

Sprawa C-636/19**Streszczenie wniosku o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym na podstawie art. 98 ust. 1 regulaminu postępowania przed Trybunałem Sprawiedliwości****Data wpływu:**

26 sierpnia 2019 r.

Oznaczenie sądu odsyłającego:

Centrale Raad van Beroep (Niderlandy)

Data wydania postanowienia o wystąpieniu z wnioskiem o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym:

22 sierpnia 2019 r.

Strona wnosząca środek odwoławczy:

Y

Druga strona postępowania:

CAK

Przedmiot postępowania głównego

Postępowanie główne dotyczy wniosku o zwrot kosztów leczenia, z którego skorzystała w Niemczech mieszkająca w Belgii, ale pochodząca z Niderlandów emerytka.

Przedmiot i podstawa prawna wniosku o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym

Niniejszy wniosek na podstawie art. 267 TFUE dotyczy tego, czy zamieszkujący poza Niderlandami emeryci i renciści, którzy zgodnie z art. 24 rozporządzenia nr 883/2004 są uprawnieni do świadczeń rzeczowych na koszt Niderlandów, mogą powoływać się na dyrektywę 2011/24.

Pytania prejudycjalne

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

Jeżeli nie, to

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

Powołane przepisy prawa Unii

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. z 2004, L 166, s. 1), w szczególności jego art. 1 lit. c); art. 19 ust. 1; art. 20 ust. 1 i 2; art. 27 ust. 1; art. 27 ust. 3-5.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. z 2009, L 284, s. 42), w szczególności jego art. 25 ust. 1-3; art. 26 ust. 1 i 2.

Decyzja nr S1 z dnia 12 czerwca 2009 r. w sprawie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego (Dz.U. z 2010, C 106, s. 23).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2011, L 88, s. 45), w szczególności jej art. 3 zdanie wprowadzające i lit. b) ppkt (i), art. 3 zdanie wprowadzające i lit. c) ppkt (i), art. 7 ust. 1, art. 8 ust. 1 i 2.

Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, art. 56.

Powołane przepisy prawa krajowego

Brak

Zwięzłe przedstawienie stanu faktycznego i postępowania głównego

- 1 W 2015 r., kiedy to zaistniały okoliczności faktyczne będące przedmiotem postępowania głównego, wnosząca środek odwoławczy mieszkała w Belgii i otrzymywała emeryturę z Niderlandów. Zgodnie z art. 24 rozporządzenia nr 883/2004 była ona uprawniona do opieki medycznej w Belgii na koszt Niderlandów. Opłacała ona przy tym składki na ubezpieczenie zdrowotne w Niderlandach.
- 2 Po konsultacji z lekarzem rodzinnym w Belgii i badaniu lekarskim przeprowadzonym w Niderlandach, chciała ona uzyskać drugą opinię w szpitalu położonym w Niemczech.
- 3 W tym celu małżonek wnoszącej środek odwoławczy skontaktował się z drugą stroną postępowania, CAK. CAK jest niderlandzkim organem administracyjnym, który wykonuje wiele przepisów w dziedzinie ochrony zdrowia, w tym zwrotu kosztów leczenia ponoszonych przez „uprawnionych na mocy traktatu”. Termin ten odnosi się do osób nieubezpieczonych w Niderlandach, które 1) mieszkają w kraju, z którym Niderlandy zawarły umowę o opiece medycznej (kraje UE/EOG i kilka innych krajów) oraz 2) otrzymują emeryturę lub świadczenie z Niderlandów. Osoby te opłacają składki na ubezpieczenie zdrowotne w CAK, a następnie mogą zarejestrować się w zakładzie ubezpieczeń zdrowotnych w kraju zamieszkania.
- 4 W niniejszej sprawie CAK wskazał wnoszącej środek odwoławczy, że w celu uzyskania opieki medycznej poza Belgią i Niderlandami, belgijski zakład ubezpieczeń zdrowotnych, w którym się zarejestrowała musi najpierw zwrócić się do CAK o wyrażenie zgody. CAK zwróci koszty leczenia wyłącznie po uprzednim wyrażeniu zgody.
- 5 W międzyczasie w Niderlandach stwierdzono, że wnosząca środek odwoławczy cierpi na raka piersi. Skarżąca uzyskała drugą opinię w Niemczech przed udzieleniem zgody. Ta druga opinia wykazała, że choroba wnoszącej środek odwoławczy jest jeszcze poważniejsza niż stwierdzono w Niderlandach. Dnia 20 marca 2015 r. wnosząca środek odwoławczy przeszła w Niemczech operację piersi, a następnie, w okresie od kwietnia do czerwca odbyła dalsze leczenie, w tym naświetlanie.
- 6 W międzyczasie, w dniu 19 marca 2015 r., CAK otrzymał od belgijskiego zakładu ubezpieczeń zdrowotnych wnoszącej środek odwoławczy wniosek o wyrażenie zgody na wydanie drugiej opinii. Wniosek został rozpatrzony negatywnie, ponieważ zgody nie można było udzielić następczo. Nigdy nie wnioskowano o zgodę na dalsze leczenie. W związku z tym CAK odmówił zwrotu całkowitego kosztu leczenia w wysokości 16 853,13 EUR. Administracyjny środek zaskarżenia wniesiony przez wnoszącą środek odwoławczy od powyższego decyzji został oddalony, podobnie jak jej skarga do rechtbank Amsterdam (sądu rejonowego w Amsterdamie). Następnie wnosząca środek odwoławczy wniosła

