

Affaire C-636/19

Demande de décision préjudicielle

Date de dépôt :

26 août 2019

Juridiction de renvoi :

Centrale Raad van Beroep (Nederland)

Date de la décision de renvoi :

22 août 2019

Partie requérante :

Y

Partie défenderesse :

CAK

[OMISSIS]

Le Raad demande à la Cour de se prononcer à titre préjudiciel, comme visé à l'article 267 TFUE, sur les questions suivantes :

1. La directive 2011/24/UE [du Parlement européen et du Conseil, du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (JO 2011, L 88, p. 45)] doit-elle être interprétée en ce sens que les personnes visées à l'article 24 du règlement (CE) n° 883/2004 [du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO 2004, L 166, p. 1)] qui bénéficient dans le pays de résidence de prestations en nature qui sont à la charge des Pays-Bas, mais qui ne sont pas assurées aux Pays-Bas au titre de l'assurance maladie obligatoire, peuvent invoquer directement cette directive pour obtenir le remboursement des coûts de soins qui leur ont été servis ?

En cas de réponse négative,

2. Résulte-t-il de l'article 56 TFUE que, comme en l'espèce, le refus de rembourser des soins servis dans un État membre autre que le pays

de résidence ou de pension constitue une entrave injustifiée à la libre circulation des services ?

La procédure est suspendue jusqu'à ce que la Cour ait statué.

[OMISSIS]

Décision

[OMISSIS]

Centrale Raad van Beroep (Pays-Bas) (Conseil statuant en degré d'appel en matière de sécurité sociale et de fonction publique)

[OMISSIS]

Parties :

Y [appelante] à [résidence], Belgique (appelante) [Or. 2]

CAK

Date de la demande : 22 août 2019

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le CAK exerce, dans des affaires telles qu'en l'espèce, les compétences qui étaient exercées précédemment par le Zorginstituut Nederland. Dans la présente décision, on entend par « CAK » également le Zorginstituut Nederland.

Il [a été] interjeté appel, au nom de l'appelante, [OMISSIS] contre le jugement du rechtbank Amsterdam (tribunal d'Amsterdam, Pays Bas) du 24 novembre 2016 [OMISSIS].

[OMISSIS] [déroulement de la procédure nationale]

CONSIDÉRATIONS

1. Le Raad (Conseil) se fonde sur les faits et circonstances suivantes.

1.1. L'appelante réside avec son conjoint en Belgique et perçoit une pension sur la base de la loi portant régime général de l'assurance vieillesse (Algemene Ouderdomswet) des Pays-Bas. À l'époque des faits dont il est question dans la procédure au principal, l'appelante avait, sur la base de l'article 24 du règlement (CE) n° 883/2004 [du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO 2004, L 166, p. 1)] (ci-après le « règlement n° 883/2004 »), droit à des soins en Belgique à la charge des Pays-Bas. Pour ce droit à des soins, l'appelante est, sur la base de l'article 69 de la

loi sur l'assurance maladie (Zorgverzekeringswet), en combinaison avec l'article 30 du règlement n° 883/2004, redevable d'une cotisation.

1.2. Le 6 mars 2015, à la suite d'une consultation chez un médecin généraliste en Belgique, il a été procédé à un examen radiologique à l'Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) (hôpital universitaire de Maastricht) et, ensuite, le 8 mars 2015, à un examen IRM. Les 9 et 11 mars 2015, le conjoint de l'appelante a pris contact par téléphone avec le CAK et, à cette occasion, il a été discuté d'un traitement médical envisagé en Allemagne. En outre, le CAK a attiré l'attention du conjoint sur la procédure d'autorisation (S009). Le 12 mars 2015, à l'AZM, il a été diagnostiqué chez l'appelante un cancer du sein de grade 2 et une proposition de traitement lui a ensuite été faite. L'appelante a, par la suite, le 13 mars 2015, pris un second avis au Franzis[k]us Hospital Harderberg à Osnabrück, en Allemagne. À l'occasion de ce deuxième avis, il a été constaté un cancer du sein de grade 3. Le 20 mars 2015, l'appelante a subi une opération aux seins dans cet hôpital en Allemagne [Or. 3] et le 25 mars 2015, il lui a encore été retiré des ganglions lymphatiques. Ensuite, l'appelante a reçu dans cet hôpital des traitements postopératoires, parmi lesquels une radiothérapie.

