

HOTĂRÂREA CURȚII

13 mai 2003\*

**V.G. Müller-Fauré**  
**împotriva**  
**Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA**  
**și**  
**E.E.M. van Riet**  
**împotriva**  
**Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen**

(cerere de pronunțare a unei hotărâri preliminare,  
formulată de Centrale Raad van Beroep)

„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 convenții – Cheltuieli medicale efectuate în alt stat membru –  
Autorizație prealabilă – Criterii – Justificări”

**Cauza C-385/99**

În cauza C-385/99,

având ca obiect o cerere adresată Curții, în temeiul articolului 234 CE, de către Centrale Raad van Beroep (Țările de Jos), pentru pronunțarea, în litigiul pendinte în fața acestei instanțe între

**V.G. Müller-Fauré**

și

**Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA,**

și între

**E.E.M. van Riet**

și

---

\* Limba de procedură: olandeza.

**Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO 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),

**CURTEA,**

compusă din domnul G. C. Rodríguez Iglesias, președinte, domnii M. Wathelet (raportor), R. Schintgen și C. W. A. Timmermans, președinți de cameră, domnii D. A. O. Edward, A. La Pergola, P. Jann, doamnele F. Macken și N. Colneric, domnii S. von Bahr și J. N. Cunha Rodrigues, judecători,

avocat general: domnul D. Ruiz-Jarabo Colomer,

grefier: domnul H. A. Rühl, administrator principal,

după examinarea observațiilor scrise prezentate:

– pentru doamna Müller-Fauré, de către J. Blom, avocat,

– pentru Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, de către J. K. de Pree, avocat,

– pentru guvernul olandez, de domnul M. A. Fierstra, în calitate de agent,

– pentru guvernul belgian, de domnul P. Rietjens, în calitate de agent,

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

– pentru guvernul german, de domnul W.-D. Plessing și doamna B. Muttelsee-Schön, în calitate de agenți,

– pentru guvernul spaniol, de doamna N. Díaz Abad, în calitate de agent,

– pentru guvernul irlandez, de domnul M. A. Buckley, în calitate de agent, asistat de doamna N. Hyland, BL,

– pentru guvernul italian, de domnul U. Leanza, în calitate de agent, asistat de domnul I. M. Braguglia, avvocato dello Stato,

– pentru guvernul suedez, de domnul A. Kruse, în calitate de agent,

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

– pentru guvernul islandez, de domnii E. Gunnarsson și H. S. Kristjánsson, precum și de 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 și H. M. H. Speyart, în calitate de agenți,

după examinarea observațiilor scrise suplimentare prezentate la solicitarea Curții,

– pentru doamna Van Riet, de domnul A. A. J. van Riet,

– pentru Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, de către J. K. de Pree,

– pentru Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, de domnul H. H. B. Limberger, în calitate de agent,

– pentru guvernul olandez, de doamna H. G. Sevenster, în calitate de agent,

– pentru guvernul spaniol, de doamna N. Díaz Abad,

– pentru guvernul irlandez, de domnul D. J. O’Hagan, în calitate de agent,

– pentru guvernul suedez, de domnul A. Kruse,

– pentru Guvernul Regatului Unit, de domnul D. Wyatt, în calitate de agent, asistat de doamna S. Moore,

– pentru guvernul norvegian, de domnul H. Seland,

– pentru Comisie, de domnul H. M. H. Speyart,

având în vedere raportul de ședință,

după ascultarea observațiilor orale ale Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, reprezentată de către J. K. de Pree, ale Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, reprezentată de domnul R. Out, în calitate de agent, ale guvernului olandez, reprezentat de doamna H. G. Sevenster, ale guvernului danez, reprezentat de domnul J. Molde, ale guvernului spaniol, reprezentat de doamna N. Díaz Abad, ale guvernului irlandez, reprezentat de domnul A. Collins, BL, ale guvernului finlandez, reprezentat de doamna T. Pynnä, în calitate de agent, ale Guvernului Regatului Unit, reprezentat de domnul D. Lloyd-Jones, QC, și ale Comisiei, reprezentată de doamna H. Michard, în calitate de agent, și de domnul H. M. H. Speyart, în ședința din 10 septembrie 2002,

după ascultarea concluziilor avocatului general prezentate în ședința din 22 octombrie 2002,

pronunță prezenta

### **Hotărâre**

1 Prin Ordonanța din 6 octombrie 1999, primită de Curte la 11 octombrie 1999, Centrale Raad van Beroep a adresat, în temeiul articolului 234 CE, trei 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 Müller-Fauré și Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA (casă mutuală de asigurare de boală, denumită în continuare „casa de asigurări din Zwijndrecht”), cu sediul în Zwijndrecht (Țările de Jos) și, pe de altă parte, doamna Van Riet și Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (denumită în continuare „casa de asigurări din Amsterdam”), cu sediul în Amsterdam (Țările de Jos) cu privire la rambursarea cheltuielilor medicale efectuate în Germania și, respectiv, Belgia.

