare nu poate fi infirmată de faptul că anumite dispoziții din secțiunea 2 din capitolul 1 din titlul III din Regulamentul nr. 883/2004, care vizează titularii de pensii, prevăd aplicabilitatea *mutatis mutandis* a anumitor dispoziții din secțiunea 1 din acest capitol, printre care articolul 18 alineatul (1) și articolele 19, 20 și 21, în privința titularilor de pensii. Dimpotrivă, această arhitectură a capitolului 1 confirmă, în opinia noastră, asimilarea integrală a „titularilor de pensii” cu „persoanele asigurate” și aplicarea *lex generalis* atunci când acest lucru este justificat. Astfel, secțiunea 1 din acest capitol este intitulată „Persoanele asigurate și membrii familiilor acestora, *cu excepția titularilor de pensie și a membrilor familiilor acestora*”, ceea ce implică faptul că titularii de pensii fac parte din grupul „persoanelor asigurate” [26]. Prin urmare, este normal, din motive de claritate și de coerență, ca, atunci când normele cu caracter de *lex generalis* se aplică „titularilor de pensii” care beneficiază

[25] Sublinierea noastră.

[26] Sublinierea noastră.

de o *lex specialis*, acest lucru să fie indicat în mod expres în normele cu caracter de *lex specialis*, și anume secțiunea 2 din capitolul 1 menționat. Acestea fiind spuse, este adevărat, desigur, că utilizarea termenilor „*mutatis mutandis*” este înșelătoare, în măsura în care toate normelor privesc „persoane asigurate” și că, prin urmare, nu ar trebui să se facă referire la o aplicare prin analogie.

63. În consecință, contrar celor susținute de guvernul neerlandez, termenii „persoană asigurată” și „titular de pensie” utilizați în Regulamentul nr. 883/2004 nu se exclud reciproc.

*3. Cu privire la noțiunea de „persoană asigurată” în sistemul Directivei 2011/24*

64. După cum s-a stabilit la punctele 43 și 44 din prezentele concluzii, Directiva 2011/24 face trimitere la definiția „persoanei asigurate” prevăzută de Regulamentul nr. 883/2004. Or, interpretarea largă a noțiunii de „persoană asigurată”, în sensul acestui regulament, pare să fie confirmată și de utilizarea acestor termeni în cadrul directivei menționate.

65. Astfel, după cum arată instanța de trimitere, pe de o parte, această interpretare este coerentă cu noțiunea de „stat membru de afiliere”, care, în cazul persoanelor menționate la articolul 3 litera (b) punctul (i) din Directiva 2011/24, este definită la articolul 3 litera (c) punctul (i) din această directivă ca fiind „statul membru care are competența să acorde persoanei asigurate o autorizare prealabilă pentru a primi tratament adecvat în afara statului membru de reședință în conformitate cu [Regulamentele nr. 883/2004 și nr. 987/2009 [27]]”. Prin urmare, legiuitorul Uniunii nu a intenționat să subordoneze dreptul la rambursare condiției ca persoana interesată să fie „afiliată” la sistemul de asigurări obligatorii de sănătate al unui stat membru [28].

66. Pe de altă parte, trebuie să se constate că, prin derogare de la articolul 7 alineatul (1) din Directiva 2011/24 – care reglementează dreptul la rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere suportate de „persoanele asigurate” – alineatul (2) litera (a) al acestui articol extinde acest drept printre altele la „pensionari […] care își au reședința în alt stat membru”, pentru acoperirea costurilor asistenței medicale suportate pe teritoriul statului responsabil de plata pensiei, atunci când acesta figurează în anexa IV la Regulamentul nr. 883/2004. Prin urmare, trebuie să se deducă de aici că legiuitorul Uniunii a considerat, în contextul adoptării Directivei 2011/24, că „titularii de pensii” intră în sfera noțiunii de „persoană asigurată”, în sensul articolului 1 litera (c) din Regulamentul nr. 883/2004. Pe de altă parte, este singura dată când termenul „pensionar” este utilizat în această directivă.

67. Având în vedere cele ce precedă, propunem să se răspundă la prima întrebare preliminară că dispozițiile coroborate ale articolului 7 alineatul (1) și ale articolului 3 litera (b) punctul (i) din Directiva 2011/24 coroborate cu articolul 1 litera (c) și cu articolul 2 din Regulamentul nr. 883/2004 trebuie interpretate în sensul că persoanele care primesc o pensie în temeiul legislației unui stat membru și care au dreptul, potrivit articolului 24 din acest regulament, la prestațiile în natură acordate de statul de reședință în numele primului stat membru, fără a dispune însă de o asigurare obligatorie de sănătate în acest prim stat membru, se pot prevala, în

[27] Regulamentul Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a [Regulamentului nr. 883/2004] (JO 2009, L 284, p. 1).