1.3. Le 19 mars 2015, [OMISSIS] [l'organisme belge d'assurance maladie de l'appelante] a demandé une autorisation au CAK pour le deuxième avis de l'appelante. Par décision du 1^{er} mai 2015, le CAK a refusé à l'appelante l'autorisation pour le traitement médical programmé (deuxième avis) étant donné que le CAK ne s'estime compétent pour accorder une autorisation que si une autorisation a été préalablement demandée. Étant donné que l'autorisation n'a pas été demandée préalablement, l'autorisation est refusée.

1.4. Par lettre du 1^{er} juillet 2015, l'appelante a présenté devant le CAK les factures pour les traitements en Allemagne, d'un montant total de 16 853,13 euros, et demandé leur remboursement. Par décision du 20 juillet 2015, le CAK a rejeté cette demande. À cette fin, il a été considéré que l'appelante s'est rendue en Allemagne en vue d'un traitement médical, qu'il s'agit de soins programmés dont il n'est pas bénéficié dans son pays de résidence, la Belgique, ou aux Pays-Bas et que l'appelante aurait dû demander préalablement une autorisation pour ces traitements. Étant donné que l'appelante ne l'a pas fait, le CAK ne s'estime pas compétent pour rembourser ces frais médicaux.

1.5. Par décision du 4 janvier 2016, rendue sur réclamation (ci-après la « décision attaquée »), la réclamation de l'appelante contre la décision 20 juillet 2015 a été déclarée non fondée.

2. Le rechtbank Amsterdam (tribunal d'Amsterdam) a déclaré non fondé le recours contre la décision attaquée. À cette fin, il a – en résumé – été jugé que l'hospitalisation, l'entretien préliminaire et le traitement programmés en Allemagne dans un intervalle d'une semaine n'attestaient pas une urgence extrême durant le séjour en Allemagne. Selon le rechtbank (tribunal), le CAK est, à bon droit, parti de l'hypothèse de soins de santé programmés pour lesquels aucune

autorisation n'a été accordée et il a, de ce fait, été refusé, à bon droit, d'octroyer un remboursement.

3 Positions des parties

Appelante

3.1. L'appelante considère que – mis à part le deuxième avis – il s'agissait, lors des traitements en Allemagne, de soins non programmés. Elle a, en outre, indiqué que, à l'occasion du deuxième avis en Allemagne, il est apparu qu'il était question d'un cancer du sein de grade 3 et qu'une opération d'urgence non programmée était nécessaire [ce que le médecin traitant a confirmé]. [OMISSIS]. Selon l'appelante, la situation médicale était à ce point urgente qu'on ne pouvait raisonnablement attendre d'elle qu'elle retourne encore aux Pays-Bas en vue du traitement. On ne pouvait pas pas non plus attendre d'elle qu'elle demande préalablement une autorisation dans cette situation stressante. En outre, elle a invoqué la directive 2011/24/UE [du Parlement européen et du Conseil, du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (JO 2011, L 88, p. 45)] (ci-après la « directive relative aux patients »), sur la base de laquelle le remboursement des coûts pour les traitements de soins ambulatoires, tels que la radiothérapie qui a eu lieu entre le 14 avril 2015 et le 24 juin 2015, ne peut être subordonné à une autorisation préalable.

CAK [Or. 4]

3.2.1. Selon le CAK, il ne s'agissait pas de prestations en nature devenues médicalement nécessaires durant le séjour en Allemagne. Après le deuxième avis, il incombait à l'appelante de prendre contact avec son médecin aux Pays-Bas quant au suivi ou de demander une autorisation en vue d'une poursuite des traitements en Allemagne. Selon le CAK, compte tenu de la période écoulée entre le deuxième avis, le 13 mars 2015, et le début du traitement, le 20 mars 2015, l'appelante disposait encore de temps pour demander préalablement une autorisation pour le traitement en Allemagne. Le fait que l'appelante, peut-être en raison de la situation stressante, n'y ait pas pensé ou n'y soit pas parvenue, est compréhensible, mais n'a pas pour conséquence que la demande de remboursement des coûts des soins exposés aurait dû être acceptée sans une demande préalable d'autorisation. En outre, l'appelante savait qu'elle devait demander préalablement une autorisation. À ce sujet, le CAK a fait savoir que si une autorisation est demandée préalablement, l'autorisation peut être donnée a posteriori également, s'il est nécessaire d'agir rapidement et que l'autorisation ne peut être donnée par l'organe compétent avant le traitement. L'autorisation doit alors être donnée

si le traitement est une prestation en nature selon la législation du pays de résidence et que l'intéressé ne peut recevoir de traitement dans un délai acceptable sur le plan médical dans le pays de résidence ou dans le pays compétent.

