

**B.S.M. Smits, căsătorită Geraets,
împotriva
Stichting Ziekenfonds VGZ
și
H.T.M. Peerbooms
împotriva
Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen**

(cerere de pronunțare a unei hotărâri preliminare,
formulată de Arrondissementsrechtbank te Roermond)

„Libertatea de a presta servicii – Articolul 59 din Tratatul CE (devenit, după
modificare, articolul 49 CE) și articolul 60 din Tratatul CE (devenit articolul 50 CE) –
Asigurare de boală – Sistem de prestații în natură – Sistem de acorduri –
Cheltuieli de spitalizare efectuate în alt stat membru –
Autorizație prealabilă – Criterii – Justificări”

HOTĂRÂREA CURȚII
12 iulie 2001*

Cauza C-157/99

În cauza C-157/99,

având ca obiect o cerere adresată Curții, în temeiul articolului 177 din Tratatul CE (devenit
articolul 234 CE), de Arrondissementsrechtbank te Roermond (Țările de Jos) pentru
pronunțarea, în litigiile pendinte în fața acestei instanțe, între

**B.S.M. Smits, căsătorită Geraets,
și
Stichting Ziekenfonds VGZ**

și între

**H. T. M. Peerbooms
și
Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen,**

a unei hotărâri preliminare privind interpretarea articolului 59 din Tratatul CE (devenit,
după modificare, articolul 49 CE) și a articolului 60 din Tratatul CE (devenit
articolul 50 CE),

* Limba de procedură: olandeza.

CURTEA,

compusă din domnii G. C. Rodríguez Iglesias, președinte, C. Gulmann, A. La Pergola (raportor), M. Wathelet și V. Skouris, președinți de cameră, D. A. O. Edward, J.-P. Puissechet, P. Jann, L. Sevón, R. Schintgen și doamna F. Macken, judecători,

avocat general: domnul D. Ruiz-Jarabo Colomer,

grefier: doamna L. Hewlett, administrator,

după examinarea observațiilor scrise prezentate:

– pentru Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, de doamna E. P. H. Verdeuzeldonk, în calitate de agent,

– pentru Guvernul Țărilor de Jos, de domnul M. A. Fierstra, în calitate de agent,

– pentru guvernul belgian, de doamna A. Snoecx, în calitate de agent,

– pentru guvernul danez, de domnul J. Molde, în calitate de agent,

– pentru guvernul german, de domnii W.-D. Plessing și C.-D. Quassowski, în calitate de agenți,

– pentru guvernul francez, de doamnele K. Rispal-Bellanger și C. Bergeot, în calitate de agenți,

– pentru guvernul irlandez, de domnul M. A. Buckley, în calitate de agent, asistat de domnul D. Barniville, BL,

– pentru guvernul portughez, de domnii L. Fernandes și P. Borges, în calitate de agenți,

– pentru guvernul finlandez, de doamnele T. Pynnä și E. Bygglin, în calitate de agenți,

– pentru guvernul suedez, de doamna L. Nordling, în calitate de agent,

– pentru Guvernul Regatului Unit, de doamna M. Ewing, în calitate de agent, asistată de doamna S. Moore, barrister,

– pentru guvernul islandez, de domnul E. Gunnarsson și doamna V. Hauksdóttir, în calitate de agenți,

– pentru guvernul norvegian, de domnul H. Seland, în calitate de agent,

– pentru Comisia Comunităților Europene, de domnii P. Hillenkamp, P. J. Kuijper și H. M. H. Speyart, în calitate de agenți,

având în vedere raportul de ședință,

după ascultarea observațiilor orale prezentate de Stichting Ziekenfonds VGZ, reprezentată de către H. G. Sevenster, J. K. de Pree și E. H. Pijnacker Hordijk, avocatul, de Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, reprezentată de doamna E. P. H. Verdeuzeldonk, de Guvernul Țărilor de Jos, reprezentat de domnul M. A. Fierstra, de guvernul danez, reprezentat de domnul J. Molde, de guvernul german, reprezentat de domnul W.-D. Plessing, de guvernul francez, reprezentat de doamna C. Bergeot, de guvernul irlandez, reprezentat de domnul D. Barniville, de guvernul austriac, reprezentat de domnul G. Hesse, în calitate de agent, de guvernul finlandez, reprezentat de doamna E. Bygglin, de guvernul suedez, reprezentat de domnul A. Kruse, în calitate de agent, de Guvernul Regatului Unit, reprezentat de doamna E. Ewing, asistată de doamna S. Moore, de guvernul islandez, reprezentat de domnul E. Gunnarsson, și de Comisie, reprezentată de domnul H. M. H. Speyart, în ședința din 4 aprilie 2000,

după ascultarea concluziilor avocatului general, prezentate în ședința din 18 mai 2000,

pronunță prezenta

Hotărâre

1 Prin Ordonanța din 28 aprilie 1999, primită la Curte la 30 aprilie 1999, Arrondissementsrechtbank te Roermond a adresat, în temeiul articolului 177 din Tratatul CE (devenit articolul 234 CE), două întrebări preliminare privind interpretarea articolului 59 din Tratatul CE (devenit, după modificare, articolul 49 CE) și a articolului 60 din Tratatul CE (devenit articolul 50 CE).

2 Aceste întrebări au fost adresate în cadrul a două litigii între, pe de o parte, doamna Smits, căsătorită Geraets, și Stichting Ziekenfonds VGZ (denumită în continuare „Stichting VGZ”) și, pe de altă parte, domnul Peerbooms și Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen (denumită în continuare „Stichting CZ”), privind rambursarea cheltuielilor de spitalizare efectuate în Germania și, respectiv, Austria.

Cadrul juridic național

3 În Țările de Jos, sistemul asigurărilor de boală se bazează, în principal, pe Ziekenfondswet (lege privind casele de asigurări de boală) din 15 octombrie 1964 (Staatsblad 1964, nr. 392, modificată ulterior, denumită în continuare „ZFW”), privind Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (lege privind asigurarea generală pentru cheltuielile speciale în caz de boală) din 14 decembrie 1967 (Staatsblad 1967, nr. 617, modificată ulterior, denumită în continuare „AWBZ”), și privind Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (lege privind accesul la asigurările de boală, denumită în continuare „WTZ”). Atât ZFW, cât și AWBZ introduc un regim de prestații în natură, în temeiul căruia asigurații nu au dreptul la rambursarea cheltuielilor efectuate pentru îngrijiri medicale, ci la îngrijirile în sine, oferite gratuit. Aceste două legi au la bază un sistem de acorduri între casele de asigurări de boală și prestatorii care oferă servicii de îngrijire a sănătății. WTZ introduce, în schimb, un regim de rambursare a cheltuielilor asiguraților și nu se bazează pe un sistem de acorduri.

4 Din articolele 2-4 din ZFW rezultă că sunt asigurați în mod obligatoriu și automat, în temeiul acestei ultime legi, lucrătorii al căror venit anual nu depășește un plafon stabilit de lege (având o valoare de 60 750 NLG în 1997), persoanele asimilate acestora și persoanele care beneficiază de asigurări sociale, precum și membrii familiei, care sunt în grija acestora și care aparțin gospodăriei lor.

5 În temeiul articolului 5 alineatul (1) din ZFW, orice persoană care intră sub incidența domeniului său de aplicare și care dorește să își susțină un drept în temeiul acestei legi trebuie să se înscrie la o casă de asigurări de boală care își desfășoară activitatea în localitatea în care aceasta își are reședința.

6 Articolul 8 din ZFW prevede:

„1. Asigurații au dreptul la prestații care constau în asigurarea îngrijirilor medicale necesare, în măsura în care, în ceea ce privește îngrijirile respective, aceștia nu au niciun drept la astfel de îngrijiri în temeiul Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [...]. Casele de asigurări de boală veghează ca asigurații înscriși în cadrul acestora să își poată susține acest drept.

2. Natura, conținutul și sfera de aplicare a prestațiilor sunt definite de un decret regal sau în temeiul unui astfel de decret, înțelegându-se că acestea includ, în orice caz, asistența medicală, a cărei sferă de aplicare urmează să fie definită, precum și îngrijirile și tratamentul asigurate în categoriile de instituții care urmează a fi definite. În plus, acordarea unei prestații poate să fie subordonată unei contribuții financiare din partea asiguratului; această contribuție nu trebuie să fie identică pentru toți asigurații.

[...]”

