

Asunto C-636/19**Resumen de la petición de decisión prejudicial con arreglo al artículo 98, apartado 1, del Reglamento de Procedimiento del Tribunal de Justicia****Fecha de presentación:**

26 de agosto de 2019

Órgano jurisdiccional remitente:

Centrale Raad van Beroep (Tribunal Central de Apelación, Países Bajos)

Fecha de la resolución de remisión:

22 de agosto de 2019

Parte demandante:

Y

Parte demandada:

CAK

Objeto del procedimiento en el litigio principal

El procedimiento en el litigio principal versa sobre una solicitud de reembolso de los gastos del tratamiento médico dispensado en Alemania a una pensionista procedente de los Países Bajos pero residente en Bélgica.

Objeto y fundamento jurídico de la petición de decisión prejudicial

Mediante la presente petición de decisión prejudicial, planteada al amparo del artículo 267 TFUE, se pregunta si los pensionistas establecidos fuera de los Países Bajos que, en virtud del artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, tienen derecho a prestaciones en especie por cuenta de los Países Bajos, pueden invocar la Directiva 2011/24.

Cuestiones prejudiciales

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

En caso de respuesta negativa,

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

Disposiciones del Derecho de la Unión invocadas

Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (DO 2004, L 166, p. 1), en particular, el artículo 1, letra c); artículo 19, apartado 1; artículo 20, apartados 1 y 2; artículo 27, apartado 1, y artículo 27, apartados 3 a 5.

Reglamento (CE) n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n.º 883/2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (DO 2009, L 284, p. 42), en particular, artículo 25, apartados 1 a 3, y artículo 26, apartados 1 y 2.

Decisión n.º S1, de 12 de junio de 2009, relativa a la tarjeta sanitaria europea (DO 2010, C 106, p. 23).

Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (DO 2011, L 88, p. 45), en particular, el artículo 3, inicio y letra b), inciso i); artículo 3, inicio y letra c), inciso i); artículo 7, apartado 1, y artículo 8, apartados 1 y 2.

Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea: artículo 56.

Disposiciones de Derecho nacional invocadas

Ninguna

Breve exposición de los hechos y del procedimiento principal

- 1 En 2015, cuando se produjeron los hechos del litigio principal, la demandante vivía en Bélgica y percibía una pensión de jubilación de los Países Bajos. En virtud del artículo 24 del Reglamento n.º 883/2004, tenía derecho a asistencia sanitaria en Bélgica con cargo a los Países Bajos. A tal fin, pagaba en los Países Bajos la prima del seguro de gastos de enfermedad.
- 2 Tras la consulta con un médico de cabecera en Bélgica y un examen médico en los Países Bajos, la demandante deseaba obtener una segunda opinión en un hospital alemán.
- 3 Para obtener este tratamiento médico en Alemania, el cónyuge de la demandante estableció contacto con el demandado CAK. El CAK es un organismo administrativo neerlandés que se encarga de la aplicación de muchos regímenes en el ámbito médico, entre los que se encuentra el reembolso de los gastos de enfermedad soportados por «beneficiarios de prestaciones en virtud de un convenio». Con este concepto se hace referencia a las personas no aseguradas en los Países Bajos que 1) residen en un país con el que los Países Bajos han celebrado un convenio sobre asistencia médica (Estados de la UE/ del EEE y algunos otros países) y 2) perciben una pensión o una prestación de los Países Bajos. Estas personas abonaban la prima del seguro de enfermedad al CAK y, a continuación, pueden afiliarse a un organismo del seguro de enfermedad en su país de residencia.
- 4 El CAK indicó a la demandante a este respecto que para obtener asistencia médica fuera de Bélgica o de los Países Bajos, el organismo del seguro de enfermedad el organismo al que esté afiliada deberá solicitar la autorización. Una vez obtenida la autorización previa, CAK reembolsará el tratamiento.
- 5 Entretanto, en los Países Bajos se comprobó que la demandante padecía un cáncer de mama. Se recabó la segunda opinión en Alemania sin que se hubiera concedido la autorización. De esta segunda opinión se deducía que la enfermedad de la demandante era más grave de cuanto se había detectado en los Países Bajos. El 20 de marzo de 2015, se le practicó a la demandante una operación de mama en Alemania, seguida por un ulterior tratamiento que incluía radioterapia entre los meses de abril y junio.
- 6 En el ínterin, el 19 de marzo de 2015, el CAK recibió la solicitud del organismo belga del seguro de enfermedad de la demandante para la autorización del segundo diagnóstico. Esta fue denegada porque la autorización no puede concederse *a posteriori*. Nunca se solicitó la autorización para el resto del tratamiento. Por consiguiente, el CAK denegó el reembolso de la totalidad del tratamiento, por importe de 16 853,13 EUR. Se desestimó la reclamación interpuesta al respecto por la demandante, al igual que el recurso que interpuso ante el rechtbank Amsterdam (Tribunal de Primera Instancia de Ámsterdam,

Países Bajos). A continuación, la demandante interpuso recurso de apelación ante el Centrale Raad van Beroep.