3.2.2. Selon le CAK, la directive relative aux patients n'est d'aucun secours non plus à l'appelante étant donné que cette directive n'est pas applicable aux bénéficiaires d'une convention. L'appelante n'est, en effet, pas une « personne assurée », telle que visée à l'article 3, partie introductive et sous b), de ladite directive étant donné qu'elle ne satisfait pas aux conditions qui sont fixées pour le droit aux prestations en vertu de la législation néerlandaise. À part cela, la radiothérapie doit être considérée comme un soin de santé qui est soumis à des impératifs de planification, comme visé à l'article 8, paragraphe 2, partie introductive et sous a), ii), de la directive relative aux patients. Selon le CAK, cela signifie qu'il peut être exigé une autorisation préalable également pour la radiothérapie.

3.2.3. À la suite de ce qui a été exposé à l'audience du Raad (Conseil), le CAK a examiné, sur demande, si l'appelante aurait pu recevoir en Belgique un traitement endéans un délai d'une semaine après le deuxième avis, du 13 mars 2015. L'[OMISSIS] [organisme belge d'assurance maladie de l'appelante] a, après concertation avec un médecin-conseil, confirmé au CAK qu'un traitement, tel que l'appelante l'a reçu en mars 2015, était à cette époque, en principe, possible endéans un délai d'une semaine en Belgique. Cela implique, selon le CAK, que même si une autorisation avait été demandée préalablement, elle aurait pu être refusée.

4. Réglementation européenne pertinente en ce qui concerne les soins non programmés et les soins programmés

4.1. En ce qui concerne les soins non programmés

4.1.1. *L'article 19, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004 est libellé comme suit :*

1. À moins que le paragraphe 2 n'en dispose autrement, une personne assurée et les membres de sa famille qui séjournent dans un État membre autre que l'État membre compétent peuvent bénéficier des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Ces prestations sont servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si les personnes concernées étaient assurées en vertu de cette législation.

4.1.2. *L'article 27, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004 est libellé comme suit :*

L'article 19 s'applique mutatis mutandis à la personne qui perçoit une pension ou des pensions selon la législation d'un ou de plusieurs États membres, et qui bénéficie de prestations en nature selon la législation de l'un des États membres qui lui servent une pension, ou aux membres de sa famille, **[Or. 5]** lorsqu'ils séjournent dans un État membre autre que celui dans lequel ils résident.

4.1.3. *L'article 25, paragraphes 1 à 3, du règlement n° 987/2009 est libellé comme suit :*

A) Procédure et portée du droit

1. Aux fins de l'application de l'article 19 du règlement de base, la personne assurée présente au prestataire de soins de l'État membre de séjour un document délivré par l'institution compétente, attestant ses droits aux prestations en nature. Si la personne assurée ne dispose pas d'un tel document, l'institution du lieu de séjour, sur demande ou en cas de besoin, s'adresse à l'institution compétente pour en obtenir un.

2. Ledit document indique que la personne assurée a droit aux prestations en nature selon les modalités prévues à l'article 19 du règlement de base, aux mêmes conditions que celles applicables aux personnes assurées au titre de la législation de l'État membre de séjour.

3. Les prestations en nature visées à l'article 19, paragraphe 1, du règlement de base visent les prestations en nature servies dans l'État membre de séjour, selon la législation de ce dernier et qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical afin que la personne assurée ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, l'État membre compétent pour y recevoir le traitement nécessaire.

4.1.4 *Décision S1 du 12 juin 2009 concernant la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) (JO 2010, C 106, p. 23) ; les articles 8 à 10 sont libellés comme suit :*

8. La carte européenne d'assurance maladie peut être utilisée dans tous les cas où une personne assurée a besoin de prestations en nature lors d'un séjour temporaire, indépendamment de l'objet de ce séjour, qu'il s'agisse de tourisme, d'affaires ou d'études.

9. La carte européenne d'assurance maladie prouve que son titulaire a droit, dans l'État membre de séjour, aux prestations de maladie en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical et qui sont servies lors d'un séjour temporaire dans un autre État membre afin que le titulaire ne soit pas contraint de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, l'État compétent ou l'État de résidence pour y recevoir le traitement dont il a besoin.

De telles prestations visent à permettre à la personne assurée de continuer son séjour dans des conditions médicalement sûres.

10. La carte européenne d'assurance maladie ne couvre pas les prestations de maladie en nature servies lors d'un séjour effectué dans le but de recevoir un traitement médical.

