



Datum van inontvangstneming : 14/10/2019

C-636/19 — 1

ECLI:NL:CRVB:2019:2782

Instantie Centrale Raad van Beroep

Datum uitspraak 22-08-2019

Datum publicatie 23-08-2019

Zaaknummer 17/74 ZVW

Rechtsgebieden Socialezekerheidsrecht

Bijzondere kenmerken Hoger beroep

Inhoudsindicatie

De Raad verzoekt het Hof bij wijze van prejudiciële beslissing als bedoeld in artikel 267 van het VWEU uitspraak te doen over de volgende vragen:

1. Moet Richtlijn 2011/24/EU aldus worden uitgelegd dat personen bedoeld in artikel 24 van Verordening (EG) nr. 883/2004, die in het woonland voor rekening van Nederland verstrekkingen ontvangen, maar die in Nederland niet verzekerd zijn krachtens de wettelijke ziektekostenverzekeringen, zich rechtstreeks kunnen beroepen op die richtlijn voor het toekennen van vergoeding van kosten van verleende zorg?

Zo nee,

2. Volgt uit artikel 56 van het VWEU dat in een geval als het onderhavige het niet toekennen van een vergoeding voor in een andere lidstaat dan het woon- of pensioenland verleende zorg, een ongerechtvaardigde belemmering vormt voor het vrij verkeer van diensten?

De verdere behandeling van het geding wordt aangehouden totdat het Hof uitspraak zal hebben gedaan.

Vindplaatsen Rechtspraak.nl

Uitspraak

17/74 ZVW-P

Centrale Raad van Beroep

Meervoudige kamer

Ingeschreven in het register van het Hof van Justitie onder nr. <u>1.125.384</u>	
Luxemburg, <u>28</u> -08- 2019	De Griffier, voor deze
Fax / E-mail: _____	<u>Kauwkeun</u>
Neergelegd op: <u>26.08.19</u>	Maria Manuela Ferreira Hoofdadministrateur

Verzoek aan het Hof van Justitie van de Europese Unie om een prejudiciële beslissing als bedoeld in artikel 267 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU)

Partijen:

Y [appellante] te [woonplaats], België (appellante)

CAK

Datum verzoek: 22 augustus 2019

PROCESVERLOOP

Vanaf 1 januari 2017 oefent CAK in zaken als deze de bevoegdheden uit die voorheen door Zorginstituut Nederland werden uitgeoefend. In deze uitspraak wordt onder CAK ook verstaan Zorginstituut Nederland.

Namens appellante heeft mr. J. Gerits hoger beroep ingesteld tegen de uitspraak van de rechtbank Amsterdam van 24 november 2016, 16/1043.

CAK heeft een verweerschrift ingediend.

Partijen hebben nog nadere stukken toegezonden waarin zij op elkaars standpunten hebben gereageerd.

CAK heeft vragen van de Raad beantwoord.

Het onderzoek ter zitting heeft plaatsgevonden op 17 november 2017. Voor appellante zijn verschenen mr. Gerits en haar echtgenoot [X.] CAK heeft zich laten vertegenwoordigen door mr. R.G. van der Wissel en mr. J.M. Nijman.

De Raad heeft het onderzoek heropend. CAK heeft vragen van de Raad beantwoord. Appellante heeft hierop gereageerd.

In verband met het voornemen om in deze zaak aan het Hof van Justitie van de Europese Unie (Hof) te verzoeken om een prejudiciële beslissing als bedoeld in artikel 267 van het VWEU te geven is aan partijen een concept-vraagstelling gezonden. Partijen hebben daarop gereageerd.

OVERWEGINGEN

1. De Raad gaat uit van de volgende feiten en omstandigheden.

1.1. Appellante woont met haar echtgenoot in België en ontvangt een pensioen op grond van de Algemene Ouderdomswet uit Nederland. Ten tijde in geding had appellante op grond van artikel 24 van Verordening (EG) nr. 883/2004 (Vo 883/2004) recht op zorg in België ten laste van Nederland. Voor dit recht op zorg is appellante op grond van artikel 69 van de Zorgverzekeringswet in verbinding met artikel 30 van Vo 883/2004 een bijdrage verschuldigd.

1.2. Op 6 maart 2015 heeft na een consult bij de huisarts in België een radiologisch onderzoek in het academisch ziekenhuis Maastricht (AZM) plaatsgevonden, gevolgd door een MRI-scan op 8 maart 2015. Op 9 en 11 maart 2015 heeft de echtgenoot van appellante telefonisch contact opgenomen met CAK waarbij is gesproken over een beoogde medische behandeling in Duitsland. Hierbij heeft CAK de echtgenoot gewezen op de toestemmingsprocedure (S009). Op 12 maart 2015 is in het AZM bij appellante borstkanker graad 2 vastgesteld, waarna een behandelvoorstel is gedaan. Appellante heeft vervolgens op 13 maart 2015 een second opinion laten verrichten in het Franziscus Hospital Harderberg in Osnabrück, Duitsland. Tijdens die second opinion is borstkanker graad 3 geconstateerd. Op 20 maart 2015 heeft bij appellante in dit ziekenhuis in Duitsland een borstoperatie plaatsgevonden

en op

25 maart 2015 zijn daar bij haar nog lymfeklieren verwijderd. Vervolgens heeft appellante in dat ziekenhuis nabehandelingen, waaronder bestralingen, ondergaan.

