

**Zadeva C-636/19****Povzetek predloga za sprejetje predhodne odločbe v skladu s členom 98(1)  
Poslovnika Sodišča****Datum vložitve:**

26. avgust 2019

**Predložitveno sodišče:**

Centrale Raad van Beroep (Nizozemska)

**Datum predložitvene odločbe:**

22. avgust 2019

**Pritožnica:**

Y

**Nasprotna stranka v pritožbenem postopku:**

CAK

**Predmet postopka v glavni stvari**

Postopek v glavni stvari se nanaša na predlog za povračilo stroškov zdravljenja, ki ga je bila v Nemčiji deležna upokojenka, ki je iz Nizozemske, vendar stalno prebiva v Belgiji.

**Predmet in pravna podlaga predloga za sprejetje predhodne odločbe**

Predmet tega predloga na podlagi člena 267 PDEU je, ali se lahko upokojenci, ki prebivajo zunaj Nizozemske in imajo na podlagi člena 24 Uredbe št. 883/2004 pravico do zdravstvenih storitev v breme Nizozemske, sklicujejo na Direktivo 2011/24/EU.

**Vprašanja za predhodno odločanje**

1. Ali je treba Direktivo 2011/24/EU razlagati tako, da se lahko osebe iz člena 24 Uredbe (EG) št. 883/2004, ki v državi stalnega prebivališča prejmejo zdravstvene storitve, ki bremenijo Nizozemsko, ki pa na Nizozemskem niso zavarovane na

podlagi zakonskega zdravstvenega zavarovanja, za priznanje povračila stroškov za prejeto zdravstveno oskrbo sklicujejo neposredno na to direktivo?

Če je odgovor nikalen:

2. Ali iz člena 56 PDEU izhaja, da v primeru, kakršen je obravnavani, nepriznanje povračila za zdravstveno oskrbo, prejeto v drugi državi, kot je država stalnega prebivališča ali država, ki izplačuje pokojnino, pomeni neupravičeno oviro za svobodo opravljanja storitev?

### **Navedene določbe prava Unije**

Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL, posebna izdaja v slovenščini, poglavje 5, zvezek 5, str. 72), zlasti člen 1(c); člen 19(1); člen 20(1) in (2); člen 27(1); člen 27, od (3) do (5).

Uredba (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL 2009, L 284, str. 42), zlasti člen 25, od (1) do (3); člen 26(1) in (2).

Sklep št. S1 z dne 12. junija 2009 o evropski kartici zdravstvenega zavarovanja (UL 2010, C 106, str. 23).

Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL 2011, L 88, str. 45), zlasti člen 3(b)(i); člen 3(c)(i); člen 7(1); člen 8(1) in (2).

Pogodba o delovanju Evropske unije, člen 56.

### **Navedene določbe nacionalnega prava**

Niso navedene

### **Kratka predstavitev dejanskega stanja in postopka v glavni stvari**

- 1 Leta 2015, v času dejanskega stanja v postopku v glavni stvari, je pritožnica stalno prebivala v Belgiji in prejela starostno pokojnino z Nizozemske. Na podlagi člena 24 Uredbe št. 883/2004 je imela pravico do zdravstvenega varstva v Belgiji v breme Nizozemske. V ta namen je na Nizozemskem plačevala premijo za zdravstveno zavarovanje.
- 2 Pritožnica je želela po posvetu pri splošnem zdravniku v Belgiji in zdravniškem pregledu na Nizozemskem pridobiti drugo mnenje v nemški bolnišnici.