4.2. En ce qui concerne les soins programmés

4.2.1. *L'article 20, paragraphes 1 et 2, du règlement n° 883/2004 est libellé comme suit :*

1. À moins que le présent règlement n'en dispose autrement, une personne assurée se rendant dans un autre État membre aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour demande une autorisation à l'institution compétente.

2. La personne assurée qui est autorisée par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre aux fins d'y recevoir le traitement adapté à son état bénéficie des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si elle était assurée en vertu de cette législation.

L'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit [Or. 6] figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

4.2.2. *L'article 27, paragraphes 3 à 5, du règlement n° 883/2004 est libellé comme suit :*

3. L'article 20 s'applique mutatis mutandis à un titulaire de pension et/ou aux membres de sa famille qui séjournent dans un État membre autre que celui dans lequel ils résident aux fins d'y recevoir le traitement adapté à leur état.

4. À moins que le paragraphe 5 n'en dispose autrement, le coût des prestations en nature visées aux paragraphes 1 à 3 incombe à l'institution compétente responsable du coût des prestations en nature servies au titulaire de pension dans son État membre de résidence.

5. Le coût des prestations en nature visées au paragraphe 3 est supporté par l'institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou des membres de sa famille, si ces personnes résident dans un État membre qui a opté pour le remboursement sur la base de montants fixes. Dans ces cas, aux fins du

paragraphe 3, l'institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou des membres de sa famille est considérée comme l'institution compétente.

4.2.3. *L'article 26, paragraphes 1 et 2, du règlement n° 987/2009 est libellé comme suit :*

A) Procédure d'autorisation

1. Aux fins de l'application de l'article 20, paragraphe 1, du règlement de base, la personne assurée présente à l'institution du lieu de séjour un document délivré par l'institution compétente. Aux fins du présent article, on entend par « institution compétente » l'institution qui prend en charge les frais de soins programmés. Dans les cas visés à l'article 20, paragraphe 4, et à l'article 27, paragraphe 5, du règlement de base, dans lesquels les prestations en nature servies dans l'État membre de résidence sont remboursées sur la base de montants fixes, l'institution compétente désigne l'institution du lieu de résidence.

2. Lorsqu'une personne assurée ne réside pas dans l'État membre compétent, elle demande une autorisation à l'institution du lieu de résidence, qui la transmet sans délai à l'institution compétente.

Dans ce cas, l'institution du lieu de résidence certifie dans une déclaration que les conditions énoncées à l'article 20, paragraphe 2, deuxième phrase, du règlement de base sont ou ne sont pas remplies dans l'État membre de résidence. L'institution compétente peut refuser de délivrer l'autorisation demandée uniquement si, conformément à l'appréciation de l'institution du lieu de résidence, les conditions énoncées à l'article 20, paragraphe 2, deuxième phrase, du règlement de base ne sont pas remplies dans l'État membre de résidence de la personne assurée, ou si le même traitement peut être dispensé dans l'État membre compétent lui-même, dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie de la personne concernée. L'institution compétente informe l'institution de l'État membre de résidence de sa décision.

En l'absence de réponse dans les délais fixés par sa législation nationale, l'autorisation est réputée accordée par l'institution compétente.

5 Soins programmés ou non programmés ? [Or. 7]

5.1.1. Il est constant que l'appelante a séjourné le 13 mars 2015 en Allemagne dans le cadre d'un deuxième avis, programmé, qui a été pris ledit jour. Le litige porte principalement sur la question de savoir si, à l'occasion du suivi médical, à savoir les opérations qui ont eu lieu les 20 et 25 mars 2015, il était question d'une situation de soins non programmés, comme cela est décrit au point 4.1 ci-avant. Aux fins de cette appréciation, il est pertinent de savoir s'il s'agissait, dans le cas

de l'appelante, de soins nécessaires du point de vue médical au cours du séjour en Allemagne. Il doit, en outre, s'agir de soins qui s'avèrent nécessaires au cours du séjour de sorte que l'appelante ne doive pas interrompre de manière anticipée son séjour pour recevoir un traitement dans l'État de résidence ou, comme en l'espèce, dans l'État membre compétent.