7 Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering (decret referitor la prestațiile în natură în temeiul asigurării de boală), din 4 ianuarie 1966 (Staatsblad 1966, nr. 3, modificat ulterior,

denumit în continuare „Verstrekkingsbesluit”), asigură punerea în aplicare a articolului 8 alineatul (2) din ZFW.

8 Verstrekkingsbesluit stabilește, astfel, drepturile la prestații și sfera lor de aplicare pentru diverse categorii de îngrijiri, printre care se numără, în special, categoriile intitulate „asistență medicală și chirurgicală” și „spitalizare și ședere în unitățile spitalicești”.

9 Conform articolului 2 alineatul (3) din Verstrekkingsbesluit, dreptul la o prestație nu poate fi susținut decât în cazul în care asiguratul, având în vedere nevoile sale și în perspectiva unei terapii eficiente, nu are altă soluție rezonabilă decât să solicite o prestație cu o natură, un conținut și o sferă de aplicare de acest tip.

10 În temeiul articolului 3 din Verstrekkingsbesluit, categoria de îngrijiri medicale și chirurgicale presupune îngrijirile oferite de un medic generalist și un medic specialist, a căror „sferă de aplicare este stabilită în funcție de practicile uzuale din mediile profesionale în cauză”.

11 În ceea ce privește spitalizarea și șederea în unitățile spitalicești, articolele 12 și 13 din Verstrekkingsbesluit prevăd, pe de o parte, că acestea pot presupune, în special, un examen medical, chirurgical și obstetric, un tratament și îngrijiri și, pe de altă parte, că trebuie să existe dovezi care să justifice spitalizarea. Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering (decret privind îngrijirile oferite în unitățile spitalicești în cadrul asigurării de boală), din 6 februarie 1969 (Nederlandse Staatscourant 1969, nr. 50), stabilește cazurile în care se constată o dovadă care justifică spitalizarea.

12 ZFW este aplicată de casele de asigurări de boală, care sunt persoane juridice autorizate de ministru în conformitate cu articolul 34 din ZFW. Ziekenfondsraad are sarcina de a consilia și de a informa ministrul responsabil, precum și de a supraveghea gestionarea și administrarea caselor de asigurări de boală. În cazul unei reclamații care vizează obținerea unei decizii din partea unei case de asigurări de boală în privința dreptului la o prestație, această casă de asigurări de boală este obligată să solicite avizul Ziekenfondsraad înainte de a se pronunța cu privire la reclamație.

13 ZFW prevede introducerea unui sistem de acorduri, care are următoarele trăsături principale.

14 Articolul 44 alineatul (1) din ZFW prevede că casele de asigurări de boală „încheie acorduri cu persoane și instituții care pot oferi una sau mai multe forme de îngrijire, precum cele prevăzute în decretul regal adoptat în temeiul articolului 8”.

15 Conform articolului 44 alineatul (3) din ZFW, astfel de acorduri trebuie să includă cel puțin dispoziții care privesc natura și întinderea obligațiilor și drepturilor pe care le au părțile una față de cealaltă, tipurile de îngrijire oferite, calitatea și eficacitatea îngrijirilor oferite, controlarea respectării acordului, inclusiv supravegherea prestațiilor furnizate sau

care urmează să fie furnizate, și acuratețea sumelor percepute pentru aceste prestații, precum și obligația de a comunica informațiile necesare pentru acest control.

16 În schimb, aceste acorduri nu se referă la tarifele serviciilor de îngrijire a sănătății, a căror stabilire este reglementată exclusiv de Wet tarieven gezondheidszorg (lege privind tarifele serviciilor de îngrijire a sănătății). Conform explicațiilor furnizate de Guvernul Țărilor de Jos, acest lucru nu înseamnă totuși că nu poate fi încheiat niciun acord privind costurile între casele de asigurări de boală și prestatorii de servicii de îngrijire medicală. Toți factorii care au o influență asupra nivelului costurilor și asupra bugetului unităților spitalicești ar putea face obiectul unui acord între părți.

17 Casele de asigurări de boală au libertatea de a încheia convenții cu orice prestator de servicii de îngrijire, sub două rezerve. Pe de o parte, din articolul 47 din ZFW rezultă că orice casă de asigurare de boală „este obligată să încheie un acord [...] cu orice unitate situată în regiunea în care aceasta își desfășoară activitățile sau la care apelează, de regulă, populația din regiunea respectivă”. Pe de altă parte, nu pot fi încheiate acorduri decât cu unitățile autorizate în mod corespunzător să furnizeze îngrijirile în cauză sau cu persoane care sunt abilitate legal în acest sens.

18 În conformitate cu articolul 8a din ZFW:

„1. O unitate care prestează servicii precum cele prevăzute la articolul 8 trebuie să dispună de o autorizație în acest scop.

2. Un decret regal poate să prevadă că o unitate aparținând unei categorii care urmează să fie definită de un decret regal este considerată ca fiind autorizată în sensul acestei legi. [...]”

19 Din articolul 8c litera (a) din ZFW rezultă că autorizarea unei unități care administrează spitale trebuie să fie refuzată în cazul în care această unitate nu îndeplinește cerințele din Wet ziekenhuisvoorzieningen (lege privind echipamentele din spitale) în materie de repartizare și de necesități. Această lege, directivele sale de aplicare (în special directiva care se bazează pe articolul 3 din legea respectivă, Nederlandse Staatscourant 1987, nr. 248), precum și planurile locale stabilesc mai detaliat necesitățile naționale în ceea ce privește diversele categorii de unități spitalicești, precum și repartizarea lor între diversele regiuni definite în cadrul teritoriului olandez în materie de sănătate.

20 În privința punerii în aplicare concrete a dreptului la prestații, articolul 9 din ZFW prevede:

„1. Asiguratul, care dorește să își susțină dreptul la prestații, se adresează, în acest scop, cu excepția cazurilor enumerate în decretul regal prevăzut la articolul 8 alineatul (2), unei persoane sau unei unități cu care casa de asigurare de boală la care acesta este înscris a încheiat un acord în acest scop, sub rezerva dispozițiilor de la alineatul (4).

2. Asiguratul are libertatea de a alege dintre persoanele și unitățile prevăzute la alineatul (1), sub rezerva dispozițiilor de la alineatul (5) și a celor referitoare la transportul cu ambulanța, în sensul Wet ambulancevervoer [(lege privind transportul cu ambulanța), Staatsblad 1971, nr. 369].

3. [abrogat]

4. O casă de asigurări de boală poate, prin derogare de la dispozițiile alineatelor (1) și (2), să autorizeze un asigurat să se adreseze, pentru a-și susține dreptul la prestații, altei persoane sau altei unități din Țările de Jos, în cazul în care tratamentul medical necesită acest lucru. Ministrul nostru poate stabili în ce cazuri și în ce condiții un asigurat poate fi autorizat să se adreseze, pentru a-și susține dreptul la prestații, unei persoane sau unei unități din afara Țărilor de Jos.

[...]"

21 Ministrul a utilizat competența care îi era conferită prin articolul 9 alineatul (4) ultima teză din ZFW, adoptând Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering (regulament privind îngrijirile furnizate în străinătate în cadrul asigurării de boală), din 30 iunie 1988 (Nederlandse Staatscourant 1988, nr. 123, denumită în continuare „Rhbz”). Articolul 1 din Rhbz prevede:

„O casă de asigurări de boală poate să autorizeze un asigurat să se adreseze, pentru a-și susține dreptul la prestații, unei persoane sau unei unități din afara Țărilor de Jos, în cazul în care casa de asigurări de boală constată că tratamentul medical necesită acest lucru.”

22 Instanța de trimitere afirmă că, din jurisprudența Centrale Raad van Beroep (instanță olandeză de apel în materie socială), referitoare la cererile de obținere a autorizației de a beneficia de tratamente medicale în străinătate, în vederea asigurării acestora în temeiul ZFW, rezultă că, în această privință, este necesar să se verifice îndeplinirea a două condiții.

23 În primul rând, este necesar ca tratamentul în cauză să poată fi considerat o prestație asigurată în sensul articolului 8 din ZFW și al Verstrekkingenbesluit. Astfel cum s-a menționat anterior, criteriul aplicabil în acest scop este, în temeiul articolului 3 din Verstrekkingenbesluit, cel care privește caracterul „uzual în mediile profesionale în cauză” al tratamentului avut în vedere (a se vedea Decizia adoptată de Centrale Raad van Beroep la 23 mai 1995, RZA 1995, nr. 126). Centrale Raad van Beroep a considerat, de exemplu, în privința unui tratament special oferit în Germania, că acesta din urmă „are o bază care nu este (încă) suficient recunoscută în mediile științifice și, conform concepțiilor actuale din Țările de Jos, este considerat ca fiind experimental” (Decizia din 19 decembrie 1997, RZA 1998, nr. 48). Astfel, ar reieși din jurisprudență că, în practică, se face referire la concepțiile care prevalează în mediile profesionale olandeze pentru a stabili dacă un tratament poate fi considerat ca fiind uzual și nu experimental.