środek odwoławczy do Centrale Raad van Beroep (sądu najwyższego w Niderlandach).

Najważniejsze argumenty stron w postępowaniu głównym

- 7 Zdaniem wnoszącej środek odwoławczy, poza drugą opinią, leczenie w Niemczech stanowiło „świadczenia rzeczowe, które z powodów medycznych stało się niezbędne w czasie jej pobytu” w rozumieniu art. 19 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004. Była to nieplanowana operacja, którą trzeba było przeprowadzić, gdy okazało się, jak poważna jest forma raka piersi, na którą cierpiała. Sytuacja medyczna była tak nagląca, że nie można było zasadnie oczekiwać od niej, że powróci ona do Niderlandów lub Belgii w celu leczenia. Nie można było od niej oczekiwać również w tej stresującej sytuacji, że złoży wcześniej wniosek o wyrażenie zgody. Ponieważ przebywała ona już w Niemczech na potrzeby uzyskania drugiej opinii, uważa ona, że przysługiwało jej na mocy wyżej wymienionego przepisu prawo do otrzymania tej opieki.
- 8 Skarżąca powołuje się również na dyrektywę 2011/24 (zwaną dalej: „dyrektywą w sprawie praw pacjentów”). W odniesieniu do leczenia, które nie wymaga pobytu pacjenta w szpitalu przez noc, art. 8 ust. 2 lit. zdanie wprowadzające i lit. a) ppkt (ii) tej dyrektywy stanowi, że uprzednia zgoda może być wymagana tylko wtedy, gdy „występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej”. Świadczenia pooperacyjne, takie jak naświetlanie, które miało miejsce w okresie od 14 kwietnia do 24 czerwca 2015 r., nie są w przekonaniu wnoszącej środek odwoławczy objęte tym przepisem, a zatem nie można wymagać uzyskania uprzedniej zgody.
- 9 Według CAK nie ma tutaj mowy o świadczeniach rzeczowych, które z powodów medycznych stały się niezbędne w czasie pobytu w Niemczech. Po wydaniu drugiej opinii wnosząca środek odwoławczy miała możliwość wystąpienia o uprzednią zgodę na leczenie w Niemczech, które nastąpiło dopiero tydzień później. Nie zmienia tego fakt, że wnioskodawczyni znajdowała się w stresującej sytuacji. Ponadto wiedziała ona, że uprzednia zgoda jest wymagana.
- 10 Zdaniem CAK dyrektywa w sprawie pacjentów nie ma zastosowania do wnoszącej środek odwoławczy. Nie jest ona osobą ubezpieczoną w rozumieniu art. 3 zdanie wprowadzające i lit. b) tej dyrektywy, ponieważ nie spełnia określonych w ustawodawstwie niderlandzkim wymogów uzyskania prawa do świadczeń. Niezależnie od powyższego, naświetlanie należy uznać za opiekę zdrowotną podlegającą wymogom planowania w rozumieniu art. 8 ust. 2 zdanie wprowadzające i lit. a) ppkt (ii) dyrektywy w sprawie praw pacjentów. Oznacza to, że uprzednia zgoda może być wymagana również w odniesieniu do naświetlania.