5.1.2. Il est incontestable que, dans le cas de l'appelante, il était question, le 13 mars 2015, d'un état médical sérieux et qu'une opération était nécessaire. Le Raad (Conseil), à l'instar du CAK et du rechtbank (tribunal), est toutefois d'avis que lors des traitements dont le remboursement est demandé, il n'était pas question d'une situation de soins non programmés, comme visés à l'article 19 du règlement n° 883/2004. En outre, est considéré comme important le fait que l'appelante a séjourné en Allemagne initialement uniquement en rapport avec le deuxième avis, le 13 mars 2015, et que ce séjour devait, par conséquent, être d'une très courte durée. On ne peut pas parler d'une situation où l'appelante aurait dû interrompre son séjour en Allemagne de manière anticipée pour recevoir le traitement dans le pays de résidence, la Belgique, ou dans l'État membre compétent, les Pays-Bas. Il n'est pas non plus apparu que l'appelante devait rester en Allemagne pour les opérations et qu'elle ne pouvait plus se rendre en Belgique ou aux Pays-Bas. L'intervalle d'une semaine entre le deuxième avis et la première opération n'atteste, lui non plus, pas une situation à ce point urgente que l'appelante ne pouvait plus se rendre en Belgique ou aux Pays-Bas. Cette analyse ne saurait être remise en cause par le fait que l'appelante ne s'est peut-être pas rendue en Allemagne en vue d'y être opérée. Elle est, en effet, en tout cas, bien restée en Allemagne en vue d'y bénéficier des prestations en nature, alors qu'il ne s'agissait pas d'une situation telle que visée à l'article 19 du règlement n° 883/2004.

5.1.3. Cela signifie, selon le Raad (Conseil), que les traitements médicaux dont le remboursement a été demandé en l'espèce, relèvent de la notion de soins programmés, tels que visés à l'article 20 du règlement n° 883/2004. Étant donné qu'il n'est pas fait de distinction dans les règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 entre les soins hospitaliers ou ambulatoires, la procédure d'autorisation mentionnée au point 4.2 était indiquée. Il est constant que l'appelante n'a demandé préalablement d'autorisation que pour le deuxième avis. Pour les autres opérations, aucune autorisation n'a été demandée au préalable. Le Raad (Conseil) ne se prononce pas sur la question de savoir si le seul défaut d'une demande préalable serait déjà suffisant, pour le CAK, pour pouvoir refuser le remboursement des coûts. Au cours de la procédure devant le Raad (Conseil), il est, en effet, apparu que même si une autorisation avait été demandée à temps, celle-ci aurait pu être refusée par le CAK. Selon la déclaration de l'[organisme] belge [d'assurance maladie de l'appelante] [OMISSIS], le même traitement était possible dans le même délai en Belgique. Bien que la déclaration ne soit pas davantage étayée, le Raad (Conseil) n'a pas vu matière à douter de l'exactitude de cette déclaration. Il est ainsi conclu qu'il n'est pas satisfait aux exigences qui sont prévues dans les deux règlements pour l'obtention de prestations en nature dans le

cas de soins programmés dans un autre État membre que le pays de résidence et de pension pour le compte des Pays-Bas.

5.1.4. Le Raad (Conseil) est ainsi d'avis que le CAK n'était pas tenu, sur la base des règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, de procéder au remboursement des coûts exposés.

6 Directive 2011/24/UE [du Parlement européen et du Conseil, du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (JO 2011, L 88, p. 45)] (directive relative aux patients) [Or. 8]

Réglementation

6.1.1. *L'article 3, partie introductive et sous b), i), est libellé comme suit :*

Aux fins de la présente directive, on entend par :

[...]

b) « personne assurée » :

i) les personnes, y compris les membres de leur famille et leurs survivants, qui sont couvertes par l'article 2 du règlement (CE) n° 883/2004 et qui sont des personnes assurées au sens de l'article 1^{er}, point c), dudit règlement ; [...]

6.1.2. *L'article 3, partie introductive et sous c), i), est libellé comme suit :*

Aux fins de la présente directive, on entend par :

[...]

c) « État membre d'affiliation » :

i) pour les personnes visées au point b) i), l'État membre qui est compétent pour accorder à la personne assurée une autorisation préalable de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence conformément au règlement (CE) n° 883/2004 et au règlement (CE) n° 987/2009 ; [...]

6.1.3. *L'article 7, paragraphe 1, est libellé comme suit :*

Sans préjudice du règlement (CE) n° 883/2004 et sous réserve des dispositions des articles 8 et 9, l'État membre d'affiliation veille à ce que les frais engagés par une personne assurée qui reçoit des soins de santé transfrontaliers soient remboursés, si les soins de santé en question font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit dans l'État membre d'affiliation.

6.1.4. *L'article 8, paragraphes 1 et 2, est libellé comme suit :*

1. L'État membre d'affiliation peut mettre en place un régime d'autorisation préalable pour le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers, conformément au présent article et à l'article 9. Le régime d'autorisation préalable, y compris les critères, l'application de ceux-ci et les décisions individuelles de refus d'autorisation préalable, se limite à ce qui est nécessaire et proportionné à l'objectif poursuivi et ne peut constituer un moyen de discrimination arbitraire ni une entrave injustifiée à la libre circulation des patients.