Alegaciones esenciales de las partes en el litigio principal

- 7 A juicio de la demandante, abstracción hecha de la segunda opinión médica, el tratamiento en Alemania estaba comprendido en el concepto de «prestaciones en especie necesarias, desde un punto de vista médico, durante su estancia», en el sentido del artículo 19, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004. Se trataba en particular de una operación de urgencia no programada que debió realizarse cuando se puso de manifiesto la gravedad de su tipo de cáncer de mama. La situación médica era tan urgente que no cabía razonablemente esperar de ella que regresase a los Países Bajos o a Bélgica para su tratamiento. Tampoco cabía esperar de ella que solicitase la autorización previa en tal situación de estrés. Dado que ya se encontraba en Alemania para obtener la segunda opinión médica, tenía derecho, en virtud del citado artículo, a recibir esta asistencia.
- 8 Además, invocó la Directiva 2011/24 (en lo sucesivo, «Directiva pacientes»). De conformidad con el artículo 8, apartado 2, inicio y letra a), inciso ii), de dicha Directiva, para los tratamientos por los que el paciente no tenga que pernoctar en el hospital, se exigirá la autorización previa únicamente cuando la asistencia sanitaria «exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos». Los tratamientos posteriores a la operación, como la radioterapia que se practicó entre el 14 de abril y el 24 de junio de 2015, no quedan comprendidos en esta disposición, por lo que no cabe exigir una autorización previa.
- 9 En opinión del CAK, no se trataba de prestaciones en especie necesarias, desde un punto de vista médico, durante la estancia en Alemania. Tras la segunda opinión, la demandante tenía todavía la oportunidad de solicitar la autorización previa para el tratamiento en Alemania, que no tuvo lugar sino una semana más tarde. El hecho de que la demandante se encontrase en una situación de estrés no cambia en nada esta conclusión. Además, señala que se exigía la autorización previa.
- 10 La Directiva pacientes no es aplicable a la demandante, en opinión del CAK. Ella no es asegurada en el sentido del artículo 3, inicio y letra b), de dicha Directiva, pues no cumple los requisitos que se establecen conforme a la legislación neerlandesa para el derecho a prestaciones. Con independencia de lo anterior, la radioterapia debe tener la consideración de una asistencia sanitaria que requiera necesidades de planificación en el sentido del artículo 8, apartado 2, inicio y letra a), inciso ii), de la Directiva pacientes. Ello significa que también puede exigirse la autorización previa para la radioterapia.

Breve exposición de la motivación de la petición de decisión prejudicial

- 11 El órgano jurisdiccional remitente hace constar que en el asunto principal se suscitan dos cuestiones relacionadas entre sí. En primer lugar, se trata de elucidar la cuestión de si, en virtud del Reglamento n.º 883/2004, puede exigirse la autorización previa para un tratamiento médico en Alemania. A este respecto, será importante saber si se trataba de una asistencia planificada o no. En segundo lugar, la demandante ha invocado la Directiva pacientes. En virtud de esta Directiva, es posible que algunos tratamientos de la demandante no queden en absoluto sujetos al requisito de autorización. Sin embargo, se plantea la cuestión de si esta Directiva pacientes es aplicable a la demandante. Este último aspecto constituye la esencia de la remisión prejudicial.
- 12 El órgano jurisdiccional remitente sostiene, al igual que CAK y el rechtbank, que no se dio una asistencia planificada que CAK deba reembolsar sin autorización previa en virtud del artículo 19, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004. Inicialmente, la demandante permaneció en Alemania únicamente en relación con la obtención de la segunda opinión médica. Por consiguiente, no habría necesitado poner fin anticipadamente a su estancia en Alemania para someterse a tratamiento en Bélgica o en los Países Bajos. Además, el transcurso de una semana entre la segunda opinión y la primera operación no apunta a la existencia de una situación muy urgente. Los tratamientos médicos cuyo reembolso se solicita en el presente litigio quedan comprendidos, pues, en la asistencia planificada en el sentido del artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, por lo que puede exigirse la autorización mencionada en dicho artículo.
- 13 Sin embargo, de conformidad con el artículo 8, apartado 2, letra a), de la Directiva pacientes, en caso de asistencia médica transfronteriza, puede exigirse, en un número limitado de casos, la autorización para la asistencia que requiera necesidades de planificación. Ello se observará únicamente respecto a la asistencia que suponga que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche, o la asistencia que exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos.
- 14 LL CAK sostiene que la Directiva pacientes no es aplicable a beneficiarios de prestaciones en virtud de un convenio que disfrutan de asistencia fuera del Estado de residencia y/o del Estado que abona la pensión. Como se desprende del artículo 3, inicio y letra b), inciso (i), de la Directiva pacientes, esta Directiva se aplica únicamente a las «personas aseguradas», definidas en el artículo 1, letra c), del Reglamento n.º 883/2004. En opinión del CAK, estas son personas que están aseguradas en virtud de un régimen obligatorio del seguro de enfermedad. Los beneficiarios de prestaciones en virtud de un convenio que tienen derecho a prestaciones en especie en virtud del Reglamento n.º 883/2004 no quedarán comprendidos en tal definición.
- 15 A juicio del órgano jurisdiccional remitente, la cuestión de si la demandante queda comprendida en el ámbito de aplicación personal de la Directiva pacientes no