### **Cadrul juridic național**

3 În Țările de Jos, sistemul asigurărilor de boală se bazează, în special, pe Ziekenfondswet (lege privind casele de asigurări de boală) din 15 octombrie 1964 (Staatsblad 1964, nr. 392), care a fost modificată ulterior (denumită în continuare „ZFW”), și pe Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (lege privind asigurarea generală pentru cheltuielile speciale ocazionate de boală) din 14 decembrie 1967 (Staatsblad 1967, nr. 617), care a fost modificată, de asemenea, ulterior (denumită în continuare „AWBZ”). Atât ZFW, cât și AWBZ, stabilesc un sistem de prestații în natură în temeiul căruia persoanele asigurate au

dreptul nu la rambursarea cheltuielilor efectuate pentru îngrijiri medicale, ci chiar la îngrijiri oferite gratuit. Aceste două legi se bazează pe un sistem de convenții între casele de asigurări de boală și prestatorii de servicii de îngrijire a sănătății.

4 Din articolele 2-4 din ZFW rezultă că sunt asigurați în mod obligatoriu și automat, în temeiul acestei legi, lucrătorii al căror venit anual nu depășește un plafon stabilit de aceasta, persoanele care sunt asimilate acestora din urmă și persoanele care beneficiază de prestații sociale, precum și membrii familiei lor aflați în întreținere și care locuiesc în aceeași gospodărie.

5 În temeiul articolului 5 alineatul (1) din ZFW, orice persoană care intră sub incidența domeniului său de aplicare, care dorește să se prevaleze de un drept în temeiul acestei legi, trebuie să fie afiliată la o casă de asigurări de boală care își desfășoară activitatea în localitatea sa de reședință.

6 Articolul 8 din ZFW prevede:

« 1. Persoanele asigurate au dreptul la prestații care să le asigure îngrijirile medicale necesare, în măsura în care, în ceea ce privește aceste îngrijiri, nu există niciun drept în temeiul Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [...]. Casele de asigurări veghează ca persoanele asigurate înscrise în cadrul lor să se poată prevala de acest drept.

2. Natura, conținutul și întinderea prestațiilor sunt definite de sau în temeiul unui decret regal, 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 categorii de instituții care trebuie definite. În plus, acordarea unei prestații poate fi condiționată de o contribuție financiară din partea persoanei asigurate; această contribuție nu trebuie să fie identică pentru toate persoanele asigurate.

[...] »

7 Verstrekkingsbesluit Ziekenfondsverzekering (decret privind prestațiile în natură în temeiul asigurării de boală) din 4 ianuarie 1966 (Staatsblad 1966, nr. 3), care a fost modificată ulterior (denumită în continuare „Verstrekkingsbesluit”), pune în aplicare articolul 8 alineatul (2) din ZFW.

8 Verstrekkingsbesluit stabilește astfel drepturile la prestații și întinderea acestora 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 Sistemul de convenții introdus de ZFW prezintă următoarele trăsături principale.

10 Articolul 44 alineatul (1) din ZFW prevede că respectivele case de asigurări de boală „încheie convenții cu persoane și instituții care pot oferi una sau mai multe forme de îngrijire, astfel cum sunt menționate în decretul regal adoptat pentru punerea în aplicare a articolului 8”.

11 Conform articolului 44, alineatul (3) din ZFW, asemenea convenții trebuie să includă cel puțin dispoziții privind natura și întinderea obligațiilor și drepturilor pe care părțile le au una față de cealaltă, tipurile de îngrijiri care trebuie oferite, calitatea și eficacitatea îngrijirilor oferite, controlul respectării convenției, inclusiv controlul prestațiilor care urmează a fi furnizate sau deja furnizate și al exactității sumelor încasate pentru aceste prestații, precum și o obligație de comunicare a datelor necesare pentru acest control.