Zwięzłe uzasadnienie odesłania prejudycjalnego

- 11 Sąd odsyłający zauważa, że sprawa stanowiąca przedmiot postępowania głównego rodzi dwa powiązane ze sobą pytania. W pierwszej kolejności powstaje pytanie, czy uprzednia zgoda na leczenie w Niemczech mogła być wymagana na podstawie rozporządzenia nr 883/2004. Znaczenie przy tym ma, czy była to opieka zaplanowana, czy nie. W drugiej kolejności wnosząca środek odwoławczy powołała się na dyrektywę w sprawie praw pacjentów. Na mocy tej dyrektywy niektóre zabiegi, które przeszła wnosząca środek odwoławczy, mogą w ogóle nie być objęte wymogiem uzyskania zgody. Powstaje jednak pytanie, czy dyrektywa w sprawie praw pacjentów ma zastosowanie do wnoszącej środek odwoławczy. Ta ostatnia kwestia stanowi sedno odesłania prejudycjalnego.
- 12 Sąd odsyłający, podobnie jak CAK i sąd rejonowy, jest zdania, że nie było tutaj mowy o niezaplanowanej opiece, której koszty CAK musi na mocy art. 19 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004 zwrócić bez uprzedniej zgody. Skarżąca przebywała pierwotnie w Niemczech wyłącznie w związku z chęcią zasięgnięcia drugiej opinii. W związku z tym nie musiałaby przedwcześnie zakończyć swojego pobytu w Niemczech, aby móc skorzystać z leczenia w Belgii lub Niderlandach. Ponadto upływ jednego tygodnia pomiędzy wydaniem drugiej opinii a pierwszą operacją nie wskazuje, że była ona bardzo pilna. Opieka medyczna, o zwrot kosztów której wystąpiono w niniejszym postępowaniu, stanowi zatem opiekę planowaną w rozumieniu art. 20 rozporządzenia nr 883/2004, dla której może być wymagana zgoda, o której mowa w tym rozporządzeniu.
- 13 Jednakże zgodnie z art. 8 ust. 2 lit. a) dyrektywy w sprawie praw pacjentów, w przypadku opieki transgranicznej zgoda może być wymagana jedynie w ograniczonej liczbie przypadków opieki podlegającej wymogom planowania. Dotyczy to jedynie opieki, która obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc lub jeżeli występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej.
- 14 CAK argumentuje, że dyrektywa w sprawie praw pacjentów nie ma zastosowania do „uprawnionych na mocy traktatu”, którzy korzystają z opieki poza państwem zamieszkania i/lub państwem, w którym otrzymują emeryturę lub rentę. Zgodnie z art. 3 zdanie wprowadzające i lit. b) ppkt (i) dyrektywy w sprawie praw pacjentów, dyrektywa ta ma zastosowanie wyłącznie do „ubezpieczonych” w rozumieniu art. 1 lit. c) rozporządzenia nr 883/2004. Według CAK są to osoby ubezpieczone w ramach krajowego ustawowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. „Uprawnieni na mocy traktatu”, którzy mają prawo do świadczeń rzeczowych na mocy rozporządzenia nr 883/2004, nie są objęci tą definicją.
- 15 Zdaniem sądu odsyłającego na pytanie, czy wnosząca środek odwoławczy jest objęta podmiotowym zakresem stosowania dyrektywy w sprawie praw pacjentów, nie można odpowiedzieć w sposób wolny od uzasadnionych wątpliwości. Nie jest jasne, w jaki sposób należy interpretować pojęcie „ubezpieczonego” w rozumieniu art. 1 lit. c) rozporządzenia nr 883/2004. Ten ostatni przepis definiuje

„ubezpieczonego” w odniesieniu do świadczeń rzeczowych, takich jak rozpatrywane w niniejszym postępowaniu, jako ”każdą osobę spełniającą warunki wymagane na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego właściwego zgodnie z tytułem II, do posiadania prawa do świadczeń, z uwzględnieniem przepisów niniejszego rozporządzenia”.