24 În al doilea rând, trebuie să se stabilească dacă tratamentul respectiv este necesar pentru tratamentul medical al asiguratului, în sensul articolului 9 alineatul (4) din ZFW și al articolului 1 din Rhbz. În această privință, instanța de trimitere precizează că, în practică, este necesar să se țină seama de metodele de tratament disponibile în Țările de Jos (a se vedea, în special, Decizia adoptată de Centrale Raad van Beroep la 13 decembrie 1994, RZA 1995, nr. 53) și să se verifice dacă este posibilă furnizarea în timp util a unui tratament adecvat în Țările de Jos.

Acțiunile principale

Cauza Smits

25 Doamna Smits suferă de boala Parkinson. Prin scrisoarea din 5 septembrie 1996, aceasta a solicitat din partea Stichting VGZ rambursarea unor cheltuieli legate de îngrijirile primite la clinica Elena-Klinik din Cassel (Germania) în cadrul unui tratament diferențiat și multidisciplinar al acestei boli. Această metodă implică, în special, examene și îngrijiri cu scopul de a stabili tratamentul medicamentos optim, tratamente de fizioterapie și de ergoterapie, precum și un sprijin de natură socio-psihologică.

26 Prin Deciziile din 30 septembrie și 28 octombrie 1996, Stichting VGZ i-a precizat doamnei Smits faptul că nu i se va acorda nicio rambursare în temeiul ZFW. Acest refuz era motivat de faptul că un tratament mulțumitor și adecvat al bolii Parkinson era disponibil în Țările de Jos, că tratamentul clinic diferențiat oferit la Elena-Klinik nu presupunea niciun avantaj suplimentar și că, prin urmare, nicio necesitate medicală nu justifică un tratament în această clinică.

27 Doamna Smits a solicitat avizul Ziekenfondsraad, la 14 noiembrie 1996. La 7 aprilie 1997, acesta din urmă a emis un aviz conform căruia considera că decizia de refuzare a Stichting VGZ era adecvată.

28 În consecință, doamna Smits a introdus o acțiune împotriva deciziei de refuz din 30 septembrie 1996 în fața Arrondissementsrechtbank te Roermond. Aceasta susține, în esență, că tratamentul clinic diferențiat oferit în Germania prezintă avantaje în raport cu așa-numita abordare „simptomatică” utilizată în Țările de Jos, conform căreia diversele manifestări ale bolii sunt combătute individual, adică fiecare simptom în parte.

29 În urma examinării dosarului, instanța de trimitere constată că decizia de a refuza cererea doamnei Smits era fondată, în primul rând, pe faptul că metoda clinică diferențiată nu ar fi considerată ca fiind un tratament uzual în mediile profesionale în cauză și, prin urmare, nu ar constitui o prestație în sensul articolului 8 din ZFW. În cazul în care tratamentul, sau o parte din tratament, ar trebui să fie totuși considerat ca fiind uzual, refuzul se bazează, în al doilea rând, pe considerentul conform căruia, întrucât un tratament mulțumitor și adecvat era disponibil în Țările de Jos, într-o unitate care a încheiat acorduri cu casa de asigurări de

boală, tratamentul urmat la Cassel nu era necesar în sensul articolului 9 alineatul (4) din ZFW și al articolului 1 din Rhbz.

30 Instanța de trimitere a desemnat un neurolog în calitate de expert. În raportul depus la 3 februarie 1998, acesta a concluzionat că niciun element clinic sau științific nu dovedea faptul că abordarea clinică diferențiată era mai adecvată și că, prin urmare, nu exista nicio indicație strict medicală care să justifice spitalizarea și tratamentul doamnei Smits în Germania.

Cauza Peerbooms

31 Domnul Peerbooms a intrat în comă în urma unui accident de circulație care a avut loc la 10 decembrie 1996. După ce a fost spitalizat în Țările de Jos, acesta a fost transferat, în stare vegetativă, la clinica universitară din Innsbruck (Austria), la 22 februarie 1997.

32 Această unitate i-a furnizat domnului Peerbooms o terapie intensivă specială, prin neurostimulare. În Țările de Jos, această tehnică nu este utilizată decât cu titlu experimental în două centre medicale, iar pacienții care au peste 25 de ani nu pot fi admiși în cadrul acestui experiment. Prin urmare, este evident că, dacă ar fi rămas în Țările de Jos, domnul Peerbooms, fiind născut în 1961, nu ar fi putut avea acces la o astfel de terapie.

33 Prin scrisoarea din 24 februarie 1997, neurologul domnului Peerbooms a solicitat Stichting CZ rambursarea cheltuielilor de tratament, efectuate la clinica universitară din Innsbruck.

34 Această cerere a fost respinsă prin Decizia din 26 februarie 1997, pronunțată în urma avizului medicului consultant, pe motiv că puteau fi obținute îngrijiri adecvate în Țările de Jos, din partea unui prestator de servicii de îngrijire și/sau din partea unei unități cu care Stichting CZ încheiase un acord.

35 Neurologul domnului Peerbooms a reiterat solicitarea, care a fost refuzată din nou la 5 martie 1997. Reclamația introdusă împotriva acestor decizii de refuz a fost respinsă, de asemenea, de Stichting CZ, la 12 iunie 1997.

36 Între timp, domnul Peerbooms a ieșit din comă. La 20 iunie 1997, acesta a putut părăsi clinica din Innsbruck și a fost transferat la clinica Hoensbroeck (Țările de Jos) pentru a continua procesul de recuperare.

37 Domnul Peerbooms a introdus în fața Arrondissementsrechtbank te Roermond o acțiune împotriva deciziei Stichting CZ din 12 iunie 1997 de respingere a reclamației sale.

38 Din explicațiile furnizate de această instanță, rezultă că refuzul din partea Stichting CZ se baza, în primul rând, pe faptul că, având în vedere caracterul experimental al terapiei prin neurostimulare și absența dovezilor științifice ale eficienței terapiei respective, acest tip de tratament nu era considerat, prin urmare, ca fiind uzual în mediile profesionale în cauză și, în consecință, nici nu era considerat ca fiind o prestație rambursabilă în sensul articolului 8 din ZFW. În cazul în care acest tratament ar trebui să fie considerat totuși ca fiind uzual, refuzul se bazează, în al doilea rând, pe considerentul conform căruia, întrucât un tratament mulțumitor și adecvat era disponibil în timp util în Țările de Jos, într-o instituție care a încheiat acorduri cu o casă de asigurări de boală, tratamentul urmat la Innsbruck nu era necesar în sensul articolului 9 alineatul (4) din ZFW și al articolului 1 din Rhbz.

39 Expertul neurolog desemnat de Arrondissementsrechtbank a concluzionat, în raportul său depus la 12 mai 1998, că un tratament corespunzător și adecvat, precum cel oferit domnului Peerbooms în Innsbruck, nu era disponibil în Țările de Jos din cauza vârstei sale și că acesta nu ar fi putut beneficia de o terapie adecvată în alt spital din Țările de Jos. Neurologul care consilia Stichting CZ a reacționat la acest raport, subliniind caracterul experimental al acestei metode de tratament și faptul că aceasta nu primise încă aprobarea mediilor științifice. Totuși, expertul judiciar a declarat, într-un raport suplimentar depus la 31 august 1998, că își menține punctul de vedere prezentat în concluzii.