12 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 asigurări de boală „are obligația de a încheia o convenție [...] cu orice unitate situată în regiunea în care își desfășoară activitățile sau la care apelează în mod periodic populația acestei regiuni”. Pe de altă parte, nu se pot încheia convenții decât cu unități care sunt autorizate în mod corespunzător să presteze serviciile respective de îngrijire sau cu persoane care sunt abilitate în mod legal pentru acest lucru.

13 În conformitate cu articolul 8a din ZFW:

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

2. Un decret regal poate să prevadă că o unitate care aparține unei categorii care trebuie definită printr-un decret regal este considerată ca fiind autorizată în sensul acestei legi. [...] »

14 Din articolul 8c litera (a) din ZFW rezultă că aprobarea unei unități care gestionează echipamente de spital trebuie să fie refuzată în cazul în care această unitate nu îndeplinește cerințele Wet ziekenhuisvoorzieningen (lege privind echipamentele de spital) în ceea ce privește repartizarea și necesitățile. Această lege, directivele de aplicare a acesteia (în special directiva întemeiată pe articolul 3 din legea respectivă, Nederlandse Staatscourant 1987, nr. 248), precum și planurile provinciilor, stabilesc mai detaliat necesitățile naționale în ceea ce privește diversele categorii de unități spitalicești, precum și repartizarea acestora între diferitele regiuni definite în cadrul teritoriului olandez în materie de sănătate.

15 În ceea ce privește exercitarea concretă a dreptului la prestații, articolul 9 din ZFW prevede:

« 1. Cu excepția cazurilor enumerate de decretul regal menționat la articolul 8 alineatul (2), persoana asigurată care dorește să se prevaleze de dreptul său la prestații se adresează în acest scop unei persoane sau unei unități cu care casa de asigurări de boală la care este înscrisă a încheiat o convenție în acest scop, sub rezerva dispozițiilor de la alineatul (4).

2. Persoana asigurată are libertatea de a alege între persoanele și unitățile menționate la alineatul (1), sub rezerva dispozițiilor de la alineatul (5) și a celor privind 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 o persoană asigurată să se adreseze, pentru a se prevala de dreptul său la prestații, altei persoane sau altei unități din Țările de Jos, în cazul în care tratamentul medical impune acest lucru. Ministrul poate stabili în ce cazuri și în ce condiții o persoană asigurată poate fi autorizată să se adreseze, pentru a se prevala de dreptul său la prestații, unei persoane sau unei unități din afara Țărilor de Jos.

[...]”

16 Ministrul a utilizat competența care îi era conferită la 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, denumit în continuare „*Rhbz*”). Articolul 1 din *Rhbz* prevede:

„O casă de asigurări de boală poate să autorizeze o persoană asigurată să se adreseze, pentru a se prevala de dreptul său la prestații, unei persoane sau unei unități din afara Țărilor de Jos, în cazul în care casa de asigurări de boală a constatat că tratamentul medical impune acest lucru. »

17 În cazul în care persoana asigurată obține autorizația de a se adresa unei prestator cu sediul în străinătate, costul îngrijirilor este asumat în totalitate de casa de asigurări de boală la care este înscrisă persoana asigurată în cauză.

18 Centrale Raad van Beroep arată că, în conformitate cu jurisprudența sa constantă, cererile de autorizare pentru efectuarea unor tratamente medicale în străinătate, în vederea asumării lor în temeiul *ZFW*, trebuie să fie prezentate casei de asigurări de boală de care aparține persoana asigurată, iar aceasta trebuie să își fi dat acordul prealabil pentru furnizarea îngrijirilor, cu excepția circumstanțelor specifice, precum urgența, acord fără care nu se poate obține rambursarea costului acestora.

19 În plus, în ceea ce privește condiția prevăzută la articolul 9 alineatul (4) din *ZFW* și articolul 1 din *Rhbz*, conform căreia tratamentul în străinătate al persoanei asigurate trebuie să fie necesar din punct de vedere medical, din dosar reiese că respectiva casă de asigurări ține seama, în practică, de metodele de tratament disponibile în Țările de Jos și verifică dacă

este posibil să se furnizeze în timp util un tratament adecvat pe teritoriul acestui stat membru.

## **Acțiunile principale**

### *Cauza Müller-Fauré*

20 Pe parcursul vacanței în Germania, doamna Müller-Fauré a efectuat un tratament dentar constând în punerea a șase coroane și o proteză fixă pe maxilarul superior. Îngrijirile au fost furnizate între 20 octombrie și 18 noiembrie 1994, în afara oricărei infrastructuri spitalicești.