puede responderse sin dudas razonables. No está claro cómo debe interpretarse el concepto de «persona asegurada», definido en el artículo 1, letra c), del Reglamento n.º 883/2004. A efectos de las prestaciones médicas en especie como las aquí controvertidas, en esta última disposición se entiende por «persona asegurada» «toda persona que reúna las condiciones requeridas por la legislación del Estado miembro competente con arreglo al título II para tener derecho a las prestaciones, habida cuenta de las disposiciones del presente Reglamento».

- 16 Como ha confirmado en reiteradas ocasiones el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (en lo sucesivo, «Tribunal de Justicia») en su jurisprudencia, en el título III, capítulo 1, del Reglamento n.º 883/2004 se formulan normas de vinculación especiales que, en determinados casos, se apartan de las normas generales de designación del título II, para poder decidir qué organismo debe proporcionar las prestaciones mencionadas en los artículos en cuestión y qué legislación es la aplicable (véase, por ejemplo, la sentencia de 14 de octubre de 2010, Van Delft y otros, C-345/09, EU:C:2010:610, apartados 38 y 48). El punto de partida es que los asegurados, los pensionistas y los miembros de su familia pueden recibir asistencia médica en el Estado miembro en el que residen. Ese Estado miembro proporcionará la asistencia conforme a su propia legislación. Los gastos de esta asistencia médica correrán por cuenta del Estado miembro competente.
- 17 El capítulo 1 del título III del Reglamento n.º 883/2004 comprende, en su sección 1, disposiciones sobre las personas aseguradas y, en la sección 2, disposiciones sobre los titulares de pensiones. En este Reglamento se establece, pues, una distinción entre personas aseguradas y titulares de pensiones, aunque determinados artículos relativos a las personas aseguradas han sido declarados aplicables por analogía a los titulares de pensiones. En este contexto cabe remitir al artículo 27, apartado 3, el cual dispone que el artículo 20, en el que se recoge la exigencia de autorización aquí controvertida, se aplicará por analogía al titular de una pensión y a los miembros de su familia. No le queda del todo claro al órgano jurisdiccional remitente si con esta aplicación por analogía se pretende equiparar a los titulares de pensiones con las personas aseguradas como ocurre en el caso de autos. En caso de respuesta afirmativa, por el concepto de «persona asegurada» recogido en el artículo 1, letra c), del Reglamento n.º 883/2004 debería extenderse también a los titulares de pensiones al que hace referencia el título III, capítulo 1, sección 2.
- 18 El órgano jurisdiccional remitente duda también, desde otro punto de vista, de la exactitud de la tesis de CAK según la cual el concepto de «persona asegurada» solo puede referirse a quienes gozan de la cobertura del seguro de enfermedad conforme al Derecho neerlandés. A tal fin, invoca la jurisprudencia del Tribunal de Justicia (por ejemplo, la citada sentencia Delft y otros, y la sentencia de 4 de junio de 2015, Fischer-Lintjens, C-543/13, EU:C:2015:359), en la que el beneficiario de un convenio como la demandante es designado como «asegurado social». Sobre tal base, cabría suponer que el concepto de «persona asegurada» recogido en el Reglamento n.º 883/2004 tiene un significado más amplio que el de una persona que está asegurada conforme al Derecho nacional.