- 3 Za to zdravljenje v Nemčiji je zakonec pritožnice navezal stik z nasprotno stranko v pritožbenem postopku, CAK. CAK je nizozemski neodvisen upravni organ, ki izvaja številne naloge na področju zdravstvenega varstva, med njimi povračilo stroškov zdravljenja, ki nastanejo „upravičencem na podlagi sporazuma“. S tem pojmom se poimenujejo osebe, ki niso zavarovane na Nizozemskem, ki 1) prebivajo v državi, s katero ima Nizozemska sklenjen sporazum o zdravstvenem varstvu (države EU/EGP in nekatere druge države), in 2) z Nizozemske prejemajo pokojnino ali denarno dajatev. Te osebe plačujejo premijo za zdravstveno zavarovanje CAK in se lahko nato v svoji državi stalnega prebivališča prijavijo pri zdravstveni zavarovalnici.
- 4 CAK je v tej zadevi pritožnico opozoril, da je treba za zdravstveno oskrbo zunaj Belgije ali Nizozemske najprej zaprositi CAK za odobritev prek belgijske zdravstvene zavarovalnice, pri kateri je prijavljena. Šele po predhodni odobritvi CAK povrne stroške zdravljenja.
- 5 Medtem je bilo na Nizozemskem ugotovljeno, da ima pritožnica raka na dojki. V Nemčiji je bilo pridobljeno drugo mnenje brez dane odobritve. Iz drugega mnenja je izhajalo, da je bolezen pritožnice še resnejša, kot je bilo ugotovljeno na Nizozemskem. Pritožnica je bila 20. marca 2015 v Nemčiji operirana na dojki, nato pa je sledilo nadaljnje zdravljenje, ki je vključevalo obsevanja od aprila do junija.
- 6 V vmesnem času je CAK 19. marca 2015 od belgijske zdravstvene zavarovalnice tožeče stranke prejel zahtevek za odobritev za pridobitev drugega mnenja. Zahtevek je bil zavrnjen, ker odobritve ni mogoče dati za nazaj. Za preostanek zdravljenja ni bilo nikoli zaproseno za odobritev. CAK je zato v celoti zavrnil povračilo stroškov zdravljenja v višini 16.853,13 EUR. Ugovor pritožnice zoper to odločitev je bil zavrnjen, prav tako kot tudi njena tožba pred rechtbank Amsterdam (sodišče v Amsterdamu, Nizozemska). Nato je pritožnica vložila pritožbo pri Centrale Raad van Beroep (pritožbeno sodišče za zadeve s področja socialnega varstva in javnih uslužbencev, Nizozemska).

### **Bistvene trditve strank v postopku v glavni stvari**

- 7 Po navedbah pritožnice je šlo – razen glede drugega mnenja – pri zdravljenju v Nemčiji za „storit[ve], ki jih med začasnim bivanjem potrebuj[e] iz zdravstvenih razlogov“ v smislu člena 19(1) Uredbe št. 883/2004. Šlo naj bi namreč za nenačrtovano nujno operacijo, ki jo je bilo treba opraviti, ko se je ugotovilo, za kako resno obliko gre pri njenem raku na dojki. Zdravstveno stanje naj bi bilo tako resno, da od nje ni bilo mogoče razumno pričakovati, da se bo pred zdravljenjem še vrnila na Nizozemsko ali v Belgijo. Prav tako naj od nje ne bi bilo mogoče pričakovati, da v taki stresni situaciji vnaprej zaprosi za odobritev. Ker je pred pridobitvijo drugega mnenja že bila v Nemčiji, naj bi na podlagi zgoraj navedenega člena imela pravico do zagotovitve te oskrbe.

- 8 Dalje se je sklicevala na Direktivo 2011/24 (v nadaljevanju: Direktiva o pacientih). Za zdravljenje, zaradi katerega pacientu ni treba v bolnišnici prenočiti niti eno noč, je mogoče na podlagi člena 8(2)(a)(ii) te direktive predhodno odobritev zahtevati zgolj glede oskrbe, „za katero se zahteva uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme“. Zdravljenje po operaciji, kot so obsevanja, opravljena med 14. aprilom in 24. junijem 2015, naj ne bi spadalo v okvir te določbe, tako da naj se ne bi smela zahtevati predhodna odobritev.
- 9 Po navedbah CAK ni šlo za storitve, ki so v zdravstvenem smislu postale nujne med bivanjem v Nemčiji. Po pridobljenem drugem mnenju naj bi pritožnica še imela možnost, da za predhodno odobritev zaprosi pred zdravljenjem v Nemčiji, do katerega je prišlo šele en teden pozneje. Pri tem naj nič ne bi spremenilo dejstvo, da je bila pritožnica v stresni situaciji. Poleg tega naj bi vedela, da je zahtevana predhodna odobritev.
- 10 Direktiva o pacientih se po navedbah CAK ne uporablja za pritožnico. Ta ni zavarovana oseba v smislu člena 3(b) te direktive, ker ne izpolnjuje pogojev, ki so z nizozemsko zakonodajo določeni za upravičenost do dajatev. Ne glede na to naj bi bilo treba obsevanja šteti za zdravstveno varstvo, za katerega veljajo zahteve glede načrtovanja v smislu člena 8(2)(a)(ii) Direktive o pacientih. To pomeni, da naj bi se smela tudi za obsevanja zahtevati predhodna odobritev.