21 La întoarcerea sa din vacanță, aceasta a solicitat casei de asigurări Zwijsrecht rambursarea costurilor tratamentului, cu o valoare totală de 7 444,59 DEM. Prin scrisoarea din 12 mai 1995, casa de asigurări respectivă a respins această solicitare pe baza avizului dentistului său consultant.

22 Doamna Müller-Fauré a solicitat avizul Ziekenfondsraad, responsabil cu supravegherea gestionării și administrării caselor de asigurări de boală, care, la 16 februarie 1996, a confirmat decizia casei de asigurări Zwijsrecht, pe motiv că persoanele asigurate au dreptul numai la îngrijirile în sine și nu la rambursarea cheltuielilor legate de acestea, cu excepția unei situații excepționale, care nu a existat în prezenta cauză.

23 Astfel, Doamna Müller-Fauré a introdus o acțiune în fața Arrondissementsrechtbank te Rotterdam (Țările de Jos). Prin hotărârea din 21 august 1997, acesta a confirmat poziția respectivei case de asigurări, după ce a constatat, de asemenea, că, în cazul de față, nu a existat o situație excepțională care să justifice o rambursare a cheltuielilor, având în vedere, în special, durata de mai multe săptămâni a tratamentului și importanța acestuia.

24 Centrale Raad van Beroep subliniază că, în orice caz, numai o parte limitată a îngrijirilor primite de către doamna Müller-Fauré este acoperită de Verstrekkingsbesluit și este, prin urmare, eligibilă pentru rambursare. În plus, acesta constată că persoana în cauză a primit îngrijiri în mod voluntar din partea unui dentist stabilit în Germania în timpul vacanței pe care o petrecea în această țară, deoarece nu avea încredere în dentiștii din Țările de Jos. În conformitate cu jurisprudența instanței respective, asemenea circumstanțe nu pot să justifice în temeiul legislației naționale rambursarea unui tratament medical efectuat în străinătate fără autorizația casei de asigurări de care aparține persoana asigurată.

### *Cauza Van Riet*

25 Doamna Van Riet suferea din 1985 de dureri la încheietura dreaptă. La 5 aprilie 1993, medicul său curant a solicitat consilierului medical al casei de asigurări din Amsterdam să îi acorde pacientei sale autorizația de a face o artroscopie la spitalul din Deurne (Belgia), unde această investigație putea fi efectuată într-un termen mult mai scurt decât în Țările de Jos.



Casa de asigurări a respins această cerere, prin scrisorile din 24 iunie și 5 iulie 1993, pe motiv că intervenția putea fi efectuată, de asemenea, în acest stat membru.

26 Între timp, doamna Van Riet efectuase deja artroscopia, în mai 1993, la spitalul din Deurne, și, în urma acestei investigații, s-a decis să se efectueze rezecția ulnei pentru reducerea durerii pacientei. Îngrijirile înainte și după tratament și tratamentul în sine au avut loc în Belgia, parțial în spital, parțial în afara acestuia. Casa de asigurări din Amsterdam a refuzat să ramburseze costul acestor intervenții cu o valoare totală de 93 782 BEF, decizie care a fost confirmată de Ziekenfondsraad, pe motiv că nu exista o urgență sau o necesitate medicală care să justifice tratarea doamnei Van Riet în Belgia, din moment ce erau disponibile tratamente adecvate în Țările de Jos într-un termen rezonabil. Arrondissementsrechtbank competent a respins ca neîntemeiată acțiunea introdusă de către doamna Van Riet împotriva deciziei respective, pentru aceleași motive ca ale casei de asigurări menționate anterior.

27 Centrale Raad van Beroep, în fața căreia reclamanta din acțiunea principală a introdus un apel, subliniază că, deși nu se contestă că majoritatea îngrijirilor acordate doamnei Van Riet sunt într-adevăr acoperite de Verstrekkingsbesluit, acestea au fost furnizate în Belgia fără autorizare prealabilă și fără să se fi stabilit că persoana în cauză nu putea aștepta în mod rezonabil, pentru motive medicale sau de altă natură, până la adoptarea de către casa de asigurări din Amsterdam a unei hotărâri cu privire la cererea sa. În plus, potrivit instanței respective, termenul de așteptare impus doamnei Van Riet pentru efectuarea artroscopiei în Țările de Jos nu era nerezonabil. Din dosar reiese că acest termen era de aproximativ șase luni.