- 19 Por esta interpretación amplia, que también propone el CAK, aboga la definición de «Estado miembro de afiliación» recogida en el artículo 3, letra c), inciso i), de la Directiva. Dicho artículo dispone que el Estado miembro de afiliación para las personas a que se hace referencia en el artículo 3, letra b), inciso i), es el Estado miembro que es competente para conceder al asegurado una autorización previa para recibir un tratamiento adecuado fuera del Estado miembro de residencia de conformidad con el Reglamento n.º 883/2004 y el Reglamento n.º 987/2009. El artículo 7 de la Directiva pacientes también parece apuntar a que la Directiva pueda ser igualmente aplicable a beneficiarios de prestaciones en virtud de un convenio que sean pensionistas.
- 20 Con carácter más general, el órgano jurisdiccional remitente no aprecia, a diferencia del CAK, ninguna justificación clara de la exclusión de los beneficiarios de prestaciones en virtud de un convenio de la aplicación de la Directiva pacientes. En efecto, la finalidad de dicha Directiva es suprimir lo más rápidamente posible los obstáculos para la prestación transfronteriza de asistencia sanitaria y, por tanto, facilitar la libre circulación de pacientes en el territorio de la Unión Europea. A tal fin, se ha establecido en la Directiva un régimen para el reembolso de gastos de enfermedad que se basa en los principios de libre circulación y que desarrolla los criterios establecidos en las sentencias del Tribunal de Justicia. En diversas sentencias, el Tribunal de Justicia ha reconocido el derecho al reembolso de gastos de la prestación sanitaria proporcionada en otro Estado miembro por el sistema obligatorio de seguridad social al que estén afiliados los pacientes. Además, la libre prestación de servicios implica la libertad de los destinatarios de servicios, entre los cuales se encuentran los que necesitan tratamiento sanitario, de trasladarse a otro Estado miembro con el fin de recibirlo.
- 21 Como se desprende del considerando 29 de la Directiva pacientes, se pretende que también los pacientes que acudan a otro Estado miembro para recibir asistencia sanitaria en circunstancias distintas de las previstas en el Reglamento n.º 883/2004 deban poder beneficiarse de los principios de la libre circulación de pacientes, servicios y bienes de conformidad con el TFUE y con esta Directiva. El considerando 30 señala que, por lo que respecta a los pacientes, los dos sistemas deben ser «coherentes»: o bien se aplica la Directiva, o bien se aplican los Reglamentos n.ºs 883/2004 y 987/2009. Según el órgano jurisdiccional remitente, con la Directiva no se pretende privar de la protección de la asistencia sanitaria transfronteriza a los beneficiarios de prestaciones en virtud de un convenio que sean pensionistas.
- 22 Además, por cuanto sabe el órgano jurisdiccional remitente, la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, en el marco de la libre prestación de servicios en la asistencia sanitaria transfronteriza, versa sobre personas que estaban efectivamente aseguradas en el Estado miembro de afiliación, pero no está convencido de que esta jurisprudencia no deba aplicarse a los beneficiarios de prestaciones en virtud de un convenio que sean pensionistas.

- 23 Si el Tribunal de Justicia reconoce como correcta esta apreciación y, por tanto, resulta aplicable la Directiva pacientes, la radioterapia y el posterior tratamiento no quedarán sujetas a la exigencia de autorización, en opinión del órgano jurisdiccional remitente. En efecto, este hace constar que el artículo 8, apartado 2, letra a), de la Directiva pacientes no trata sobre este tipo de asistencia.
- 24 En la medida en que el Tribunal de Justicia considera que la demandante no queda comprendida en el ámbito de aplicación personal de la Directiva pacientes, se suscita la cuestión de si el artículo 56 TFUE, a la vista del principio de proporcionalidad, se opone al obstáculo que sufre un beneficiario de prestaciones en virtud de un convenio a la hora de recibir asistencia sanitaria transfronteriza fuera del Estado de residencia y de pago de la pensión. Además, se suscita la pregunta de si dicho artículo se opone al obstáculo que sufren los prestadores de servicios a la hora de prestar asistencia sanitaria transfronteriza a beneficiarios de prestaciones en virtud de un convenio. El obstáculo que sufre la demandante es una consecuencia directa del hecho de haberse establecido fuera de los Países Bajos percibiendo una pensión neerlandesa y de que los Países Bajos, en cuanto país que paga la pensión, no concede un reembolso a los beneficiarios de prestaciones en virtud de un convenio por la asistencia sanitaria transfronteriza prestada fuera del Estado de residencia y del Estado que paga la pensión en el caso de tratarse de un tipo de asistencia para la que no se exige el ingreso hospitalario, de no mediar la concesión de la autorización. Las personas que, de conformidad con el Derecho nacional, están aseguradas en los Países Bajos frente a los gastos de enfermedad sí perciben frecuentemente, con independencia de las condiciones específicas de la póliza de los diferentes organismos del seguro, el reembolso total de asistencia transfronteriza.
- 25 En opinión del órgano jurisdiccional remitente, no existe justificación alguna para el obstáculo descrito. No se ha alegado ni se ha acreditado que el obstáculo sea necesario para garantizar el equilibrio financiero del sistema de asistencia sanitaria neerlandés. La demandante abona una cotización a los Países Bajos por la asistencia que puede percibir en su condición de beneficiario de prestaciones en virtud de un convenio. Si se percibiera tal asistencia en los Países Bajos, esta también sería reembolsada. Además, ello habría implicado también gastos para el Estado neerlandés por su tratamiento si hubiera recibido la misma asistencia en Bélgica.