Întrebările preliminare

40 Prin Ordonanța din 28 aprilie 1999, Arrondissementsrechtbank te Roermond a hotărât să suspende judecata și să adreseze Curții următoarele întrebări preliminare:

„1) a) Articolele 59 și 60 din Tratatul CE trebuie să fie interpretate în sensul că nu sunt compatibile cu dispoziții precum cele de la articolul 9 alineatul (4) din Ziekenfondswet, coroborat cu articolul 1 din Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering, în măsura în care acestea prevăd că o persoană înscrisă la o casă de asigurări de boală trebuie să obțină o autorizație prealabilă din partea respectivei case de asigurări de boală pentru a se putea adresa unei persoane sau unei unități stabilite în afara Țărilor de Jos, în vederea susținerii dreptului său la prestații?

b) Care este răspunsul la întrebarea de la alineatul (1) litera (a) de mai sus, în cazul în care autorizația la care se face referire este refuzată sau nu este acordată, deoarece tratamentul în cauză, oferit în alt stat membru, nu este considerat uzual în mediile profesionale în cauză și, prin urmare, nu este considerat ca fiind o prestație în sensul articolului 8 din Ziekenfondswet? Situația este diferită în cazul în care se iau în considerare numai opiniile cercurilor profesionale olandeze și se aplică, în acest sens, criteriile științifice naționale sau internaționale și, dacă răspunsul este afirmativ, în ce privință? În plus, are vreo relevanță faptul că sistemul legal de securitate socială al acestui alt stat membru prevede rambursarea tratamentului în cauză?

c) Care este răspunsul la întrebarea de la alineatul (1) litera (a) de mai sus, în cazul în care tratamentul oferit în străinătate este considerat ca fiind un tratament uzual și, prin urmare, o

prestație, dar autorizarea prevăzută este refuzată pe motiv că pot fi obținute îngrijiri adecvate în timp util din partea unui prestator olandez de servicii medicale contractate, și, prin urmare, îngrijirile oferite în străinătate nu sunt necesare tratamentului medical?

2) În cazul în care cerința unei autorizări implică un obstacol contrar principiului libertății de a presta servicii, enunțat la articolele 59 și [60] din Tratatul CE, motivele imperioase de interes general invocate de pârâți [...] sunt suficiente pentru a permite ca acest obstacol să fie considerat justificat?”

41 Instanța de trimitere observă că, deși cerințele referitoare la aprobarea unităților spitalicești prevăzute de ZFW nu par să excludă aprobarea unităților străine, de exemplu în regiunile frontaliere, se poate deduce din aceste cerințe, în special din principiul repartizării geografice, care stă la baza acestei aprobări, că este vorba, în esență, de aprobarea unităților situate în Țările de Jos.

42 De asemenea, conform instanței de trimitere, este necesar să se acorde o atenție deosebită sferei concrete de aplicare a noțiunii de caracter „uzual” al unui tratament, în cazul în care este vorba, pe baza unei astfel de calificări, de a autoriza sau nu asigurarea de către casele de asigurări de boală olandeze a unui tratament furnizat în afara Țărilor de Jos. Dacă, într-adevăr, aceste case de asigurări de boală iau în considerare exclusiv ceea ce se consideră a fi uzual în mediile profesionale olandeze, acest lucru ar putea avea drept consecință că anumite metode de tratament, acceptate totuși, în general, în alte state membre și care sunt rambursate datorită faptului că mediile profesionale din aceste state membre au concepții diferite de cele care predomină în Țările de Jos, nu vor fi considerate ca fiind prestații care intră sub incidența ZFW, astfel încât autorizarea va trebui refuzată.

Cu privire la întrebările preliminare

43 Prin cele două întrebări preliminare, care trebuie să fie analizate împreună, instanța de trimitere dorește să afle, în esență, dacă articolele 59 și 60 din tratat trebuie să fie interpretate în sensul că sunt în contradicție cu legislația unui stat membru, precum cea în cauză în acțiunea principală, care subordonează asigurarea îngrijirilor furnizate într-o unitate spitalicească situată în alt stat membru obținerii unei autorizații prealabile din partea casei de asigurări de boală la care este înscris asiguratul, autorizație care este acordată doar în măsura în care sunt îndeplinite următoarele două condiții. Pe de o parte, tratamentul avut în vedere trebuie să facă parte din prestațiile garantate de sistemul de asigurări de boală al primului stat membru, ceea ce înseamnă că tratamentul respectiv poate fi considerat drept „uzual în mediile profesionale în cauză”. Pe de altă parte, acest tratament oferit în străinătate trebuie să fie necesar în privința situației medicale a persoanei în cauză, ceea ce presupune că nu pot fi oferite în timp util îngrijiri adecvate de către un prestator de servicii medicale contractate în primul stat membru.

Cu privire la competența statelor membre de a-și organiza sistemele de securitate socială și la obligația de a respecta dreptul comunitar cu ocazia exercitării acestei competențe

44 Pentru a răspunde la întrebările astfel reformulate, este necesar, cu titlu introductiv, să se reamintească faptul că, în conformitate cu o jurisprudență constantă, dreptul comunitar nu aduce atingere competenței statelor membre de a-și organiza sistemele de securitate socială (Hotărârea din 7 februarie 1984, Duphar și alții, 238/82, Rec., p. 523, punctul 16, Hotărârea din 17 iunie 1997, Sodemare și alții, C-70/95, Rec., p. I-3395, punctul 27, și Hotărârea din 28 aprilie 1998, Kohll, C-158/96, Rec., p. I-1931, punctul 17).

45 În absența unei armonizări la nivel comunitar, legislația fiecărui stat membru este cea care stabilește, pe de o parte, condițiile privind dreptul sau obligația de afiliere la un sistem de securitate socială (Hotărârea din 24 aprilie 1980, Coonan, 110/79, Rec., p. 1445, punctul 12, Hotărârea din 4 octombrie 1991, Paraschi, C-349/87, Rec., p. I-4501, punctul 15, și Hotărârea Kohll, citată anterior, punctul 18) și, pe de altă parte, condițiile care conferă dreptul la prestații (Hotărârea din 30 ianuarie 1997, Stöber și Piosa Pereira, C-4/95 și C-5/95, Rec., p. I-511, punctul 36, și Kohll, citată anterior, punctul 18).

46 Totuși, în exercitarea acestei competențe, statele membre trebuie să respecte dreptul comunitar (Hotărârea Kohll, citată anterior, punctul 19).

Cu privire la aplicarea dispozițiilor referitoare la libertatea de a presta servicii în privința îngrijirilor spitalicești

47 Este necesar să se verifice dacă situațiile care fac obiectul acțiunii principale intră într-adevăr sub incidența sferei de aplicare a libertății de a presta servicii în sensul articolelor 59 și 60 din tratat.

48 Diverse guverne, care au prezentat observații scrise în fața Curții, au contestat faptul că serviciile spitalicești pot, în special atunci când sunt oferite gratuit și în natură, în temeiul sistemului de asigurări de boală aplicabil, să constituie o activitate economică în sensul articolului 60 din tratat.

49 Invocând în special Hotărârea din 27 septembrie 1988, Humbel (263/86, Rec., p. 5365, punctele 17-19), și Hotărârea din 4 octombrie 1991, Society for the Protection of Unborn Children Ireland (C-159/90, Rec., p. I-4685, punctul 18), acestea consideră, în special, că nu ar fi vorba de o remunerație în sensul articolului 60 din tratat, în cazul în care pacientul beneficiază de îngrijiri oferite într-o infrastructură spitalicească, fără să fie nevoit să le plătească, sau în cazul în care toată suma sau o parte din suma pe care acesta o suportă îi este rambursată.

50 Unele din aceste guverne consideră, în plus, că din Hotărârea din 13 februarie 1985, Gravier (293/83, Rec., p. 593), și din Hotărârea din 7 decembrie 1993, Wirth (C-109/92, Rec., p. I-6447, punctul 17), reiese că scopul prestatorului de a obține un profit reprezintă o condiție suplimentară pentru ca serviciul respectiv să poată constitui o activitate economică în sensul articolului 60 din tratat.

51 La rândul său, guvernul german consideră că principiile structurale care reglementează furnizarea de îngrijiri medicale intră sub incidența organizării sistemelor de securitate socială și nu a domeniului libertăților economice fundamentale garantate de Tratatul CE, având în vedere că persoanele în cauză nu pot hotărî singure conținutul, tipul și importanța unui serviciu, precum și remunerarea acestuia.

52 Niciunul din aceste argumente nu poate fi acceptat.

53 Este necesar să se reamintească, în această privință, că dintr-o jurisprudență constantă rezultă că activitățile medicale intră sub incidența domeniului de aplicare a articolului 60 din tratat, fără să fie necesar să se diferențieze, în această privință, între îngrijirile furnizate în cadrul unui spital și cele oferite în afara unui asemenea cadru (a se vedea Hotărârea din 31 ianuarie 1984, Luisi și Carbone, 286/82 și 26/83, Rec., p. 377, punctul 16; Hotărârea Society for the Protection of Unborn Children Ireland, citată anterior, punctul 18, privind publicitatea pentru clinicile care practică întreruperea voluntară de sarcină, și Hotărârea Kohll, citată anterior, punctele 29 și 51).