1.3. Op 19 maart 2015 is door middel van een S009-formulier door de Christelijke Mutualiteit Limburg in België ten behoeve van de second opinion van appellante toestemming gevraagd aan CAK. Bij besluit van 1 mei 2015 heeft CAK aan appellante toestemming voor de geplande medische behandeling (second opinion) onthouden, omdat CAK zich slechts bevoegd acht dit te doen als vooraf toestemming is gevraagd. Nu de toestemming niet vooraf is gevraagd, wordt de toestemming geweigerd.

1.4. Bij brief van 1 juli 2015 heeft appellante de rekeningen van de behandelingen in Duitsland, van in totaal € 16.853,13, ingediend bij CAK en gevraagd deze te vergoeden. Bij besluit van 20 juli 2015 heeft CAK dit verzoek afgewezen. Daartoe is overwogen dat appellante naar Duitsland is gegaan voor een medische behandeling, dat het gaat om geplande zorg die niet in haar woonland België of Nederland is genoten en dat appellante vooraf toestemming voor deze behandelingen had moeten vragen. Nu appellante dit niet heeft gedaan, acht CAK zich niet bevoegd om deze medische kosten te vergoeden.

1.5. Bij beslissing op bezwaar van 4 januari 2016 (bestreden besluit) is het bezwaar van appellante tegen het besluit van 20 juli 2015 ongegrond verklaard.

2. De rechtbank Amsterdam heeft het beroep tegen het bestreden besluit ongegrond verklaard. Hiertoe is – kort gezegd – overwogen dat de in Duitsland geplande opname, intake en behandeling in een tijdsverloop van een week geen blijk geeft van acute spoedeisende hulp tijdens het verblijf in Duitsland. Volgens de rechtbank is CAK terecht uitgegaan van geplande medische zorg waarvoor geen toestemming is verleend en als gevolg waarvan terecht is afgezien van toekenning van een vergoeding.

3 Standpunten van partijen

Appellante

3.1. Appellante stelt zich op het standpunt dat – afgezien van de second opinion – bij de behandelingen in Duitsland sprake was van niet geplande zorg. Zij heeft er daarbij op gewezen dat tijdens de geplande second opinion in Duitsland bleek dat sprake was van borstkanker graad 3 en dat een niet geplande noodoperatie nodig was omdat ook uitzaaiingen in de lymfe van de oksel zijn geconstateerd. Dit is ook bevestigd door de verklaring van chefarts dr. A. von der Assen van 19 mei 2015. Volgens appellante was de medische situatie zo spoedeisend dat in redelijkheid niet van haar kon worden verwacht dat zij nog naar Nederland zou terugreizen voor behandeling. Ook kon niet van haar worden verwacht dat zij van tevoren toestemming zou vragen in deze stressvolle situatie. Verder heeft zij zich beroepen op Richtlijn 2011/24/EU (Patiëntenrichtlijn) op grond waarvan de terugbetaling van de kosten voor de behandelingen van extramurale zorg, zoals de bestralingen die tussen

14 april 2015 en 24 juni 2015 hebben plaatsgevonden, niet afhankelijk gesteld mag worden van voorafgaande toestemming.

CAK

3.2.1. Volgens CAK was er geen sprake van verstrekkingen die tijdens het verblijf in Duitsland medisch noodzakelijk zijn geworden. Na de second opinion had het op de weg van appellante gelegen om over het vervolgtraject contact op te nemen met haar arts in Nederland, of om toestemming te vragen voor verdere behandeling in Duitsland. Volgens CAK had appellante gelet op het tijdsverloop tussen de second opinion op 13 maart 2015 en de start van de behandeling op 20 maart 2015, nog tijd om vooraf toestemming te vragen voor de behandeling in Duitsland. Dat appellante hier wellicht door de stressvolle situatie niet aan heeft gedacht of niet aan toe is gekomen, is begrijpelijk, maar maakt niet dat het verzoek om vergoeding van de gemaakte zorgkosten had moeten worden toegewezen zonder een voorafgaand verzoek om toestemming. Bovendien wist appellante dat zij vooraf om toestemming moest vragen. Desgevraagd heeft CAK te kennen gegeven dat als toestemming vooraf is gevraagd, deze toestemming ook achteraf kan worden gegeven als snel handelen noodzakelijk is en door het bevoegde orgaan niet vóór de behandeling toestemming kan worden gegeven. Toestemming moet dan worden gegeven als de behandeling een verstrekking is volgens de wetgeving van het woonland en de betrokkene niet binnen een medisch verantwoorde termijn in het woonland dan wel het bevoegde land kan worden behandeld.