[28] A se vedea de asemenea considerentul (13) al Directivei 2011/24, potrivit căruia „obligația rambursării costurilor asistenței medicale transfrontaliere ar trebui să se limiteze la asistența medicală la care persoana asigurată are dreptul în conformitate cu legislația statului membru de afiliere”.

calitate de „persoane asigurate” în sensul acestor dispoziții, de această directivă pentru a obține rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere care le-a fost oferită într-un al treilea stat membru.

### *C. Cu privire la a doua întrebare preliminară*

68. Prin intermediul celei de a doua întrebări, instanța de trimitere solicită în esență să se stabilească dacă o persoană titulară a unei pensii în temeiul legislației unui stat membru și care are dreptul, potrivit articolului 24 din Regulamentul nr. 883/2004, la prestațiile în natură acordate de statul de reședință în numele primului stat membru se poate prevala de articolul 56 TFUE pentru a obține rambursarea costurilor asistenței medicale de care a beneficiat într-un alt stat membru decât cel în care are reședința sau cel care este responsabil de plata pensiei.

69. Arătăm de la bun început că, în cazul în care Curtea ar răspunde în sensul pe care îl propunem la punctul 67 din prezentele concluzii, nu ar fi necesar să se răspundă la a doua întrebare. Astfel, Y ar intra, în această ipoteză, în domeniul de aplicare personal al Directivei 2011/24, astfel încât instanța de trimitere ar trebui să examineze, în raport cu dispozițiile acestei directive, dacă persoana interesată are dreptul la rambursarea asistenței medicale transfrontaliere de care a beneficiat în Germania, în special pentru costurile tratamentelor medicale pentru care nu a solicitat o autorizație prealabilă. Examinarea care urmează se întemeiază, așadar, pe ipoteza că Curtea nu ar împărtăși această analiză și ar aprecia că trebuie dat un răspuns negativ la prima întrebare.

70. În această privință, trebuie amintit mai întâi că aplicarea articolului 20 din Regulamentul nr. 883/2004 la o situație determinată nu exclude ca aceasta să poată face parte și din domeniul de aplicare al articolului 56 TFUE și ca persoana în cauză să poată dispune, în paralel, în temeiul acestui din urmă articol, de dreptul de a avea acces la asistență medicală în alt stat membru, în condiții de suportare a cheltuielilor și de rambursare diferite de cele prevăzute la articolul 20 din acest regulament [29]. Această jurisprudență s-ar putea aplica de asemenea în cadrul Directivei 2011/24, în pofida faptului că, după cum reiese din considerentul (8) al directivei menționate, aceasta din urmă a codificat jurisprudența Curții privind libera prestare a serviciilor garantată de articolul 56 TFUE în domeniul asistenței medicale, urmărind totodată să realizeze o aplicare mai generală și de asemenea mai eficace a principiilor stabilite de la caz la caz de această jurisprudență.

71. Astfel, amintim că dintr-o jurisprudență constantă reiese că serviciile medicale care fac obiectul examinării noastre se încadrează în domeniul de aplicare al articolului 56 TFUE referitor la libera prestare a serviciilor, inclusiv în situațiile în care sunt acordate îngrijiri într-un mediu spitalicesc [30]. Libera prestare a serviciilor include libertatea destinatarilor serviciilor, printre care se numără persoanele care trebuie să primească îngrijiri medicale, de a se deplasa într-un alt stat membru pentru a beneficia de aceste servicii [31].

[29] Hotărârea din 23 septembrie 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistență medicală transfrontalieră) (C-777/18, EU:C:2020:745, punctul 33 și jurisprudența citată).

[30] Hotărârea din 5 octombrie 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punctul 36 și jurisprudența citată).

[31] Hotărârea din 5 octombrie 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punctul 37 și jurisprudența citată), precum și Hotărârea din 21 iunie 2012, Susisalo și alții (C-84/11, EU:C:2012:374, punctele 26-28).

72. Astfel, în primul rând, trebuie să se stabilească dacă o reglementare națională precum cea în discuție în litigiul principal, care condiționează de o autorizare prealabilă rambursarea costurilor asistenței medicale suportate într-un alt stat membru decât statul de reședință de către o persoană care primește o pensie în temeiul acestei reglementări, implică o restricție privind libera prestare a serviciilor consacrată la articolul 56 TFUE.