2. Les soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable sont limités aux soins de santé qui :

a) sont soumis à des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines et : **[Or. 9]**

i) impliquent le séjour du patient concerné à l'hôpital pour au moins une nuit ;
ou

ii) nécessitent un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux ;

b) impliquent des traitements exposant le patient ou la population à un risque particulier, ou [...]

Les États membres communiquent à la Commission les catégories de soins de santé visées au point a).

L'applicabilité de la directive relative aux patients aux bénéficiaires d'une convention

6.2.1. L'appelante a invoqué la directive relative aux patients, en vertu de laquelle il n'est, en principe, exigé aucune autorisation en cas de soins de santé transfrontaliers et une autorisation ne peut être demandée pour des soins de santé que dans des cas déterminés.

6.2.2. Le CAK estime que la directive relative aux patients n'est pas applicable aux bénéficiaires d'une convention qui bénéficient de soins de santé en dehors de

l'État de résidence et/ou de pension. Selon le CAK, la directive n'est applicable qu'aux personnes qui sont assurées en vertu d'un régime national obligatoire d'assurance maladie et n'est donc pas applicable aux bénéficiaires d'une convention qui ont droit à des prestations en nature au titre du règlement n° 883/2004. Le CAK renvoie, à cet égard, à l'article 3, partie introductive et sous b), i), de la directive, sur la base duquel on entend, aux fins de la directive, par « personne assurée » « les personnes, y compris les membres de leur famille et leurs survivants, qui sont couvertes par l'article 2 du règlement (CE) n° 883/2004 et qui sont des personnes assurées au sens de l'article 1^{er}, point c), dudit règlement ».

6.2.3. L'article 1^{er}, sous c), du règlement n° 883/2004 est libellé comme suit :

Aux fins du présent règlement : [...] le terme « personne assurée » désigne, par rapport aux différentes branches de sécurité sociale visées au titre III, chapitres 1 et 3, toute personne qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État membre compétent en vertu du titre II pour avoir droit aux prestations, compte tenu des dispositions du présent règlement.

6.2.4. Selon le CAK, l'appelante n'est pas une « personne assurée », comme visée dans ces dispositions, étant donné qu'elle n'est pas assurée sur la base du régime légal néerlandais d'assurance maladie [la loi sur les soins de longue durée (Wet langdurige zorg) et la loi sur l'assurance maladie (Zorgverzekeringswet)].

6.3.1. La question de savoir si l'appelante relève du champ d'application personnel de la directive relative aux patients ne saurait, selon le Raad (Conseil), recevoir de réponse sans susciter de doutes raisonnables.

6.3.2. Il est constant que l'appelante relève du champ d'application personnel du règlement n° 883/2004. Ce qui importe est ce qu'on entend par la notion de « personne assurée », telle que définie à l'article 1^{er}, sous c), du règlement n° 883/2004. Pour des prestations de maladie, telles que celles en cause en l'espèce, on entend, selon cette disposition, par « personne assurée » toute personne qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État membre compétent en vertu du titre II pour avoir droit aux prestations, compte tenu des dispositions du règlement. **[Or. 10]**

6.3.3. Comme la Cour l'a confirmé à plusieurs reprises dans sa jurisprudence, il est formulé au titre III, chapitre 1, du règlement n° 883/2004 des règles spéciales de rattachement qui dérogent, dans des cas déterminés, aux règles générales de conflit de lois du titre II permettant de déterminer l'institution chargée du service des prestations qui sont visées dans les dispositions concernées, ainsi que la législation applicable (par exemple, arrêt du 14 octobre 2010, van Delft e.a., C-345/09, EU:C:2010:610, points 38 et 48). Le principe est que les personnes assurées, les titulaires de pension et les membres de leur famille peuvent bénéficier des soins de santé dans l'État membre où ils résident. Cet État membre sert les soins de santé selon sa propre législation. Les coûts de ces soins de santé