#### **Kratka predstavitev obrazložitve predloga**

- 11 Predložitveno sodišče ugotavlja, da gre v zadevi v glavni stvari za dve medsebojno povezani vprašanji. Prvič, gre za vprašanje, ali je bilo na podlagi Uredbe št. 883/2004 mogoče zahtevati predhodno odobritev za zdravljenje v Nemčiji. Pri tem je pomembno, ali je šlo za načrtovano ali nenačrtovano zdravstveno varstvo. Drugič, pritožnica se je sklicevala na Direktivo o pacientih. Na podlagi te direktive morda za nekatere vrste zdravljenja tožeče stranke sploh ni zahtevana odobritev. Vendar gre za vprašanje, ali se za pritožnico uporablja Direktiva o pacientih. To zadnje je bistvo predloga za sprejetje predhodne odločbe.
- 12 Predložitveno sodišče tako kot CAK in rechtbank (sodišče) meni, da ne gre za nenačrtovano zdravstveno varstvo, katere stroške mora CAK glede na člen 19(1) Uredbe št. 883/2004 povrniti brez predhodne odobritve. Pritožnica je sprva obiskala Nemčijo zgolj zaradi pridobitve drugega mnenja. Torej ji ni bilo treba predčasno prekiniti bivanja v Nemčiji, da bi se zdravila v Belgiji ali na Nizozemskem. Poleg tega to, da je od drugega mnenja do prve operacije pretekel en teden, ne kaže, da je šlo za zelo resno stanje. Zdravljenje, za katerega se v tem sporu zahteva povračilo, torej spada v okvir načrtovanega zdravstvenega varstva v smislu člena 20 Uredbe št. 883/2004, za katero je mogoče zahtevati v njem določeno odobritev.