54 Dintr-o jurisprudență constantă rezultă, de asemenea, că natura specială a anumitor prestări de servicii nu poate să excludă aceste activități din sfera de aplicare a principiului fundamental al libertății de circulație (Hotărârea din 17 decembrie 1981, Webb, 279/80, Rec., p. 3305, punctul 10, și Hotărârea Kohll, citată anterior, punctul 20), astfel încât faptul că reglementarea națională, care face obiectul acțiunii principale, intră sub incidența domeniului securității sociale, nu este de natură să excludă aplicarea articolelor 59 și 60 din tratat (Hotărârea Kohll, citată anterior, punctul 21).

55 În ceea ce privește, în special, argumentul conform căruia prestările de servicii spitalicești, oferite în cadrul unui sistem de asigurări de boală care prevede prestații în natură, precum cel reglementat de ZFW, nu pot fi considerate servicii în sensul articolului 60 din tratat, este necesar să se observe că, fără să intre sub incidența unui astfel de sistem, tratamentele medicale în cauză în acțiunea principală, oferite în alte state membre decât cele în care persoanele în cauză erau asigurate, au avut într-adevăr drept consecință plata directă efectuată de pacienți către unitățile care prestează servicii. În această privință, trebuie să se admită că un serviciu medical furnizat într-un stat membru și plătit de pacient nu poate să fie exclus din domeniul de aplicare a libertății de a presta servicii, garantată de tratat, doar din cauza faptului că rambursarea costurilor îngrijirilor în cauză este solicitată în temeiul legislației altui stat membru cu privire la asigurarea de boală, care prevede, în esență, prestații în natură.

56 În plus, este necesar să se considere că faptul că un tratament medical oferit într-un spital este finanțat direct de casele de asigurări de boală, pe baza unor acorduri și tarife prestabilite, nu este, în orice caz, de natură să excludă un astfel de tratament din domeniul serviciilor în sensul articolului 60 din tratat.

57 Într-adevăr, pe de o parte, este necesar să se reamintească faptul că articolul 60 din tratat nu impune ca serviciul respectiv să fie plătit de cei care beneficiază de acesta (Hotărârea din

26 aprilie 1998, Bond van Adverteerders și alții, 352/85, Rec., p. 2085, punctul 16, și Hotărârea din 11 aprilie 2000, Deliège, C-51/96 și C-191/97, Rec., p. I-2549, punctul 56).

58 Pe de altă parte, articolul 60 din tratat precizează că acesta se aplică serviciilor furnizate în mod normal contra unei remunerații și s-a hotărât anterior că, în sensul acestei dispoziții, caracteristica esențială a remunerației constă în faptul că aceasta reprezintă contravaloarea economică a serviciului în cauză (Hotărârea Humbel, citată anterior, punctul 17). În cazul de față, plățile efectuate de casele de asigurări de boală în cadrul sistemului de acorduri organizat de ZFW, fie ele și forfetare, constituie, într-adevăr, contravaloarea economică a serviciilor oferite de spitale și reprezintă, fără îndoială, o remunerație pentru unitatea spitalicească ce beneficiază de plățile respective și care este angajată într-o activitate de tip economic.

59 Având în vedere că serviciile care fac obiectul acțiunii principale intră într-adevăr sub incidența domeniului de aplicare a libertății de a presta servicii în sensul articolelor 59 și 60 din tratat, este necesar să se analizeze dacă reglementarea în cauză în acțiunea principală introduce restricții în privința acestei libertăți și, după caz, dacă respectivele restricții pot fi justificate obiectiv.

Cu privire la efectele restrictive ale reglementării care face obiectul acțiunii principale

60 Este necesar să se stabilească dacă reprezintă o restricție în privința libertății de a presta servicii, în sensul articolului 59 din tratat, faptul că garantarea serviciilor furnizate într-o unitate spitalicească situată în alt stat membru, în temeiul asigurării de boală, este supusă obținerii unei autorizații prealabile, emisă doar în măsura în care tratamentele în cauză sunt reglementate de sistemul de asigurări de boală al statului membru în care pacientul este asigurat, ceea ce înseamnă că tratamentele trebuie să fie „considerate uzuale în mediile profesionale în cauză”, și în cazul în care casa de asigurări de boală a asiguratului a constatat că tratamentul său medical necesita spitalizarea în unitatea respectivă, ceea ce presupune că nu pot fi furnizate îngrijiri adecvate în timp util de către un prestator de servicii medicale contractate din statul membru în care pacientul este asigurat.

61 În această privință, este necesar să se reamintească faptul că, în conformitate cu o jurisprudență constantă, articolul 59 din tratat este în contradicție cu aplicarea oricărei reglementări naționale care are ca efect să facă prestarea serviciilor între state membre mai dificilă decât prestarea de servicii doar în interiorul unui stat membru (Hotărârea din 5 octombrie 1994, Comisia/Franța, C-381/93, Rec., p. I-5145, punctul 17, și Hotărârea Kohll, citată anterior, punctul 33).

62 În cazul de față, trebuie subliniat că, deși este adevărat că ZFW nu privează asigurații de posibilitatea de a recurge la un prestator de servicii stabilit în alt stat membru, este la fel de adevărat că această legislație subordonează rambursarea cheltuielilor astfel suportate obținerii unei autorizări prealabile și că, în plus, prevede că o astfel de autorizare trebuie să fie refuzată în cazul în care nu sunt îndeplinite cele două cerințe menționate la punctul 60 din prezenta hotărâre.

63 În ceea ce privește prima cerință, și anume ca tratamentul avut în vedere să constituie un serviciu reglementat de ZFW, adică să poată fi considerat „uzual în mediile profesionale în cauză”, este suficient să se constate că o astfel de condiție poate, prin însăși esența sa, să conducă la refuzarea autorizării. Numai frecvența exactă a unui asemenea refuz, dar nu și refuzul în sine, va fi în funcție de interpretarea conferită termenilor „uzual” și „medii profesionale în cauză”.

64 În ceea ce privește a doua cerință, și anume ca furnizarea tratamentului în cadrul unui spital în alt stat membru să răspundă unei necesități medicale, ceea ce este valabil doar în cazul în care un tratament adecvat nu poate fi obținut în timp util din partea unor unități spitalicești care au încheiat contracte cu casele de asigurări de boală în statul membru în care pacientul este înscris, aceasta poate, prin însăși natura sa, să limiteze în mare măsură cazurile în care poate fi obținută o autorizație.

65 Guvernul Țărilor de Jos și Comisia au insistat totuși asupra faptului că li se oferea libertatea caselor de asigurări de boală de a încheia acorduri cu unități spitalicești situate în afara Țărilor de Jos și că, într-un astfel de caz, nu ar fi solicitată nicio autorizare prealabilă în vederea asigurării, în temeiul ZFW, a îngrijirilor oferite de asemenea instituții.

66 În această privință, este necesar să se observe că, lăsând la o parte faptul că o astfel de posibilitate nu reiese clar din dispozițiile naționale invocate în fața Curții, ordonanța de trimitere subliniază că, în practică, ținând seama, în special, de condițiile la care este supus un acord, în principal unitățile spitalicești stabilite în Țările de Jos sunt cele care vor încheia acorduri cu casele de asigurări de boală. De asemenea, trebuie să se recunoască faptul că, în afara unităților spitalicești situate în regiunile frontaliere din Țările de Jos, pare puțin probabil ca un număr important de unități spitalicești situate în celelalte state membre să încheie vreodată acorduri cu casele de asigurări de boală olandeze, având în vedere că perspectivele acestora de a primi pacienți înscriși la casele de asigurări respective sunt nesigure și limitate.

67 Prin urmare, este evident că, în majoritatea cazurilor, asigurarea, în temeiul ZFW, a îngrijirilor spitalicești furnizate de unitățile situate în alte state membre decât statul membru în care o persoană este asigurată va trebui, astfel cum este și în cazul tratamentelor care fac obiectul acțiunii principale, să fie supusă unei autorizări prealabile și că aceasta din urmă va fi refuzată în cazul în care nu vor fi îndeplinite cele două cerințe menționate la punctul 60 din prezenta hotărâre.