73. Arătăm în acest sens că, potrivit unei jurisprudențe consacrate, cerința unei autorizări prealabile în privința unui tratament planificat să aibă loc în alt stat membru, de care este condiționată suportarea de către instituția competentă, *potrivit regimului de acoperire care este în vigoare în statul membru de care aceasta aparține*, a cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale programate într-un alt stat membru constituie o restricție privind libera prestare a serviciilor atât pentru pacienți, cât și pentru prestatorii de servicii, de vreme ce un astfel de sistem descurajează sau chiar îi împiedică pe respectivii pacienți să se adreseze prestatorilor de servicii medicale stabiliți într-un alt stat membru pentru a primi tratamentele în discuție [32]. Cu alte cuvinte, articolul 56 TFUE se opune aplicării oricărei reglementări naționale al cărei efect este de a face ca prestarea de servicii între state membre să fie mai dificilă decât prestarea de servicii realizată exclusiv în cadrul unui stat membru [33]. Prin urmare, o astfel de autorizare poate în mod efectiv să constituie o restricție privind libera prestare a serviciilor.

74. În al doilea rând, trebuie să se verifice dacă o astfel de restricție privind libera prestare a serviciilor poate fi justificată. Astfel, Curtea a statuat că, deși o autorizație prealabilă constituie, atât pentru pacienți, cât și pentru prestatori, un obstacol în calea liberei prestări a serviciilor, articolul 56 TFUE nu se opune în principiu ca dreptul unui pacient de a primi îngrijiri spitalicești în alt stat membru, cu rambursarea acestora de sistemul la care este afiliat, să fie supus unei autorizări prealabile [34]. O astfel de cerință de autorizare prealabilă ar putea urmări (i) să nu se aducă o atingere gravă echilibrului financiar al unui sistem de securitate socială, (ii) să mențină un serviciu medical și spitalicesc echilibrat și accesibil tuturor, (iii) să mențină o capacitate de îngrijire sau o competență medicală pe teritoriul național și (iv) să permită o planificare pentru a garanta un acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de îngrijiri spitalicești de calitate în statul membru în cauză [35].

75. Curtea a statuat că, în raport cu îngrijirile spitalicești sau cu îngrijirile medicale ce necesită utilizarea unor echipamente medicale foarte specializate și costisitoare (denumite în continuare „îngrijirile nespitalicești complexe”) [36], deși dreptul Uniunii nu se opune în principiu unui sistem de autorizare prealabilă, este totuși necesar ca toate condițiile stabilite în vederea acordării unei astfel de autorizări să fie justificate în raport cu imperativele sus-menționate, ca acestea să nu depășească ceea ce este în mod obiectiv necesar în vederea realizării acestui scop și ca același rezultat să nu poată fi obținut prin norme mai puțin constrângătoare. În plus, un astfel de sistem trebuie să fie întemeiat pe criterii obiective, nediscriminatorii și cunoscute în mod anticipat, astfel încât să limiteze exercitarea puterii de apreciere a autorităților naționale pentru ca aceasta să nu fie utilizată în mod arbitrar [37].

[32] Hotărârea din 27 octombrie 2011, Comisia/Portugalia (C-255/09, EU:C:2011:695, punctul 60 și jurisprudența citată).

[33] Hotărârea din 16 mai 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, punctul 94 și jurisprudența citată).

[34] Hotărârea din 5 octombrie 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punctul 41).

[35] Hotărârea din 5 octombrie 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punctele 42 și 43).

[36] Hotărârea din 23 septembrie 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistență medicală transfrontalieră) (C-777/18, EU:C:2020:745, punctul 60 și jurisprudența citată).

[37] Hotărârea din 5 octombrie 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punctul 44).

76. În speță, guvernul neerlandez nu a menționat nicio justificare în ceea ce privește reglementarea neerlandeză aplicabilă, care condiționează de o autorizare prealabilă rambursarea costurilor prestațiilor în natură acordate titularului unei pensii, în temeiul articolului 24 din Regulamentul nr. 883/2004, într-un alt stat membru decât statul de reședință. Prin urmare, revine instanței de trimitere sarcina de a verifica dacă există astfel de justificări și dacă acestea îndeplinesc condițiile stabilite de jurisprudența citată anterior.

77. În această privință, trebuie totuși să se sublinieze că, astfel cum rezultă din jurisprudența Curții, o reglementare națională care exclude, *în toate cazurile*, rambursarea cheltuielilor efectuate cu îngrijirile spitalicești acordate fără autorizație prealabilă privează persoana asigurată, care, din motive legate de starea sa de sănătate sau de necesitatea de a primi îngrijiri de urgență într-o instituție spitalicească, a fost împiedicată să solicite o astfel de autorizație sau nu a putut aștepta răspunsul instituției competente, de rambursarea de către această instituție a cheltuielilor efectuate cu îngrijirile menționate, deși condițiile unei astfel de rambursări ar fi îndeplinite [38]. Curtea a constatat că, în astfel de situații, rambursarea cheltuielilor aferente unor astfel de îngrijiri medicale nu este de natură să compromită realizarea obiectivelor de planificare spitalicească și nici să aducă o atingere gravă echilibrului financiar al sistemului de securitate socială, o astfel de rambursare neafectând nici menținerea unui serviciu spitalicesc echilibrat și accesibil tuturor, nici menținerea unei capacități de îngrijire și a unei competențe medicale pe teritoriul național [39].