sont à la charge de l'État membre compétent. La section 1 du chapitre 1 du titre III concerne les personnes assurées et la section 2 du chapitre 1 du titre III concerne les titulaires de pension. Le règlement n° 883/2004 fait donc une distinction entre les personnes assurées et les titulaires de pension, même si des articles déterminés concernant les personnes assurées sont déclarés applicables mutatis mutandis aux titulaires de pension. À cet égard, on peut renvoyer à l'article 27, paragraphe 3, du règlement n° 883/2004, qui prévoit que l'article 20 du règlement n° 883/2004 s'applique mutatis mutandis à un titulaire de pension et/ou aux membres de sa famille qui séjournent dans un État membre autre que celui dans lequel ils résident aux fins d'y recevoir le traitement adapté à leur état. Il n'apparaît pas tout à fait clairement au Raad (Conseil) si, avec cette application mutatis mutandis, on tend à une assimilation des titulaires de pension avec les personnes assurées, comme cela est en cause en l'espèce, et si on doit ainsi entendre par la notion de « personne assurée » à l'article 1^{er}, sous c), du règlement n° 883/2004 également le titulaire de pension, comme visé au titre III, chapitre 1, section 2.

6.3.4. Le Raad (Conseil) a également des doutes, à un autre égard, quant au bien-fondé de la thèse du CAK selon laquelle la notion de « personne assurée » ne peut concerner que la personne assurée selon le droit néerlandais pour les frais de maladie. Dans ce cadre, il est renvoyé à la jurisprudence de la Cour (par exemple, arrêt Van Delft e.a. et arrêt du 4 juin 2015, Fischer-Lintjens, C-543/13, EU:C:2015:359), dans laquelle un bénéficiaire d'une convention, tel que l'appelante, est qualifié d'« assuré social » et sur la base de laquelle il pourrait être admis que la notion de « personne assurée » dans le règlement n° 883/2004 a une signification plus large que seulement une personne qui est assurée en vertu du droit national.

6.3.5. Selon le Raad (Conseil), plaide également en faveur d'une interprétation plus large que celle préconisée par le CAK, la définition de l'« État membre d'affiliation » à l'article 3, sous c), i), de la directive relative aux patients. Cette disposition prévoit que l'État membre d'affiliation est, pour les personnes visées à l'article 3, point b) i), l'État membre qui est compétent pour accorder à la personne assurée une autorisation préalable de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence conformément au règlement (CE) n° 883/2004 et au règlement (CE) n° 987/2009. L'article 7 de la directive relative aux patients semble, lui aussi, indiquer que la directive peut également être d'application à des titulaires de pension bénéficiaires d'une convention.

6.3.6. Dans la mesure où il est jugé que les bénéficiaires d'une convention titulaires de pension relèvent de la notion de « personne assurée » de l'article 1^{er}, sous c), du règlement n° 883/2004, il y a lieu de considérer les Pays-Bas, en l'espèce, comme l'État membre d'affiliation. Les Pays-Bas sont, en effet, l'État membre compétent en vertu des règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 pour accorder une autorisation préalable pour un traitement programmé en dehors du pays de résidence.

6.3.7. Plus généralement, le Raad (Conseil), à la différence du CAK, ne voit pas de justification manifeste à l'exclusion des bénéficiaires d'une convention de la directive relative aux patients. L'objectif de la directive est, en effet, d'éliminer autant que possible les obstacles à la prestation de soins de santé transfrontaliers et donc de faciliter la libre circulation des patients au sein de l'Union européenne. Le [Or. 11] mécanisme qui est mis en place dans la directive est fondé sur les principes de la libre circulation et s'appuie sur les principes des arrêts de la Cour de justice. Dans plusieurs arrêts, la Cour de justice a reconnu le droit au remboursement, par le système de sécurité sociale obligatoire auprès duquel les patients sont assurés, des coûts des soins de santé dispensés dans un autre État membre. La Cour de justice a jugé que la libre prestation des services inclut la liberté pour les bénéficiaires de services, notamment les personnes qui ont besoin de recevoir un traitement médical, de se rendre dans un autre État membre pour y bénéficier de ces soins. Selon le considérant 29 de la directive relative aux patients, on vise à ce que les patients qui se trouvent dans d'autres circonstances que celles prévues dans le règlement (CE) n° 883/2004 et qui cherchent à se faire soigner dans un autre État membre soient également en mesure de bénéficier des principes de la libre circulation des patients, des services et des biens conformément au traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et à ladite directive. Les deux systèmes devraient être cohérents pour les patients ; soit ladite directive s'applique, soit les règlements sur la coordination [des systèmes de sécurité sociale] s'appliquent (considérant 30). Le Raad (Conseil) ne considère pas qu'on vise, avec la directive, à refuser aux bénéficiaires d'une convention titulaires de pension la protection pour les soins de santé transfrontaliers. Bien que la jurisprudence de la Cour dans le cadre de la libre circulation des services en cas de soins de santé transfrontaliers, à la connaissance du Raad (Conseil), concerne des personnes qui étaient effectivement assurées dans l'État membre d'affiliation, le Raad (Conseil) n'est pas convaincu que cette jurisprudence ne peut pas présenter d'intérêt également dans le cadre de la limitation de la libre circulation de ces services chez des bénéficiaires d'une convention titulaires de pension. Le libellé de la directive ne semble, lui non plus, pas offrir d'éléments essentiels en faveur d'une limitation envisagée des soins de santé transfrontaliers chez ces bénéficiaires d'une convention.