68 Prin comparație, îngrijirile oferite în unități spitalicești situate în Țările de Jos, care au încheiat contracte cu casele de asigurări de boală, reprezentând majoritatea îngrijirilor spitalicești oferite în acest stat membru asiguraților care intră sub incidența ZFW, sunt garantate de casele de asigurări de boală, fără să fie supuse unui regim de autorizare prealabilă.

69 Din considerentele precedente reiese că o reglementare precum cea care face obiectul acțiunii principale descurajează, sau chiar împiedică, asigurării sociali să se adreseze prestatorilor de servicii medicale stabiliți în alte state membre decât statul membru de afiliere și constituie, atât pentru asigurați, cât și pentru prestatori, un obstacol în calea libertății de a presta servicii (a se vedea, în acest sens, Hotărârea Luisi și Carbone, citată anterior, punctul 16; Hotărârea din 28 ianuarie 1992, Bachmann, C-204/90, Rec., p. I-249, punctul 31, și Hotărârea Kohll, citată anterior, punctul 35).

70 În aceste condiții, trebuie să se examineze dacă o astfel de reglementare poate fi justificată în mod obiectiv, în măsura în care aceasta se referă la servicii medicale furnizate în cadrul unei unități spitalicești, precum cele care fac obiectul acțiunii principale.

71 În această privință, este necesar, în primul rând, să se identifice motivele imperative care pot fi acceptate pentru a justifica obstacolele în calea libertății de a presta servicii medicale furnizate în cadrul unui spital și, ulterior, să se verifice dacă principiul autorizării prealabile poate fi justificat ținând seama de aceste necesități imperative și, în cele din urmă, să se examineze dacă înseși condițiile necesare autorizării menționate anterior pot fi justificate astfel.

Cu privire la motivele imperative care pot fi invocate pentru a justifica obstacolele în calea libertății de a presta servicii în domeniul îngrijirilor spitalicești

72 Trebuie reamintit, astfel cum au subliniat toate guvernele care au prezentat observații în fața Curții, că aceasta a hotărât anterior că nu se poate exclude că un risc de atingere gravă adusă echilibrului financiar al sistemului de securitate socială poate constitui un motiv imperios de interes general care poate justifica un obstacol în calea principiului libertății de a presta servicii (Hotărârea Kohll, citată anterior, punctul 41).

73 De asemenea, Curtea a recunoscut, în ceea ce privește obiectivul de a menține un serviciu medical și spitalicesc echilibrat și accesibil tuturor, că, deși un astfel de obiectiv este legat intrinsec de modalitatea de finanțare a sistemului de securitate socială, acesta poate, de asemenea, să intre sub incidența derogărilor din motive de sănătate publică, în temeiul articolului 56 din Tratatul CE (devenit, după modificare, articolul 46 CE), în măsura în care contribuie la realizarea unui nivel înalt de protecție a sănătății (Hotărârea Kohll, citată anterior, punctul 50).

74 Curtea a precizat, de asemenea, că articolul 56 din tratat le permite statelor membre să restricționeze libertatea de a presta servicii medicale și spitalicești, în măsura în care menținerea unei capacități de tratament sau a unei competențe medicale pe teritoriul național este esențială pentru sănătatea publică, sau chiar pentru supraviețuirea populației sale (Hotărârea Kohll, citată anterior, punctul 51).

75 Prin urmare, este necesar să se verifice dacă reglementarea națională, care face obiectul acțiunii principale, poate să fie justificată efectiv în lumina unor astfel de motive imperioase

și să se asigure, într-un astfel de caz, în conformitate cu o jurisprudență constantă, că aceasta nu depășește ceea ce este obiectiv necesar în acest scop și că acest rezultat nu poate fi obținut prin norme mai puțin restrictive (a se vedea Hotărârea din 4 decembrie 1986, Comisia/Germania, 205/84, Rec., p. 3755, punctele 27 și 29; Hotărârea din 26 februarie 1991, Comisia/Italia, C-180/89, Rec., p. I-709, punctele 17 și 18, și Hotărârea din 20 mai 1992, Ramrath, C-106/91, Rec., p. I-3351, punctele 30 și 31).

Cu privire la cerința unei autorizări prealabile

76 În ceea ce privește cerința de autorizare prealabilă, la care ZFW supune orice garantare a îngrijirilor furnizate în alt stat membru de către un prestator de servicii de îngrijire, care nu a încheiat acorduri cu casele de asigurări de boală, trebuie să se admită că, astfel cum au susținut toate guvernele care au prezentat observații în fața Curții, în comparație cu serviciile medicale furnizate de medici la cabinetul lor sau la domiciliul pacientului, serviciile medicale oferite într-o unitate spitalicească se înscriu într-un cadru care prezintă particularități incontestabile. Astfel, se știe foarte bine că numărul de infrastructuri spitalicești, repartizarea lor geografică, organizarea lor și echipamentele de care dispun, sau natura serviciilor medicale pe care acestea le pot oferi, trebuie să facă obiectul unei planificări.

77 Prin urmare, astfel cum o dovedește, în special, sistemul de acorduri care face obiectul acțiunii principale, o astfel de planificare corespunde, de regulă, unor preocupări diverse.

78 Pe de o parte, aceasta are ca obiectiv să garanteze, pe teritoriul statului în cauză, accesibilitatea suficientă și permanentă la o gamă echilibrată de îngrijiri spitalicești de calitate.

79 Pe de altă parte, aceasta contribuie la obiectivul de a asigura un control al costurilor și de a evita, pe cât posibil, orice risipire a resurselor financiare, tehnice și umane. Într-adevăr, o astfel de risipire s-ar dovedi cu atât mai dăunătoare cu cât se știe că sectorul îngrijirilor spitalicești generează costuri considerabile și trebuie să răspundă unor necesități tot mai mari, în vreme ce resursele financiare care pot fi consacrate îngrijirii sănătății nu sunt nelimitate, indiferent de modalitatea de finanțare utilizată.

80 Din această dublă perspectivă, cerința conform căreia asumarea de către sistemul național de securitate socială a costurilor îngrijirilor spitalicești furnizate în alt stat membru este supusă unei autorizări prealabile pare a fi o măsură în același timp necesară și rezonabilă.

81 Analizând sistemul introdus de ZFW, este clar că, dacă persoanele asigurate ar avea libertatea, în orice împrejurări, de a face apel la unități spitalicești cu care casa lor de asigurări de boală nu a încheiat niciun acord, indiferent dacă este vorba despre unități situate în Țările de Jos sau în alt stat membru, ar fi compromis, în același timp, orice efort de planificare depus prin intermediul sistemului de acorduri, pentru a contribui la garantarea

unei furnizări de îngrijiri spitalicești care să fie raționalizată, stabilă, echilibrată și accesibilă.

82 Deși, pe baza considerentelor precedente, dreptul comunitar nu este în contradicție, în principiu, cu un sistem de autorizare prealabilă, este totuși necesar ca cerințele impuse pentru acordarea unei astfel de autorizări să fie justificate cu privire la motivele imperative menționate anterior și ca acestea să respecte cerința de proporționalitate, reamintită la punctul 75 din prezenta hotărâre.

Cu privire la condiția legată de caracterul uzual al tratamentului avut în vedere

83 Astfel cum s-a subliniat anterior, reglementarea care face obiectul acțiunii principale subordonează acordarea autorizării condiției ca tratamentul medical sau chirurgical avut în vedere să poată fi considerat „uzual în mediile profesionale în cauză”.

84 Cu titlu introductiv, este necesar să se sublinieze că, în temeiul articolului 3 din Verstrekingenbesluit, această condiție este valabilă, în general, pentru garantarea, în temeiul ZFW, a tuturor îngrijirilor medicale și chirurgicale, astfel încât, în principiu, aceasta se aplică indiferent dacă tratamentele avute în vedere trebuie să fie furnizate într-o unitate care a încheiat acorduri cu o casă de asigurări de boală sau în afara unei astfel de unități, pe teritoriul olandez sau în afara acestui teritoriu.

85 Ținând seama de această precizare, trebuie să se reamintească, astfel cum s-a afirmat deja la punctele 44 și 45 din prezenta hotărâre, că legislația fiecărui stat membru este cea care trebuie să organizeze sistemul național de securitate socială și, în special, să stabilească respectivele condiții care conferă dreptul la prestații.

86 Astfel, Curtea a hotărât, în special, că, în principiu, nu este incompatibil cu dreptul comunitar faptul că un stat membru stabilește, în vederea obținerii limitării costurilor pe care vizează să le realizeze, liste limitative care exclud anumite medicamente din sistemul de rambursare în temeiul sistemului de securitate socială (Hotărârea Duphar și alții, citată anterior, punctul 17).