3.2.2. Volgens CAK biedt ook de Patiëntenrichtlijn appellante geen soelaas omdat deze richtlijn niet van toepassing is op verdragsgerechtigden. Appellante is immers geen verzekerde als bedoeld in artikel 3, aanhef en onder b, van die richtlijn, omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden die voor het recht op prestaties worden gesteld volgens de Nederlandse wetgeving. Afgezien daarvan moet bestraling worden aangemerkt als gezondheidszorg die is onderworpen aan eisen inzake planning als bedoeld in artikel 8, tweede lid, aanhef en onder a, sub ii, van de Patiëntenrichtlijn. Dit betekent volgens CAK dat ook voor de bestraling voorafgaande toestemming mag worden verlangd.

3.2.3. Naar aanleiding van het verhandelde ter zitting van de Raad heeft CAK desgevraagd onderzocht of appellante binnen een week na de second opinion van 13 maart 2015 in België behandeld had kunnen worden. De Christelijke Mutualiteit Limburg heeft na overleg met een adviserend arts aan CAK bevestigd dat een behandeling zoals appellante die heeft gehad in maart 2015 op dat moment in principe binnen een week mogelijk was in België. Dit impliceert volgens CAK dat ook als wel vooraf toestemming zou zijn gevraagd, deze had mogen worden geweigerd.

4. Relevante Europese regelgeving met betrekking tot niet geplande en geplande zorg.

4.1. Met betrekking tot niet geplande zorg

4.1.1. *Artikel 19, eerste lid, van Vo 883/2004 luidt als volgt:*

Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, als de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

4.1.2. *Artikel 27, eerste lid, van Vo 883/2004 luidt als volgt:*

Artikel 19 is van overeenkomstige toepassing op degene die pensioen ontvangt krachtens de wetgeving van een of meer lidstaten en die recht heeft op verstrekkingen krachtens de wetgeving van een van de lidstaten die hem zijn pensioen verstrekt, of op zijn gezinsleden,

wanneer zij verblijven in een andere lidstaat dan die waar zij wonen.

4.1.3. *Artikel 25, eerste tot en met derde lid, van Verordening (EG) nr. 987/2009 (Vo 987/2009) luiden als volgt:*

A) Procedure en draagwijdte van het recht

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.

4.1.4. *Besluit S1 van 12 juni 2009 (2010/C 106/08) met betrekking tot de Europese ziekteverzekeringskaart (EHIC); de artikelen 8 tot en met 10 luiden als volgt:*

8. De Europese ziekteverzekeringskaart kan worden gebruikt in alle situaties van tijdelijk verblijf waarin een verzekerde gezondheidszorg nodig heeft, ongeacht het doel van het verblijf, of dat nu toerisme, studie of werk is.

9. De Europese ziekteverzekeringskaart dient als bewijs dat de kaarthouder in de lidstaat waar hij verblijft recht heeft op medische noodzakelijke verstrekkingen die gedaan worden tijdens een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat, met het doel te voorkomen dat de kaarthouder zich gedwongen ziet vóór het einde van het geplande verblijf terug te keren naar de bevoegde staat of de staat waar hij gevestigd is, om de noodzakelijk behandeling te kunnen verkrijgen.

Het doel van dergelijke verstrekkingen is de verzekerde in staat te stellen zijn verblijf voort te zetten onder medisch verantwoorde condities.

10. de Europese ziekteverzekeringskaart verleent geen recht op verstrekkingen in situaties waar het doel van het verblijf het verkrijgen van een medische behandeling is.

4.2. Met betrekking tot geplande zorg

4.2.1. *Artikel 20, eerste en tweede lid, van Vo 883/2004 luiden als volgt:*

1. Tenzij in deze verordening anders bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was.

De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling

behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar de betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.

4.2.2. *Artikel 27, derde tot en met vijfde lid, van Vo 883/2004 luiden als volgt:*

3. Artikel 20 is van overeenkomstige toepassing op een pensioengerechtigde en zijn gezinsleden wanneer zij verblijven in een andere lidstaat dan die waar zij wonen, met het oogmerk om aldaar een voor hun gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan.

4. Tenzij anders bepaald in lid 5, zijn de kosten van de verstrekkingen overeenkomstig de leden 1 tot en met 3 voor rekening van het bevoegde orgaan dat verantwoordelijk is voor de kosten van de aan de pensioengerechtigde in de lidstaat van zijn woonplaats verleende verstrekkingen.