28 Instanța de trimitere consideră că, în speță, nu erau îndeplinite condițiile pentru a se justifica aplicarea articolului 22 alineatul (1) litera (a) din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 de aplicare a regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii care desfășoară activități independente și cu membrii familiilor acestora care se deplasează în cadrul Comunității, în versiunea sa modificată și actualizată prin Regulamentul (CE) nr. 118/97 al Consiliului din 2 decembrie 1996 (JO 1997, L 28, p. 1, Ediție specială, 05/vol. 4, p. 35, denumit în continuare „Regulamentul nr. 1408/71”), motivând că atât starea de sănătate a doamnei Müller-Fauré, cât și a doamnei Van Riet, nu necesita un tratament imediat pe parcursul unei șederi pe teritoriul altui stat membru. În plus, nu s-a stabilit, în conformitate cu articolul 22 alineatul (1) litera (c) și alineatul (2) al doilea paragraf din același regulament, nici că tratamentul respectiv nu putea, având în vedere starea de sănătate a reclamantelor din acțiunile principale, să fie acordat în Țările de Jos „în limita timpului necesar”, fapt care ar fi obligat casele de asigurări de boală să autorizeze tratamentul în alt stat membru.

29 Cu toate acestea, instanța respectivă ridică o întrebare cu privire la compatibilitatea deciziilor de refuzare a rambursării cu articolele 59 și 60 din tratat, având în vedere Hotărârea din 28 aprilie 1998, Kohll (C-158/96, Rec., p. I-1931). Aceasta subliniază că dispozițiile naționale în cauză nu interzic în sine persoanelor asigurate să se adreseze unui prestator de servicii cu sediul în alt stat membru, ci impun drept condiție prealabilă ca respectiva casă de asigurări de boală la care sunt înscrise aceste persoane asigurate să fi

încheiat o convenție cu acest prestator, ceea ce, de regulă, nu se întâmplă. În absența unei astfel de convenții, rambursarea cheltuielilor efectuate în alt stat membru este condiționată de obținerea unei autorizații prealabile, care nu este acordată decât în cazul în care „tratamentul impune acest lucru”, fapt valabil, în general, numai atunci când prestatorii de îngrijiri contractați nu pot oferi toate îngrijirile corespunzătoare. Această obligație de a obține o autorizație prealabilă este, prin urmare, în favoarea prestatorilor de îngrijiri medicale contractați – care sunt, practic, întotdeauna din Țările de Jos – în detrimentul prestatorilor de îngrijiri din alte state membre. Instanța de trimitere adaugă că respectivele competențe administrative ale autorităților din Țările de Jos nu se extind la prestatorii de îngrijiri stabiliți în alte state membre, ceea ce poate împiedica încheierea unor convenții cu acești prestatori.

30 În cazul în care se stabilește că autorizația impusă la articolul 9 alineatul (4) din ZFW împiedică libertatea de a presta servicii, Centrale Raad van Beroep dorește să afle dacă această cerință este justificată.

31 În această privință, instanța de trimitere subliniază caracteristicile sistemului asigurărilor de boală din Țările de Jos. Acest sistem garantează, în esență, acordarea de prestații în natură, spre deosebire de sistemul numit „de rambursare”. Conform părâtelor din acțiunea principală, echilibrul financiar al sistemului ar putea fi amenințat dacă ar fi posibil ca persoanele asigurate să obțină rambursarea, fără autorizație prealabilă, a îngrijirilor acordate în alt stat membru. Instanța respectivă se referă, în această privință, la măsurile naționale adoptate în vederea controlării costurilor pentru îngrijirile spitalicești, în special cerințele prevăzute de Wet Ziekenhuisvoorzieningen cu privire la planificarea și repartizarea din punct de vedere geografic a îngrijirilor, și cele prevăzute de ZFW care limitează rambursarea la îngrijirile acordate de unități spitalicești autorizate.

### **Întrebările preliminare**

32 În aceste condiții, Centrale Raad van Beroep a hotărât să suspende judecata și să adreseze Curții următoarele întrebări preliminare:

„1) Trebuie să se interpreteze articolele 59 și 60 din Tratatul CE [...] în sensul că o dispoziție precum articolul 9 alineatul (4) din Ziekenfondswet, coroborat cu articolul 1 din Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering este, în principiu, incompatibilă cu acestea, în măsura în care prevede că, pentru a-și putea exercita dreptul la prestații, o persoană asigurată la o casă de asigurări de boală trebuie să obțină de la această casă o autorizație prealabilă pentru a se adresa unei persoane sau unui organism în afara Țărilor de Jos, cu care casa de asigurări nu a încheiat o convenție?