78. Rezultă că o reglementare națională care exclude rambursarea de către instituția competentă a cheltuielilor aferente îngrijirilor spitalicești sau nespitalicești complexe primite în alt stat membru, în lipsa autorizației prealabile, inclusiv în situații speciale în care persoana asigurată a fost împiedicată să solicite o astfel de autorizație sau nu a putut aștepta decizia instituției competente cu privire la cererea de autorizare formulată, din motive legate de starea sa de sănătate sau de necesitatea de a primi astfel de îngrijiri de urgență, deși, pe de altă parte, condițiile unei astfel de rambursări ar fi întrunite, nu îndeplinește cerința proporționalității. Prin urmare, această reglementare cuprinde o restricție disproporționată privind libera prestare a serviciilor consacrată la articolul 56 TFUE și încalcă articolul 8 alineatul (1) din Directiva 2011/24.

79. În speță, din dosarul cauzei principale reiese că CAK s-a declarat necompetent să examineze cazul pentru simplul motiv al lipsei autorizației prealabile, fără a verifica însă, în etapa administrativă, dacă situația lui Y era atât de urgentă încât nu ar fi fost necesară o autorizație (a se vedea punctele 24 și 26 din prezentele concluzii). Prin urmare, o procedură de respingere cvasiautomată nu poate îndeplini cerința proporționalității.

80. Având în vedere cele ce precedă, propunem să se răspundă la a doua întrebare preliminară că articolul 56 TFUE trebuie interpretat în sensul că se opune unei reglementări naționale precum cea în discuție în litigiul principal, care exclude din oficiu rambursarea de către instituția competentă a cheltuielilor aferente îngrijirilor spitalicești sau nespitalicești complexe primite în alt stat membru, în lipsa autorizației prealabile, inclusiv în situații speciale în care persoana asigurată a fost împiedicată să solicite o astfel de autorizație sau nu a putut aștepta decizia instituției competente cu privire la cererea de autorizare formulată, din motive legate de starea sa de sănătate sau de necesitatea de a primi astfel de îngrijiri de urgență, deși, pe de altă parte, condițiile unei astfel de rambursări ar fi îndeplinite.

[38] Hotărârea din 5 octombrie 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punctul 45).

[39] Hotărârea din 5 octombrie 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punctul 46).

## V. Concluzie

81. Având în vedere cele ce precedă, propunem Curții să răspundă la întrebările preliminare adresate de Centrale Raad van Beroep (Curtea de Apel pentru Litigii de Securitate Socială și de Funcție Publică, Țările de Jos) după cum urmează:

1) Dispozițiile coroborate ale articolului 7 alineatul (1) și ale articolului 3 litera (b) punctul (i) din Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere coroborate cu articolul 1 litera (c) și cu articolul 2 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, astfel cum a fost modificat prin Regulamentul (CE) nr. 988/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009, trebuie interpretate în sensul că persoanele care primesc o pensie în temeiul legislației unui stat membru și care au dreptul, potrivit articolului 24 din acest regulament, la prestațiile în natură acordate de statul lor de reședință în numele primului stat membru, fără a dispune însă de o asigurare obligatorie de sănătate în acest prim stat membru, se pot prevala, în calitate de „persoane asigurate” în sensul acestor dispoziții, de această directivă pentru a obține rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere care le-a fost oferită într-un al treilea stat membru.

2) Articolul 56 TFUE trebuie interpretat în sensul că se opune unei reglementări naționale precum cea în discuție în litigiul principal, care exclude din oficiu rambursarea de către instituția competentă a cheltuielilor aferente îngrijirilor spitalicești sau nespitalicești complexe primite în alt stat membru, în lipsa autorizației prealabile, inclusiv în situații speciale în care persoana asigurată a fost împiedicată să solicite o astfel de autorizație sau nu a putut aștepta decizia instituției competente cu privire la cererea de autorizare formulată, din motive legate de starea sa de sănătate sau de necesitatea de a primi astfel de îngrijiri de urgență, deși, pe de altă parte, condițiile unei astfel de rambursări ar fi îndeplinite.