5. De kosten van de in lid 3 bedoelde verstrekkingen zijn voor rekening van het orgaan van de woonplaats van de pensioengerechtigde of zijn gezinsleden, indien die personen wonen in een

lidstaat die heeft gekozen voor vergoeding op basis van vaste bedragen. In die gevallen wordt voor de toepassing van lid 3 het orgaan van de woonplaats van de pensioengerechtigde of van zijn gezinsleden als het bevoegde orgaan beschouwd.

4.2.3. *Artikel 26, eerste en tweede lid, van Vo 987/2009 luiden als volgt:*

A) Toestemmingsprocedure

1. Voor de toepassing van artikel 20, lid 1, van de basisverordening wordt door de verzekerde een door het bevoegde orgaan verstrekt document aan het orgaan van de verblijfplaats overgelegd. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder bevoegd orgaan verstaan het orgaan dat de kosten van de geplande behandeling voor zijn rekening neemt; in de in artikel 20, lid 4, en artikel 27, lid 5, van de basisverordening bedoelde gevallen, waarin de in de lidstaat van de woonplaats toegekende verstrekkingen op basis van vaste bedragen worden vergoed, is het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats.

2. De verzekerde die niet in de bevoegde lidstaat woont verzoekt om de toestemming aan het orgaan van de woonplaats, dat het verzoek onverwijld aan het bevoegde orgaan doorzendt.

In dat geval geeft het orgaan van de woonplaats in een verklaring aan dat in de lidstaat van de woonplaats is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening. De gevraagde toestemming kan door het bevoegde orgaan alleen geweigerd worden indien, in overeenstemming met het oordeel van het orgaan van de woonplaats, in de lidstaat van de woonplaats van de verzekerde niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening, of indien dezelfde behandeling binnen een medisch verantwoorde termijn, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop van de betrokkene, in de bevoegde lidstaat zelf kan worden gegeven. Het bevoegde orgaan stelt het orgaan van de woonplaats in kennis van zijn besluit.

Is binnen de in de nationale wetgeving vastgestelde termijnen geen antwoord ontvangen, dan wordt de toestemming geacht door het bevoegde orgaan te zijn verleend.

5 Geplande of niet geplande zorg?

5.1.1. Niet in geschil is dat appellante op 13 maart 2015 in Duitsland verbleef in verband met een geplande second opinion die op die dag heeft plaatsgevonden. Het geschil spitst zich primair toe op de vraag of bij het medische vervolgtraject, met name de operaties die hebben plaatsgevonden op 20 en 25 maart 2015, sprake was van een situatie van niet geplande zorg zoals hierboven onder 4.1 is weergegeven. Voor deze beoordeling is relevant of in het geval van appellante sprake was van medisch noodzakelijke zorg tijdens het verblijf in Duitsland. Het moet daarbij gaan om zorg die tijdens het verblijf nodig wordt, zodat appellante haar verblijf niet voortijdig hoefde af te breken om behandeling in de woonstaat of, zoals in casu, de bevoegde lidstaat te ondergaan.

5.1.2. Buiten kijf staat dat bij appellante op 13 maart 2015 sprake was van een ernstige medische situatie en dat een operatie noodzakelijk was. De Raad is echter, evenals CAK en de rechtbank, van oordeel dat bij de behandelingen waarvoor vergoeding is gevraagd, geen sprake is geweest van een situatie van niet geplande zorg als bedoeld in artikel 19 van Vo 883/2004. Daarbij wordt van belang geacht dat appellante in Duitsland verbleef aanvankelijk alleen in verband met de second opinion op 13 maart 2015 en dat dit verblijf derhalve beoogd was van zeer korte duur te zijn. Van een situatie dat appellante haar verblijf in Duitsland voortijdig had moeten afbreken om de behandeling in het woonland, België, of de bevoegde lidstaat, Nederland, te ondergaan kan niet worden gesproken. Evenmin is gebleken dat appellante voor de operaties in Duitsland moest blijven en dat zij niet meer kon reizen naar België of Nederland. Ook het tijdsverloop van een week tussen de second opinion en de eerste operatie wijst niet op een dermate spoedeisende situatie dat appellante zich niet meer naar België of Nederland kon begeven. Hieraan kan niet afdoen dat appellante wellicht niet naar Duitsland is gereisd met het oogmerk om daar te worden geopereerd. Zij is immers in ieder geval wel in Duitsland gebleven met het oogmerk om daar de verstrekkingen te ontvangen, terwijl van een situatie als bedoeld in artikel 19 van Vo 883/2004 geen sprake was.