- 16 Jak wielokrotnie potwierdzał w swoim orzecznictwie Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (zwany dalej „Trybunałem”) rozdział 1 tytułu III rozporządzenia nr 883/2004 ustanawia szczególne normy kolizyjne, które w niektórych przypadkach odbiegają od zasad ogólnych przewidzianych w tytule II, pozwalające na ustalenie instytucji, którą obciążają świadczenia, o których mowa w poszczególnych przepisach, a także właściwe przepisy (np. wyrok z dnia 14 października 2010 r., C-345/09, Van Delft i in., EU:C:2010:610, pkt 38 i 48). Podstawową zasadą jest to, że osoby ubezpieczone, emeryci i renciści oraz członkowie ich rodzin powinni mieć możliwość korzystania z opieki medycznej w państwie członkowskim, w którym mają miejsce zamieszkania. To państwo członkowskie zapewnia opiekę zgodnie z własnym ustawodawstwem. Koszty takiej opieki ponosi właściwe państwo członkowskie.
- 17 Rozdział 1 tytułu III rozporządzenia nr 883/2004 zawiera w sekcji 1 przepisy dotyczące ubezpieczonych oraz w sekcji 2 przepisy dotyczące emerytów i rencistów. Przedmiotowe rozporządzenie wprowadza zatem rozróżnienie pomiędzy ubezpieczonymi i emerytami lub rencistami, chociaż w odniesieniu do niektórych przepisów dotyczących ubezpieczonych wskazano, że mają one odpowiednie zastosowanie do emerytów i rencistów. W tym kontekście można wskazać na art. 27 ust. 3, który stanowi, że art. 20, który wprowadza będący przedmiotem niniejszego postępowania wymóg uzyskania zezwolenia [zgody], ma zastosowanie *mutatis mutandis* do emeryta lub rencisty i członków jego rodziny. Dla sądu odsyłającego nie jest całkowicie jasne, czy to stosowanie *mutatis mutandis* ma na celu zrównanie emerytów i rencistów z ubezpieczonymi, o jakie chodzi w niniejszym postępowaniu. Jeżeli tak, to przez pojęcie „ubezpieczonego” w rozumieniu art. 1 ust. c) rozporządzenia nr 883/2004 należy rozumieć również emeryta i rencistę w rozumieniu sekcji 2 rozdziału 1 tytułu III.
- 18 Sąd odsyłający ma również pod innymi względami wątpliwości co do prawidłowości twierdzenia CAK, w myśl którego termin „ubezpieczony” może odnosić się wyłącznie do osób ubezpieczonych na mocy prawa niderlandzkiego w zakresie kosztów leczenia. W tym zakresie sąd odsyłający powołuje się na orzecznictwo Trybunału (na przykład wyżej wymieniony wyrok w sprawie Van Delft i in. oraz wyrok z dnia 4 czerwca 2015 r., Fischer-Lintjens, EU:C:2015:359, C-543/13), gdzie „uprawnieni na mocy traktatu”, tacy jak wnosząca środek odwoławczy, są określani jako „osoby objęte systemem zabezpieczenia społecznego”. Na tej podstawie można zakładać, że pojęcie „ubezpieczonego” w rozporządzeniu nr 883/2004 ma znaczenie szersze niż tylko osoba ubezpieczona na mocy prawa krajowego.