- 13 Vendar se v skladu s členom 8(2)(a) Direktive o pacientih za zdravstveno varstvo, za katerega veljajo zahteve glede načrtovanja, pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, odobritev lahko zahteva le v omejenem številu primerov. To velja namreč zgolj za zdravstveno varstvo, za katerega mora pacient v bolnišnici prenočiti vsaj eno noč, ali za oskrbo, za katero se zahteva uporaba visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme.
- 14 CAK trdi, da se Direktiva o pacientih ne uporablja za upravičence na podlagi sporazuma, ki so deležni zdravstvenega varstva zunaj države stalnega prebivališča in/ali države, ki jim izplačuje pokojnino. Kot je razvidno iz člena 3(b)(i) Direktive o pacientih, se ta direktiva uporablja zgolj za „zavarovane osebe“, kot so opredeljene v členu 1(c) Uredbe št. 883/2004. Po navedbah CAK so to osebe, ki so zavarovane na podlagi nacionalne zakonsko določene osnove za zdravstveno zavarovanje. Upravičenci na podlagi sporazuma, ki imajo na podlagi Uredbe št. 883/2004 pravico do storitev, naj ne bi spadali v ta okvir.
- 15 Po mnenju predložitvenega sodišča ni mogoče brez razumnega dvoma odgovoriti na vprašanje, ali pritožnica spada na področje osebne uporabe Direktive o pacientih. Ni jasno, kako je treba razlagati pojem „zavarovana oseba“, kot je opredeljen v členu 1(c) Uredbe št. 883/2004. V zvezi z zdravstvenimi storitvami, za kakršne gre v tej zadevi, pomeni v tej zadnji določbi pojem „zavarovana oseba“ „v zvezi s področji socialne varnosti iz poglavij 1 in 3 naslova III [...] vsako osebo, ki izpolnjuje pogoje za pravico do dajatev, zahtevane po zakonodaji države članice, ki je pristojna po naslovu II, ob upoštevanju določb te uredbe“.
- 16 Kot je v sodni praksi večkrat potrdilo Sodišče Evropske unije (v nadaljevanju: Sodišče), so v naslovu III, poglavje 1, Uredbe št. 883/2004 oblikovana posebna kolizijska pravila, ki v nekaterih primerih odstopajo od splošnih kolizijskih pravil iz naslova II, zato da je mogoče ugotoviti, kateri organ mora izplačati dajatve iz zadevnih členov in katera zakonodaja se uporabi (npr. sodba z dne 14. oktobra 2010, Van Delft in drugi, C-345/09, EU:C:2010:610, točki 38 in 48). Izhodišče je, da zavarovane osebe, upokojenci in njihovi družinski člani lahko prejemajo zdravstveno varstvo v državi članici, v kateri stalno prebivajo. Ta država zagotavlja oskrbo v skladu z lastno zakonodajo. Stroški zdravstvene oskrbe bremenijo pristojno državo članico.
- 17 Poglavje 1 naslova III Uredbe št. 883/2004 vsebuje v oddelku 1 določbe o zavarovanih osebah, v oddelku 2 pa določbe o upokojencih. V tej uredbi se torej razlikuje med zavarovanimi osebami in upokojenci, čeprav se nekateri členi, ki se nanašajo na zavarovane osebe, smiselno uporabljajo za upokojence. V zvezi s tem je mogoče opozoriti na člen 27(3), ki določa, da se člen 20, v katerem je določena zahteva po odobritvi, za kakršno gre v obravnavani zadevi, smiselno uporablja za upokojenca in njegove družinske člane. Predložitvenemu sodišču ni popolnoma jasno, ali je namen te smiselne uporabe izenačenje upokojencev z zavarovanimi osebami, za kakršno gre v obravnavani zadevi. Če je tako, bi bilo treba posledično s pojmom „zavarovana oseba“ iz člena 1(c) Uredbe št. 883/2004 razumeti tudi upokojence v smislu naslova III, poglavje 1, oddelek 2.

- 18 Predložitveno sodišče tudi sicer dvomi o pravilnosti stališča CAK, da lahko pojem „zavarovana oseba“ obsega le osebe, ki so za stroške zdravljenja zavarovane po nizozemskem pravu. Zato opozarja na sodno prakso Sodišča (npr. zgoraj navedena sodba Van Delft in drugi ter sodba z dne 4. junija 2015, Fischer-Lintjens, EU:C:2015:359, C-543/13), v kateri se za upravičenca na podlagi sporazuma, kakršen je pritožnica, uporablja izraz „zavarovanec“. Na podlagi tega bi bilo mogoče šteti, da ima izraz „zavarovana oseba“ v Uredbi št. 883/2004 širši pomen kot zgolj oseba, ki je zavarovana na podlagi nacionalnega prava.
- 19 V prid širši razlagi, kot je tista, ki jo zagovarja CAK, govori tudi opredelitev „države članice zdravstvenega zavarovanja“ iz člena 3(c)(i) Direktive o pacientih. V njem je določeno, da je država članica zdravstvenega zavarovanja za osebe iz člena 3(b)(i) država članica, ki je v skladu z Uredbo št. 883/2004 in Uredbo št. 987/2009 pristojna za predhodno odobritev ustreznega zdravljenja zavarovani osebi zunaj države članice, v kateri ima pacient stalno prebivališče. Tudi člen 7 Direktive o pacientih očitno določa, da je mogoče Direktivo uporabiti tudi za upokojujence, ki so upravičenci na podlagi sporazuma.
- 20 V splošnejšem smislu pa predložitveno sodišče drugače kot CAK ne vidi jasne utemeljitve za izključitev upravičencev na podlagi sporazuma iz Direktive o pacientih. Cilj Direktive je zagotovo kar najbolj odpraviti ovire za zagotavljanje čezmejnega zdravstvenega varstva in tako olajšati prosto gibanje pacientov v Evropski uniji. V ta namen je v Direktivi sprejeto načelo povračila stroškov zdravljenja, ki temelji na načelu prostega gibanja in nadgrajuje izhodiščne točke sodb Sodišča. Sodišče je v različnih sodbah priznalo pravico do povračila stroškov zdravstvenega varstva, nudenega v drugi državi članici, prek zakonskega sistema socialne varnosti, v katerem so pacienti zavarovani. Poleg tega pomeni svoboda opravljanja storitev svobodo prejemnikov storitev – med njimi tistih, ki potrebujejo zdravljenje – da gredo v drugo državo članico, da tam prejmejo te storitve.
- 21 Glede na uvodno izjavo 29 Direktive o pacientih je njen namen, da je tudi pacientom, ki so v okoliščinah, ki niso predvidene v Uredbi št. 883/2004 in ki iščejo zdravstveno oskrbo v drugi državi članici, omogočeno uresničevanje načel prostega gibanja pacientov ter pretoka storitev in blaga v skladu s PDEU in to direktivo. V uvodni izjavi 30 je navedeno, da morata biti za pacienta ta sistema „koherentna“. Uporabi se bodisi Direktiva bodisi uredbi št. 883/2004 in 987/2009. Po mnenju predložitvenega sodišča z Direktivo ni mogoče ciljati na to, da bi se upokojujencem, ki so upravičenci na podlagi sporazuma, odtegnilo varstvo v zvezi s čezmejno zdravstveno varstvo.
- 22 Poleg tega se sodna praksa Sodišča v okviru svobode opravljanja storitev pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, kolikor je to znano predložitvenemu sodišču, sicer res nanaša na osebe, ki so bile dejansko zavarovane v državi članici zdravstvenega zavarovanja, vendar ni prepričano, da se ta sodna praksa ne sme uporabiti za upokojujence, ki so upravičenci na podlagi sporazuma.