5.1.3. Dit betekent volgens de Raad dat de medische behandelingen waarvoor in dit geding vergoeding is gevraagd, vallen onder geplande zorg als bedoeld in artikel 20 van Vo 883/2004. Nu in de verordeningen 883/2004 en 987/2009 geen onderscheid wordt gemaakt tussen intra- of extramurale zorg was voor alle behandelingen de onder 4.2 vermelde toestemmingsprocedure aangewezen. Niet in geschil is dat appellante alleen vooraf toestemming heeft gevraagd voor de second opinion. Voor de overige behandelingen is geen toestemming vooraf gevraagd. De Raad laat in het midden of alleen het ontbreken van een voorafgaand verzoek al voldoende zou zijn voor CAK om de vergoeding van de kosten te mogen weigeren. Tijdens de procedure bij de Raad is immers gebleken dat ook als wel tijdig toestemming zou zijn gevraagd, deze door CAK geweigerd had kunnen worden. Volgens de verklaring van de Belgische verzekeringsinstelling, Christelijke Mutualiteit Limburg, was dezelfde behandeling binnen dezelfde termijn in België mogelijk geweest. Hoewel de verklaring niet nader is onderbouwd, heeft de Raad geen aanleiding gezien om aan de juistheid van die verklaring te twijfelen. Geconcludeerd wordt dan ook dat niet is voldaan aan de vereisten die in beide verordeningen worden gesteld aan het verkrijgen van verstrekkingen bij geplande zorg in een andere lidstaat dan het woon- en pensioenland voor rekening van Nederland.

5.1.4. De Raad is dan ook van oordeel dat CAK op basis van Vo 883/2004 en Vo 987/2009 niet verplicht was tot vergoeding van de gemaakte kosten over te geven.

6 Richtlijn 2011/24/EU (Patiëntenrichtlijn)

Regelgeving

6.1.1. Artikel 3, aanhef en onder b, sub i, luidt als volgt:

Voor de toepassing van deze richtlijn wordt verstaan onder:

b) „verzekerden“:

i) personen, inclusief hun gezinsleden en nabestaanden, die onder artikel 2 van Verordening (EG) nr. 883/2004 vallen en verzekerd zijn in de zin van artikel 1, onder c), van die verordening.

6.1.2. Artikel 3, aanhef en onder c, sub i, luidt als volgt:

Voor de toepassing van deze richtlijn wordt verstaan onder:

c) „lidstaat van aansluiting“:

i) voor de onder b), i), bedoelde personen: de lidstaat die overeenkomstig Verordening (EG) nr. 883/2004 en Verordening (EG) nr. 987/2009 bevoegd is tot het aan een verzekerde verlenen van voorafgaande toestemming om een passende behandeling te ondergaan buiten de lidstaat waar deze woonachtig is.

6.1.3. Artikel 7, eerste lid, luidt als volgt:

Onverminderd Verordening (EG) nr. 883/2004 en behoudens de artikelen 8 en 9 waarborgt de lidstaat van aansluiting dat de kosten van de verzekerde die grensoverschrijdende gezondheidszorg heeft ontvangen, worden terugbetaald, indien de betrokken zorg deel uitmaakt van de prestaties waarop de verzekerde uit hoofde van de wetgeving van de lidstaat van aansluiting recht heeft.

6.1.4. Artikel 8, eerste en tweede lid, luidt als volgt:

1. De lidstaat van aansluiting kan voorzien in een systeem van voorafgaande toestemming voor de terugbetaling van kosten van grensoverschrijdende gezondheidszorg overeenkomstig dit artikel en artikel 9. Het systeem van voorafgaande toestemming, met inbegrip van criteria en de toepassing daarvan alsook individuele besluiten waarbij voorafgaande toestemming wordt geweigerd, wordt beperkt tot hetgeen noodzakelijk en evenredig is om het doel te bereiken, en mag geen middel tot willekeurige discriminatie of een ongerechtvaardigde belemmering voor het vrije verkeer van patiënten vormen.
2. De gezondheidszorg waarvoor voorafgaande toestemming mag worden verlangd, wordt beperkt tot gezondheidszorg die:
 - a) is onderworpen aan eisen inzake planning waarmee wordt beoogd om een toereikende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van hoogwaardige behandeling in de betrokken lidstaat te waarborgen of de wens om de kosten in de hand te houden en elke verspilling van financiële, technische en menselijke middelen zoveel mogelijk te voorkomen, en:

- i) waarvoor de betrokken patiënt ten minste één nacht in het ziekenhuis moet verblijven, of
 - ii) zeer gespecialiseerde en kostenintensieve medische infrastructuur of apparatuur vereist is;
- b) behandeling met zich meebrengt die een bijzonder risico voor de patiënt of de bevolking inhoudt, of (...).

De lidstaten melden de onder a) bedoelde categorieën gezondheidszorg aan de Commissie.