- 19 Również definicja „państwa członkowskiego ubezpieczenia” zawarta w art. 3 lit. c) ppkt (i) dyrektywy w sprawie praw pacjentów przemawia za szerszą interpretacją niż ta, za którą opowiada się CAK. Przywołany przepis dyrektywy stanowi, że w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 3 lit. b) ppkt (i) państwo członkowskie ubezpieczenia to państwo członkowskie, które jest właściwe do udzielenia ubezpieczonemu uprzedniej zgody na właściwe leczenie w innym państwie członkowskim aniżeli państwo miejsca zamieszkania zgodnie z rozporządzeniem nr 883/2004 i rozporządzeniem nr 987/2009. Również art. 7 dyrektywy w sprawie praw pacjentów wydaje się wskazywać, że dyrektywa ta może również mieć zastosowanie do „uprawnionych na mocy traktatu” emerytów i rencistów.
- 20 Ogólniej rzecz biorąc sąd odsyłający, odmiennie niż CAK, nie widzi wyraźnego uzasadnienia dla wyłączenia „uprawnionych na mocy traktatu” emerytów i rencistów z zakresu zastosowania dyrektywy w sprawie praw pacjentów. Celem dyrektywy jest wszak usunięcie, na ile to możliwe, przeszkód w świadczeniu transgranicznej opieki zdrowotnej, a tym samym ułatwienie swobodnego przepływu pacjentów w Unii Europejskiej. W tym celu dyrektywa ustanawia system zwrotu kosztów leczenia, który opiera się na zasadach swobodnego przepływu i założeniach określonych w orzeczeniach Trybunału. W różnych wyrokach Trybunał uznał prawo do zwrotu kosztów opieki medycznej udzielonej w innym państwie członkowskim przez ustawowy system zabezpieczenia społecznego, w ramach którego pacjenci byli ubezpieczeni. Ponadto swoboda świadczenia usług oznacza swobodę odbiorców usług, w tym osób potrzebujących leczenia, w zakresie udania się w tym celu do innego państwa członkowskiego.
- 21 Zgodnie z motywem 29 dyrektywy w sprawie praw pacjentów, jej celem jest, aby także pacjenci chcący skorzystać z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim w okolicznościach innych niż określone w rozporządzeniu nr 883/2004 mieli możliwość korzystania z zasad dotyczących swobodnego przemieszczania się pacjentów oraz swobodnego przepływu usług i towarów zgodnie z TFUE oraz z niniejszą dyrektywą. W motywie 30 stwierdza się, że oba systemy powinny być „spójne” z punktu widzenia pacjenta i to niezależnie od tego czy zastosowanie ma dyrektywa, czy rozporządzenie nr 883/2004 i rozporządzenie 987/2009. Zdaniem sądu odsyłającego dyrektywa nie mogła mieć na celu pozbawienia „uprawnionych na mocy traktatu” emerytów i rencistów ochrony w zakresie transgranicznej opieki medycznej.
- 22 Ponadto, o ile sądowi odsyłającemu wiadomo, orzecznictwo Trybunału w zakresie swobodnego przepływu usług w przypadku transgranicznej opieki medycznej dotyczy wprawdzie osób, które rzeczywiście były ubezpieczone w państwie członkowskim ubezpieczenia, ale nie jest on przekonany, że orzecznictwo to miałyby nie odnosić się do „uprawnionych na mocy traktatu” emerytów i rencistów.
- 23 Jeżeli Trybunał zgodzi się, że to stanowisko jest prawidłowe, a zatem zastosowanie ma dyrektywa w sprawie praw pacjentów, to zdaniem sądu

odsyłającego naświetlanie i leczenie dodatkowe nie podlegają wymogowi uzyskania zgody. Stwierdziłby on mianowicie, że art. 8 ust. 2 lit. a) dyrektywy dotyczącej praw pacjentów nie obejmuje takiej opieki.

- 24 Jeżeli Trybunał orzeknie, że wnosząca środek odwoławczy nie jest objęta zakresem podmiotowym dyrektywy w sprawie praw pacjentów, powstaje pytanie, czy w świetle zasady proporcjonalności art. 56 TFUE sprzeciwia się przeszkodzie, jaką napotyka „uprawniony na mocy traktatu” w otrzymaniu transgranicznej opieki medycznej poza państwem zamieszkania i państwem, w którym otrzymuje emeryturę lub rentę. Powstaje również pytanie, czy artykuł ten sprzeciwia się przeszkodom napotykanym przez usługodawców w świadczeniu transgranicznej opieki na rzecz „osób uprawnionych na mocy traktatu”. Przeszkoda, jakiej doświadczyła wnosząca środek odwoławczy wynika bezpośrednio z faktu, że będąc uprawnioną do niderlandzkiej emerytury osiedliła się poza Niderlandami i że Niderlandy, jako państwo, w którym otrzymuje ona emeryturę, nie zwracają „uprawnionym na mocy traktatu” kosztów transgranicznej opieki medycznej poza państwem zamieszkania i państwem otrzymywania emerytury lub renty w przypadku opieki niewymagającej pobytu w szpitalu, chyba że wcześniej uzyskano zgodę. Osoby ubezpieczone w Niderlandach w zakresie kosztów leczenia na mocy prawa krajowego otrzymują zwykle, w zależności od konkretnych warunków polisy danego ubezpieczyciela, zwrot kosztów takiej opieki transgranicznej.
- 25 Zdaniem sądu odsyłającego brak jest uzasadnienia dla opisanej przeszkody. Nie stwierdzono, ani nie wykazano, że przeszkoda jest niezbędna dla zapewnienia równowagi finansowej niderlandzkiego systemu opieki zdrowotnej. Skarżąca uiszcza na rzecz Niderlandów składkę na opiekę, którą może otrzymać jako „uprawniona na mocy traktatu”. Gdyby opiekę otrzymano w Niderlandach, to jej koszty byłyby zwrócone. Ponadto państwo niderlandzkie musiałoby również ponosić koszty leczenia, gdyby skorzystała ona z tej samej opieki w Belgii.