87 Același principiu trebuie să se aplice și tratamentelor medicale și spitalicești, atunci când se stabilește ce tratamente vor fi garantate de sistemul de securitate socială al statului membru în cauză. Rezultă că dreptul comunitar nu poate, în principiu, să aibă ca efect constrângerea unui stat membru să își extindă lista cu serviciile medicale garantate de sistemul său de protecție socială și că faptul că un tratament medical intră sau nu sub incidența sistemelor de asigurări de boală din alte state membre este irelevant în această privință.

88 Astfel cum s-a reamintit la punctul 46 din prezenta hotărâre, este adevărat totuși că, în exercitarea acestei competențe, statul membru are obligația de a respecta dreptul comunitar.

89 Din jurisprudența Curții reiese că stabilirea listei cu medicamentele excluse de la rambursare trebuie să fie întocmită cu respectarea articolului 30 din Tratatul CE (devenit, după modificare, articolul 28 CE) și că acest lucru nu este valabil decât în cazul în care o astfel de listă este întocmită conform unor criterii obiective, independente de originea produselor (Hotărârea Duphar și alții, citată anterior, punctul 21).

90 Dintr-o jurisprudență constantă rezultă, de asemenea, că un regim de autorizare administrativă prealabilă nu poate legitima un comportament discreționar din partea autorităților naționale, de natură să priveze de efectul lor util dispozițiile comunitare, în special dispozițiile referitoare la o libertate fundamentală precum cea care face obiectul acțiunii principale (a se vedea Hotărârea din 23 februarie 1995, Bordessa și alții, C-358/93 și C-416/93, Rec., p. I-361, punctul 25; Hotărârea din 14 decembrie 1995, Sanz de Lera și alții, C-163/94, C-165/94 și C-250/94, Rec., p. I-4821, punctele 23-28, și Hotărârea din 20 februarie 2001, Analir și alții, C-205/99, Rec., p. I-1271, punctul 37). Prin urmare, pentru ca un regim de autorizare administrativă prealabilă să fie justificat, deși derogă de la o astfel de libertate fundamentală, acesta trebuie, în orice caz, să fie fondat pe criterii obiective, nediscriminatorii și cunoscute în avans, astfel încât să se poată stabili niște limite ale exercitării puterii de apreciere a autorităților naționale, pentru ca această putere să nu fie exercitată în mod arbitrar (Hotărârea Analir și alții, citată anterior, punctul 38). Un astfel de regim de autorizare administrativă prealabilă trebuie, de asemenea, să aibă la bază un sistem procedural ușor accesibil și care să le poată garanta persoanelor interesate faptul că cererea lor va fi analizată într-un termen rezonabil, în mod obiectiv și imparțial, iar eventualele refuzuri de autorizare trebuie, în plus, să poată fi contestate în cadrul unei căi de atac.

91 Or, este necesar să se sublinieze, în special, că sistemul de asigurări de boală organizat de ZFW nu are la bază o listă de prestații prestabilită, care să fi fost adoptată de autoritățile naționale și în privința căreia finanțarea să fie garantată. Într-adevăr, organul legislativ olandez a adoptat o normă generală care prevede garantarea tratamentelor medicale, cu condiția ca acestea să fie considerate „uzuale în mediile profesionale în cauză”. Prin urmare, acesta le-a lăsat caselor de asigurări de boală, care acționează, după caz, sub controlul Ziekenfondsraad și al instanțelor, sarcina de a stabili tratamentele care îndeplinesc efectiv această condiție.

92 În cazul de față, atât din dezbaterile care au avut loc în fața instanței de trimitere și care sunt reflectate de litera (b) de la prima întrebare preliminară, cât și din observațiile prezentate în fața Curții, reiese că expresia „uzual în mediile profesionale în cauză” poate avea mai multe interpretări, depinzând, în special, dacă se apreciază că este necesar să se țină seama de ceea ce se consideră ca fiind uzual numai în cercurile medicale olandeze, ceea ce, având în vedere ordonanța de trimitere, pare a fi soluția privilegiată de instanța națională (a se vedea punctul 23 din prezenta hotărâre) sau, dimpotrivă, dacă se apreciază că trebuie să se țină seama de ceea ce se consideră ca fiind uzual în funcție de stadiul științei medicale internaționale și de standardul medical general acceptat la nivel internațional.

93 În această privință, Guvernul Țărilor de Jos a explicat că, atunci când un anumit tratament constituie un tratament adecvat din punct de vedere profesional, care are o bază

științifică valabilă, acesta este considerat ca fiind o prestație în sensul ZFW, astfel încât aplicarea criteriului privind caracterul uzual nu trebuie să aibă drept consecință că pot face obiectul unei rambursări numai îngrijirile uzuale, disponibile în Țările de Jos. Conform Guvernului Țărilor de Jos, opinia mediilor profesionale olandeze se bazează, într-adevăr, și pe nivelul tehnicii și al concepțiilor științifice la scară internațională și depinde de stabilirea faptului dacă, având în vedere stadiul științei naționale și internaționale, tratamentul este considerat ca fiind un tratament uzual. Acest criteriu s-ar aplica astfel, fără distincție, atât tratamentelor oferite în Țările de Jos, cât și celor pentru care asiguratul dorește să meargă în străinătate.

94 Este necesar să se considere că doar interpretarea care face, astfel, referire la ceea ce este dovedit și testat suficient de știința medicală internațională poate îndeplini cerințele reamintite la punctele 89 și 90 din prezenta hotărâre.

95 Într-adevăr, din cerințele menționate anterior rezultă că introducerea unui sistem precum cel care face obiectul acțiunii principale, în care decizia de autorizare necesară pentru a beneficia de un tratament spitalicesc în alt stat membru este conferită caselor de asigurări de boală, impune ca criteriile pe care acestea din urmă sunt obligate să le aplice în acest scop să aibă un caracter obiectiv și să fie independente de locul de stabilire a prestatorilor serviciilor de îngrijire.

96 În această privință, luarea în considerare doar a tratamentelor practicate în mod obișnuit pe teritoriul național și doar a concepțiilor științifice ale mediului medical național, cu scopul de a stabili ceea ce este sau nu uzual, nu ar oferi aceste garanții și, dimpotrivă, ar risca să privilegieze, de fapt, prestatorii olandezi de servicii de îngrijire.

97 În schimb, în cazul în care condiția referitoare la caracterul „uzual” al unui tratament este înțeleasă astfel încât, atunci când un tratament este dovedit și testat suficient de știința medicală internațională, autorizația solicitată în temeiul ZFW nu poate fi refuzată din acest motiv, este necesar să se considere că o astfel de condiție, care este obiectivă și se aplică fără distincție tratamentelor naționale și tratamentelor străine, este justificabilă în privința necesității de a menține pe teritoriul național o ofertă suficientă, echilibrată și permanentă de îngrijiri spitalicești și de a garanta stabilitatea financiară a sistemului de asigurări de boală, astfel încât restricțiile în calea libertății de a presta servicii a unităților spitalicești situate în alte state membre, care pot rezulta din aplicarea acestei condiții, nu încalcă articolul 59 din tratat.

98 În această privință, trebuie, de asemenea, să se precizeze că, în cazul în care, precum în speță, un stat membru alege drept criteriu de garantare a costurilor de sistemul său de securitate socială faptul că tratamentele medicale sau spitalicești trebuie să fie dovedite și testate suficient, autoritățile naționale competente să se pronunțe, în scopul autorizării, dacă un tratament spitalicesc furnizat în alt stat membru îndeplinește acest criteriu trebuie să ia în considerare toate elementele pertinente disponibile, printre care, în special, literatura și studiile științifice existente, opiniile autorizate ale specialiștilor, faptul că tratamentul avut în vedere intră sau nu sub incidența sistemului de asigurări de boală al statului membru în care este furnizat tratamentul.

Cu privire la condiția legată de caracterul necesar al tratamentului avut în vedere

99 În temeiul reglementării care face obiectul acțiunii principale, acordarea autorizării care permite asigurarea unui serviciu medical furnizat în străinătate este subordonată unei a doua condiții, și anume că trebuie să se prevadă că tratamentul medical al asiguratului necesită serviciul medical în cauză.