De toepasselijkheid van de Patiëntenrichtlijn op verdragsgerechtigden

6.2.1. Appellante heeft zich beroepen op de Patiëntenrichtlijn, volgens welke richtlijn bij grensoverschrijdende zorg in beginsel geen toestemming is vereist en slechts in bepaalde gevallen toestemming voor behandeling mag worden gevraagd.

6.2.2. CAK is van mening dat de Patiëntenrichtlijn niet van toepassing is op verdragsgerechtigden die zorg genieten buiten de woon- en/of pensioenstaat. Volgens CAK is de richtlijn alleen van toepassing op personen die volgens een nationaal wettelijk ziektekostenstelsel verzekerd zijn en dus niet op verdragsgerechtigden die via Vo 883/2004 recht hebben op verstrekkingen. CAK verwijst hiervoor naar artikel 3 aanhef en onder b, sub i, van de richtlijn, op grond waarvan voor de toepassing van de richtlijn onder "verzekerden" wordt verstaan personen, inclusief hun gezinsleden en nabestaanden, die onder artikel 2 van Verordening (EG) nr. 883/2004 vallen en verzekerd zijn in de zin van artikel 1, onder c), van die verordening".

6.2.3. Artikel 1, onder c van Vo 883/2004 luidt als volgt:

Voor de toepassing van deze verordening wordt onder "verzekerde", ten aanzien van de onder titel III, hoofdstukken 1 en 3, vallende takken van sociale zekerheid, verstaan iedere persoon die voldoet aan de voorwaarden die voor het recht op prestaties worden gesteld door de wetgeving van de uit hoofde van titel II bevoegde lidstaat, met inachtneming van de bepalingen van de verordening.

6.2.4. Volgens CAK is appellante geen "verzekerde" als in deze bepalingen bedoeld, omdat zij niet verzekerd is op grond van de Nederlandse wettelijke zorgregelingen (de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet).

6.3.1. De vraag of appellante onder de personele werkingssfeer van de Patiëntenrichtlijn valt, is volgens de Raad niet zonder redelijke twijfel te beantwoorden.

6.3.2. Niet in geschil is dat appellante onder de personele werkingssfeer van Vo 883/2004 valt. Van belang is wat wordt bedoeld met het begrip "verzekerde" als gedefinieerd in artikel 1, onder c van Vo 883/2004. Voor prestaties bij ziekte als hier aan de orde wordt volgens die bepaling onder "verzekerde" verstaan iedere persoon die voldoet aan de voorwaarden die voor het recht op prestaties worden gesteld door de wetgeving van de uit hoofde van titel II bevoegde lidstaat, met inachtneming van de bepalingen van de verordening.

6.3.3. Zoals het Hof in zijn rechtspraak meermaals heeft bevestigd, zijn in titel III, hoofdstuk 1 van Vo 883/2004 bijzondere aanknopingsregels geformuleerd die in bepaalde gevallen afwijken van de algemene aanwijsregels in titel II om te kunnen uitmaken welk orgaan de in de betreffende artikelen bedoelde prestaties moet leveren en welke wetgeving van toepassing is (bijvoorbeeld het arrest van het Hof van 14 oktober 2010, Van Delft e.a., C-345/09, punten 38 en 48). Uitgangspunt is dat verzekerden, gepensioneerden en hun gezinsleden medische zorg kunnen ontvangen in de lidstaat waar ze wonen. Deze lidstaat verleent de zorg volgens de eigen wetgeving. De kosten van die medische zorg komen voor rekening van de bevoegde lidstaat. Afdeling 1 van hoofdstuk 1 van titel III heeft betrekking op de verzekerden en afdeling 2 van hoofdstuk 1 van titel III op de pensioengerechtigden. In Vo 883/2004 is dus een onderscheid gemaakt tussen verzekerden en pensioengerechtigden, zij het dat bepaalde artikelen met betrekking tot verzekerden van overeenkomstige toepassing zijn verklaard op pensioengerechtigden. In dat verband kan worden gewezen op artikel 27, derde lid, van Vo 883/2004 waarin is bepaald dat artikel 20 van Vo 883/2004 van overeenkomstige toepassing is op een pensioengerechtigde en zijn gezinsleden wanneer zij verblijven in een andere lidstaat dan die waar zij wonen, met het oogmerk om aldaar een voor hun gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan. Het is de Raad niet geheel duidelijk of met deze overeenkomstige toepassing een gelijkstelling is beoogd van pensioengerechtigden met verzekerden als hier aan de orde en dat hierdoor onder het begrip "verzekerde" in artikel 1, onder c van Vo 883/2004 ook de pensioengerechtigde als bedoeld in titel III, hoofdstuk 1, afdeling 2 moet worden begrepen.