Compatibilité de l'exigence d'autorisation avec la directive relative aux patients

6.4.1. Pour l'hypothèse où la directive relative aux patients serait bien d'application, le CAK affirme que le remboursement des coûts des traitements en Allemagne peut être refusé étant donné que ces traitements pouvaient être soumis à une autorisation préalable. Les deux opérations relèvent de l'article 8, paragraphe 2, partie introductive et sous a), i), de ladite directive, mais la radiothérapie, elle aussi, relève, selon le CAK, de la notion de soins tels que visés à l'article 8, paragraphe 2, partie introductive et sous a), ii), de la directive.

6.4.2. Il est constant entre les parties que les coûts qui sont liés aux soins pour lesquels l'appelante a séjourné à l'hôpital plus d'une nuit dans la période allant du 19 mars 2015 au 30 mars 2015 sont des soins qui relèvent de l'article 8,

paragraphe 2, partie introductive et sous a), i), de la directive relative aux patients. Il s'agit, par conséquent, de soins qui peuvent, eux aussi, selon la directive, être soumis à l'exigence d'autorisation.

6.4.3. Selon l'appelante, les soins postopératoires, parmi lesquels la radiothérapie, ne sont pas des soins qui peuvent être soumis à une autorisation préalable. Le Raad (Conseil) partage ce point de vue. En outre, le CAK n'a, en ce qui concerne la radiothérapie, pas soutenu, sur demande, que cette thérapie est un soin de santé qui relève de l'article 8, paragraphe 2, partie introductive et sous a), ii), de la directive.

En outre, cette forme de soins n'a pas fait l'objet d'une notification à la Commission, telle que prescrite à l'article 8, paragraphe 2, dernière phrase, de la directive.

7 L'application de l'article 56 TFUE [Or. 12]

7.1. Dans la mesure où la Cour juge que l'appelante ne relève pas du champ d'application personnel de la directive relative aux patients, se pose la question de savoir si l'article 56 TFUE, en tenant compte également du principe de proportionnalité, fait obstacle à l'entrave à laquelle est confronté un bénéficiaire d'une convention lorsqu'il bénéficie de soins de santé ambulatoires transfrontaliers en dehors de l'État de résidence et de pension, ainsi qu'à l'entrave à laquelle les prestataires de services sont confrontés lorsqu'ils servent des soins transfrontaliers à des bénéficiaires d'une convention. L'entrave à laquelle l'appelante a été confrontée est une conséquence directe du fait qu'elle s'est établie, avec une pension néerlandaise, en dehors des Pays-Bas et que les Pays-Bas, en tant que pays de la pension, n'accordent aucun remboursement à des bénéficiaires d'une convention pour des soins de santé ambulatoires transfrontaliers en dehors de l'État de résidence et de pension, sous réserve de l'octroi d'une autorisation. Les personnes qui sont assurées selon le droit national aux Pays-Bas pour les frais de maladie reçoivent, en fonction des conditions spécifiques des polices des différents assureurs, souvent bien un remboursement pour les soins ambulatoires transfrontaliers.

7.2. Comme il est exposé au point 6.3.7, le Raad (Conseil) n'a trouvé aucun élément en faveur d'une justification de l'entrave spécifiée. Il n'a pas été affirmé ni n'est apparu que l'entrave serait nécessaire pour assurer l'équilibre financier du système de soins néerlandais. L'appelante verse une cotisation aux Pays-Bas pour les soins qu'elle peut recevoir en tant que bénéficiaire d'une convention. Si les soins avaient été reçus aux Pays-Bas, ils auraient également été remboursés. En outre, des frais auraient également été engendrés par le traitement de l'appelante pour l'État néerlandais si celle-ci avait obtenu le même traitement en Belgique.

8. Les considérations susmentionnées donnent au Raad (Conseil) matière à déférer des questions à la Cour portant sur l'interprétation de la directive 2011/24/UE et celle de l'article 56 TFUE.

DÉCISION

[OMISSIS] [Or. 13]

[OMISSIS] [répétition des questions préjudicielles, formule de clôture et signature]

DOCUMENT DE TRAVAIL