100 Astfel cum subliniază instanța de trimitere, din redactarea articolului 9 alineatul (4) din ZFW și a articolului 1 din Rhbz rezultă că această condiție se aplică, în principiu, indiferent dacă cererea de autorizare se referă la un tratament care trebuie urmat într-o unitate situată în Țările de Jos, cu care casa de asigurări de boală a asiguratului nu a încheiat niciun acord, sau într-o unitate situată în alt stat membru.

101 În privința furnizării unor tratamente spitalicești în afara Țărilor de Jos, instanța de trimitere precizează totuși că această condiție pare să fie interpretată adesea, în practică, în sensul că furnizarea unui astfel de tratament nu este autorizată decât în cazul în care se constată că nu poate fi oferit un tratament adecvat în timp util în Țările de Jos, prin urmare, fără a se face distincție, în această privință, dacă este un tratament care poate fi oferit de o unitate care a încheiat un acord cu o casă de asigurări de boală sau de o unitate care nu a încheiat un astfel de acord.

102 La rândul său, Guvernul Țărilor de Jos precizează că legislația în cauză în acțiunea principală nu impune în niciun caz refuzarea unei cereri de autorizare în cazul în care îngrijirile solicitate sunt disponibile în Țările de Jos. Într-adevăr, din lectura combinată a articolului 9 alineatul (4) din ZFW și a articolului 1 din Rhbz ar rezulta că autorizarea trebuie să fie refuzată numai atunci când îngrijirile impuse de statul persoanei asigurate sunt disponibile din partea prestatorilor de servicii medicale contractate. Subliniind că respectivele case de asigurări de boală par totuși să considere țara de stabilire a prestatorului de servicii de îngrijire drept un element relevant, Guvernul Țărilor de Jos apreciază o asemenea interpretare ca fiind inadecvată.

103 Având în vedere precizările de la punctul 90 din prezenta hotărâre, trebuie să se considere, în această privință, că respectiva condiție referitoare la caracterul necesar al tratamentului, prevăzută de reglementarea care face obiectul acțiunii principale, poate fi justificată în privința articolului 59 din tratat, cu condiția ca aceasta să fie interpretată în sensul că autorizarea de a beneficia de un tratament în alt stat membru nu poate să fie refuzată din acest motiv decât în cazul în care un tratament identic sau care are același grad de eficiență pentru pacient poate fi obținut în timp util apelând la o unitate cu care casa de asigurări de boală a persoanei asigurate a încheiat un acord.

104 Trebuie, de asemenea, să se precizeze în acest context că, pentru a aprecia dacă un tratament care prezintă același grad de eficiență pentru pacient poate fi obținut în timp util într-o unitate care a încheiat un acord cu casa de asigurări de boală la care este înscrisă persoana asigurată, autoritățile naționale sunt obligate să ia în considerare toate

circumstanțele care caracterizează fiecare caz concret, ținând seama în mod corespunzător nu doar de situația medicală a pacientului la momentul solicitării autorizației, ci și de antecedentele sale medicale.

105 O astfel de condiție poate permite menținerea pe teritoriul național a unei oferte suficiente, echilibrate și permanente de îngrijiri spitalicești de calitate, precum și garantarea stabilității financiare a sistemului de asigurări de boală.

106 Dacă un număr mare de asigurați ar decide să recurgă la îngrijiri în alte state membre chiar și atunci când unitățile spitalicești care au încheiat un acord cu casa de asigurări de boală la care aceștia sunt înscriși oferă tratamente adecvate, identice sau echivalente, astfel de fluxuri de pacienți ar fi de natură să conteste atât principiul încheierii de acorduri cu casele de asigurări de boală, cât și, în consecință, toate eforturile de planificare și de raționalizare efectuate în acest sector de importanță vitală, cu scopul de a evita fenomenele de supraîncărcare a spitalelor, dezechilibrele în furnizarea de îngrijiri medicale spitalicești, irosirea și epuizarea resurselor logistice și financiare.

107 În schimb, odată clarificat faptul că îngrijirile care intră sub incidența sistemului național de asigurări de boală nu vor putea fi oferite de o unitate care a încheiat acorduri cu o casă de asigurări de boală, nu se poate admite că sunt privilegiate unitățile spitalicești naționale cu care casa de asigurări de boală a persoanei asigurate nu a încheiat un acord, în detrimentul unităților spitalicești situate în alte state membre. Într-adevăr, din momentul în care astfel de tratamente sunt oferite, conform ipotezei menționate anterior, în afara cadrului de planificare stabilit de ZFW, o astfel de prioritate ar depăși ceea ce este necesar pentru a garanta menținerea cerințelor indicate la punctul 105 din prezenta hotărâre.

108 Având în vedere considerentele anterioare, este necesar să se răspundă instanței naționale că articolele 59 și 60 din tratat nu sunt în contradicție cu legislația unui stat membru, precum cea în cauză în acțiunea principală, care subordonează garantarea îngrijirilor furnizate într-o unitate spitalicească situată în alt stat membru obținerii unei autorizații prealabile din partea casei de asigurări de boală la care este înscris asiguratul și care subordonează acordarea unei astfel de autorizații dublei condiții ca, pe de o parte, tratamentul să poată fi considerat drept „uzual în mediile profesionale în cauză”, criteriu care se aplică și în cazul în care trebuie să se stabilească dacă există îngrijiri spitalicești oferite pe teritoriul național care beneficiază de acoperire, și ca, pe de altă parte, tratamentul medical al persoanei asigurate să necesite aceste îngrijiri. Totuși, acest lucru este valabil numai în cazul în care

– cerința referitoare la caracterul „uzual” al tratamentului este interpretată astfel încât autorizarea să nu poată fi refuzată din acest motiv, atunci când se constată că tratamentul în cauză este dovedit și testat suficient de știința medicală internațională, și

– autorizarea nu poate fi refuzată, pe motiv că nu există o necesitate medicală, decât în cazul în care un tratament identic sau care prezintă același grad de eficiență pentru pacient poate fi obținut în timp util din partea unei unități care a încheiat un acord cu o casă de asigurări de boală la care este înscris asiguratul.

Cu privire la cheltuielile de judecată

109 Cheltuielile efectuate de Guvernul Țărilor de Jos, de guvernele belgian, danez, german, francez, irlandez, austriac, portughez, finlandez, suedez, de Guvernul Regatului Unit, de guvernele islandez și norvegian, precum și de Comisie, care au prezentat observații Curții, nu pot face obiectul unei rambursări. Întrucât procedura are, în raport cu părțile din acțiunea principală, un caracter incidental față de procedura pendinte din fața instanței naționale, este de competența acestei instanțe să se pronunțe cu privire la cheltuielile de judecată.

Pentru aceste motive,

CURTEA,

pronunțându-se cu privire la întrebările adresate de către Arrondissementsrechtbank te Roermond, prin Ordonanța din 28 aprilie 1999, hotărăște:

Articolul 59 din Tratatul CE (devenit, după modificare, articolul 49 CE) și articolul 60 din Tratatul CE (devenit articolul 50 CE) nu sunt în contradicție cu legislația unui stat membru, precum cea în cauză în acțiunea principală, care subordonează garantarea îngrijirilor furnizate într-o unitate spitalicească situată în alt stat membru obținerii unei autorizații prealabile din partea casei de asigurări de boală la care este înscris asiguratul și care subordonează acordarea unei astfel de autorizații dublei condiții ca, pe de o parte, tratamentul să poată fi considerat drept „uzual în mediile profesionale în cauză”, criteriu care se aplică și în cazul în care trebuie să se stabilească dacă există îngrijiri spitalicești oferite pe teritoriul național care beneficiază de acoperire, și ca, pe de altă parte, tratamentul medical al persoanei asigurate să necesite aceste îngrijiri. Totuși, acest lucru este valabil numai în cazul în care

– cerința referitoare la caracterul „uzual” al tratamentului este interpretată astfel încât autorizarea să nu poată fi refuzată din acest motiv, atunci când se constată că tratamentul în cauză este dovedit și testat suficient de știința medicală internațională, și

– autorizarea nu poate fi refuzată, pe motiv că nu există o necesitate medicală, decât în cazul în care un tratament identic sau care prezintă același grad de eficiență pentru pacient poate fi obținut în timp util din partea unei unități care a încheiat un acord cu o casă de asigurări de boală la care este înscris asiguratul.

Rodríguez Iglesias

Gulmann

La Pergola

Wathelet

Skouris

Edward

Puissochet

Jann

Sevón

Schintgen

Macken

Pronunțată în ședință publică la Luxemburg, 12 iulie 2001.

Grefier
R. Grass

Președinte
G. C. Rodríguez Iglesias