6.3.4. Aan de juistheid van de stelling van CAK dat het begrip "verzekerde" alleen kan slaan op de naar Nederlands recht verzekerde voor de ziektekosten, wordt door de Raad ook in ander opzicht getwijfeld. In dat kader wordt verwezen naar rechtspraak van het Hof (bijvoorbeeld het arrest Van Delft e.a. en het arrest van 4 juni 2015, Fischer-Lintjens, C-543/13) waarin een verdragsgerechtigde als appellante is aangeduid als "sociaal verzekerde" en op grond waarvan zou kunnen worden aangenomen dat het begrip "verzekerde" in Vo 883/2004 een ruimere betekenis heeft dan alleen een persoon die naar nationaal recht verzekerd is.

6.3.5. Voor een ruimere uitleg dan door CAK wordt voorgestaan, pleit volgens de Raad ook de definitie van "de lidstaat van aansluiting" in artikel 3, onder c, sub i, van de Patiëntenrichtlijn. Hierin is bepaald dat de lidstaat van aansluiting voor de onder artikel 3, onder b), i) bedoelde personen de lidstaat is die overeenkomstig Vo 883/2004 en Vo 987/2009 bevoegd is tot het aan een verzekerde verlenen van voorafgaande toestemming om een passende behandeling te ondergaan buiten de lidstaat waar deze woonachtig is. Ook artikel 7 van de Patiëntenrichtlijn lijkt erop te wijzen dat de richtlijn ook van toepassing kan zijn op verdragsgerechtigde gepensioneerden.

6.3.6. Voor zover geoordeeld wordt dat gepensioneerde verdragsgerechtigden onder het begrip "verzekerde" van artikel 1, sub c, van Vo 883/2004 vallen, moet in het onderhavige geval Nederland als lidstaat van aansluiting worden aangemerkt. Nederland is immers volgens Vo 883/2004 en 987/2009 de bevoegde lidstaat voor het verlenen van voorafgaande toestemming voor een geplande behandeling buiten het woonland.

6.3.7. Meer in het algemeen ziet de Raad, anders dan CAK, geen duidelijke rechtvaardiging voor de uitsluiting van verdragsgerechtigden van de Patiëntenrichtlijn. Het doel van de richtlijn is immers om de belemmeringen voor de verlening van grensoverschrijdende gezondheidszorg zo veel mogelijk weg te nemen en dus het vrij verkeer van patiënten binnen de Europese Unie te vergemakkelijken. Het

mechanisme dat in de richtlijn wordt gevoerd is gebaseerd op de beginselen van het vrije verkeer en bouwt voort op de uitgangspunten van de arresten van het Hof van Justitie. Het recht op vergoeding van kosten van in een andere lidstaat verleende gezondheidszorg door het wettelijk socialezekerheidsstelsel waarbij patiënten verzekerd zijn, is door het Hof in diverse arresten erkend. Het Hof heeft geoordeeld dat de vrijheid van dienstverrichting de vrijheid impliceert van ontvangers van diensten, waaronder zij die geneeskundige behandeling behoeven, om zich met het oog daarop naar een andere lidstaat te begeven. Blijkens overweging 29 van de Patiëntenrichtlijn is beoogd dat ook patiënten die zich in andere omstandigheden bevinden dan die waarop Vo 883/2004 van toepassing is, en zich voor gezondheidszorg naar een andere lidstaat begeven, van de beginselen van het vrije verkeer van patiënten, diensten en goederen overeenkomstig het VWEU en deze richtlijn moeten kunnen genieten. Voor de patiënten dienen beide stelsels coherent te zijn; ofwel is deze richtlijn van toepassing ofwel zijn de coördinatie verordeningen van toepassing (overweging 30). De Raad ziet niet dat met de richtlijn is beoogd aan gepensioneerde verdragsgerechtigden de bescherming voor grensoverschrijdende gezondheidszorg te onthouden. Hoewel de rechtspraak van het Hof in het kader van het vrij verkeer van diensten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, voor zover de Raad bekend, betrekking had op personen die in de lidstaat van aansluiting daadwerkelijk verzekerd waren, is de Raad er niet van overtuigd dat deze rechtspraak niet ook van belang kan zijn in het kader van de beperking van het vrij verkeer van deze diensten bij gepensioneerde verdragsgerechtigden. Ook de tekst van de richtlijn lijkt geen wezenlijke aanknopingspunten te bieden voor een beoogde beperking van grensoverschrijdende gezondheidszorg bij deze verdragsgerechtigden.

Verenigbaarheid toestemmingsvereiste met Patiëntenrichtlijn

6.4.1. Voor het geval de Patiëntenrichtlijn wel van toepassing zou zijn, betoogt CAK dat terugbetaling van de kosten van de behandelingen in Duitsland geweigerd kan worden omdat deze behandelingen aan voorafgaande toestemming mochten worden onderworpen. De twee operaties vallen onder artikel 8, tweede lid, aanhef en onder a, sub i van deze richtlijn, maar ook de bestralingen vallen volgens CAK onder zorg zoals bedoeld in artikel 8, tweede lid, aanhef en onder a, sub ii, van de richtlijn.