- 23 Če Sodišče prizna pravilnost tega stališča in se torej uporabi Direktiva o pacientih, po mnenju predložitvenega sodišča obsevanja in naknadna obravnava ne spadajo pod zahtevo po odobritvi. Ugotavlja namreč, da se člen 8(2)(a) Direktive o pacientih ne nanaša na to oskrbo.
- 24 Če Sodišče meni, da pritožnica ne spada na področje osebne uporabe Direktive o pacientih, se postavlja vprašanje, ali člen 56 PDEU glede na načelo sorazmernosti nasprotuje oviram, ki jih je upravičenec na podlagi sporazuma deležen pri prejetju čezmejnega zdravstvenega varstva zunaj države stalnega prebivališča in države, ki mu izplačuje pokojnino. Poleg tega se pojavlja vprašanje, ali ta člen nasprotuje oviram, s katerimi se srečujejo ponudniki storitev pri opravljanju čezmejne oskrbe upravičencev na podlagi sporazuma. Ovira, ki jo je doživela pritožnica, je neposredna posledica dejstva, da kot prejemnica nizozemske pokojnine stalno prebiva zunaj Nizozemske in da Nizozemska kot država, ki ji izplačuje pokojnino, upravičencem na podlagi sporazuma za čezmejno zdravstveno varstvo zunaj države stalnega prebivališča in države, ki izplačuje pokojnino, v primeru oskrbe, za katero ni zahtevan sprejem v bolnišnico, ne priznava povračila – razen po predhodni odobritvi. Osebe, ki so po nacionalnem pravu na Nizozemskem zavarovane za stroške zdravljenja, pa – odvisno od konkretnih zavarovalnih pogojev različnih zavarovalnic – pogosto prejmejo povračilo za tako čezmejno zdravstveno varstvo.
- 25 Po mnenju predložitvenega sodišča ni utemeljitve za opisano oviro. Ni se ne zatrjevalo ne dokazovalo, da je ovira nujna za zagotovitev finančnega ravnovesja nizozemskega sistema zdravstvenega varstva. Pritožnica plačuje Nizozemski prispevek za zdravstveno varstvo, ki ga lahko prejme kot upravičenka na podlagi sporazuma. Če bi oskrbo prejela na Nizozemskem, bi se ji stroški zanjo tudi povrnili. Poleg tega bi za državo Nizozemsko nastali stroški tudi z njenim zdravljenjem, če bi bila iste oskrbe deležna v Belgiji.