6.4.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de kosten die verband houden met de zorg waarvoor appellante meer dan één nacht in het ziekenhuis heeft verbleven in de periode van 19 maart 2015 tot en met 30 maart 2015, zorg is die valt onder artikel 8, tweede lid, aanhef en onder a, sub i van de Patiëntenrichtlijn. Dit is derhalve zorg die ook volgens de richtlijn onderworpen mag worden aan het toestemmingsvereiste.

6.4.3. Volgens appellante is de nabehandeling, waaronder de bestralingstherapie, geen zorg die aan voorafgaande toestemming mag worden onderworpen. De Raad onderschrijft dit standpunt. CAK heeft bovendien ten aanzien van de bestralingen desgevraagd niet onderbouwd dat deze therapie gezondheidszorg is die valt onder artikel 8, tweede lid, aanhef en onder a, sub ii van de richtlijn. Voorts is deze vorm van zorg niet gemeld bij de Commissie, zoals voorgeschreven in artikel 8, tweede lid, laatste zin van de richtlijn.

7 De toepassing van artikel 56 van het VWEU

7.1. Voor zover het Hof van oordeel is dat appellante niet valt onder de personele werkingssfeer van de Patiëntenrichtlijn, komt de vraag op of artikel 56 van het VWEU, mede met het oog op het evenredigheidsbeginsel, in de weg staat aan de belemmering die een verdragsgerechtigde ondervindt bij het ontvangen van grensoverschrijdende extramurale gezondheidszorg buiten de woon- en pensioenstaat, en aan de belemmering die dienstverleners ondervinden bij het verlenen van grensoverschrijdende zorg aan verdragsgerechtigden. De door appellante ervaren belemmering is een rechtstreeks gevolg van het feit dat zij zich met een Nederlands pensioen buiten Nederland heeft gevestigd en dat Nederland, als pensioenland, aan verdragsgerechtigden voor grensoverschrijdende extramurale gezondheidszorg buiten de woon- en pensioenstaat geen vergoeding toekent, behoudens na verleende toestemming. Personen die naar nationaal recht in Nederland verzekerd zijn voor ziektekosten, ontvangen, afhankelijk van de specifieke polisvoorwaarden van de verschillende verzekeraars, vaak wel een vergoeding voor grensoverschrijdende extramurale zorg.

7.2. Zoals onder 6.3.7. is uiteengezet, heeft de Raad geen aanknopingspunten gevonden voor een rechtvaardiging van de omschreven belemmering. Gesteld noch gebleken is dat de belemmering noodzakelijk is om het financieel evenwicht van het Nederlandse zorgstelsel te waarborgen. Appellante betaalt een bijdrage aan Nederland voor de zorg die zij als verdragsgerechtigde kan ontvangen. Als de zorg in Nederland zou zijn ontvangen, dan zou deze ook zijn vergoed. Verder zouden er voor de Nederlandse staat ook kosten gemoeid zijn geweest met haar behandeling als zij dezelfde zorg in België had betrokken.

8. De hiervoor weergegeven overwegingen geven de Raad aanleiding vragen voor te leggen aan het Hof met betrekking tot de uitleg van Richtlijn 2011/24/EU en artikel 56 van het VWEU.

BESLISSING

De Centrale Raad van Beroep

- verzoekt het Hof bij wijze van prejudiciële beslissing als bedoeld in artikel 267 van het VWEU uitspraak te doen over de volgende vragen:

1. Moet Richtlijn 2011/24/EU aldus worden uitgelegd dat personen bedoeld in artikel 24 van Verordening (EG) nr. 883/2004, die in het woonland voor rekening van Nederland verstrekkingen ontvangen, maar die in Nederland niet verzekerd zijn krachtens de wettelijke ziektekostenverzekeringen, zich rechtstreeks kunnen beroepen op die richtlijn voor het toekennen van vergoeding van kosten van verleende zorg?

Zo nee,

2. Volgt uit artikel 56 van het VWEU dat in een geval als het onderhavige het niet toekennen van een vergoeding voor in een andere lidstaat dan het woon- of pensioenland verleende zorg, een ongerechtvaardigde belemmering vormt voor het vrij verkeer van diensten?

- houdt de verdere behandeling van het geding aan totdat het Hof uitspraak zal hebben gedaan.

Deze uitspraak is gedaan door M.M. van der Kade als voorzitter en E.E.V. Lenos en M.A.H. van Dalen-van Bekkum als leden, in tegenwoordigheid van M.D.F. de Moor als griffier. De beslissing is uitgesproken in het openbaar op 22 augustus 2019.

(getekend) M.M. van der Kade

(getekend) M.D.F. de Moor

md