2) În cazul unui răspus afirmativ la prima întrebare, obiectivele evocate mai sus [...] ale sistemului de prestații în natură din Țările de Jos constituie un motiv imperativ de interes general care poate să justifice o restricționare a principiului fundamental al libertății de a presta servicii?

3) Pentru a răspunde la aceste întrebări, este necesar să se stabilească dacă îngrijirile sunt acordate integral sau parțial în mediul spitalicesc? »

33 Prin scrisoarea din 12 iulie 2001, grefierul Curții a întrebat instanța de trimitere dacă aceasta dorea să își mențină cererea de pronunțare a unei hotărâri preliminare, având în vedere hotărârea pronunțată în aceeași zi în cauza Smits și Peerbooms (C-157/99, Rec., p. I-5473).

34 Prin scrisoarea din 25 octombrie 2001, instanța de trimitere a informat Curtea că își menținea întrebările în măsura în care Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, nu se referea în mod specific la caracteristicile sistemului asigurărilor de boală din Țările de Jos, care este un sistem de prestații în natură cu caracter convențional. În plus, aceasta a invitat Curtea să precizeze domeniul de aplicare a punctului 103 din hotărârea menționată, care afirmă:

„[...] condiția privind caracterul necesar al tratamentului, prevăzută de reglementarea care face obiectul acțiunii principale, poate fi justificată în temeiul articolului 59 din tratat, cu condiția ca aceasta să fie interpretată în sensul că autorizația de a beneficia de un tratament în alt stat membru nu poate fi refuzată pentru acest motiv decât în cazul în care un tratament identic sau care prezintă 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 o convenție. »

35 Mai precis, instanța de trimitere întreabă Curtea ce trebuie să se înțeleagă prin expresia „în timp util” și, în special, dacă evaluarea unei asemenea condiții trebuie efectuată pe un plan strict medical, indiferent de durata de așteptare pentru a beneficia de tratamentul solicitat.

36 Prin scrisoarea din 6 martie 2002, grefierul Curții a solicitat părților din acțiunea principală, statelor membre și Comisiei să își prezinte eventualele observații privind concluziile care ar trebui să rezulte din Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, cu privire la întrebările adresate de Centrale Raad van Beroep.

### **Cu privire la prima întrebare**

37 Prin prima întrebare, instanța de trimitere întreabă, în esență, dacă articolele 59 și 60 din tratat trebuie interpretate în sensul că se opun legislației unui stat membru, precum cea în cauză în acțiunea principală, care condiționează asumarea costurilor îngrijirilor acordate în alt stat membru, de către o persoană sau unitate cu care casa de asigurări de boală de care aparține persoana asigurată nu a încheiat nicio convenție, de obținerea unei autorizații prealabile acordate de către aceasta din urmă.

38 Este necesar să se reamintească, cu titlu introductiv, că, în conformitate cu o jurisprudență constantă, activitățile medicale intră sub incidența domeniului de aplicare a

articolului 60 din tratat, fără să fie necesar să se facă distincție, în această privință, între îngrijirile acordate într-un mediu spitalicesc și cele acordate în afara unui asemenea mediu (a se vedea, cel mai recent, Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, punctul 53).

39 Curtea a hotărât, de asemenea, la punctele 54 și 55 din Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, că faptul că reglementarea aplicabilă intră sub incidența domeniului securității sociale și, în special, prevede, în materie de asigurări de boală, prestații în natură mai degrabă decât rambursare, nu poate să excludă tratamentele medicale în cauză din domeniul de aplicare a libertății de a presta servicii, garantată de tratat. În această privință, trebuie să se constate că, în litigiile din acțiunea principală, tratamentele furnizate într-un stat membru, altul decât cel în care persoana respectivă este asigurată, au avut ca rezultat retribuirea directă de către pacient a medicului care a prestat serviciul sau unității în care s-au acordat îngrijirile.

40 Având în vedere că serviciile medicale intră sub incidența domeniului de aplicare a libertății de a presta servicii, în sensul articolelor 59 și 60 din tratat, este necesar să se examineze dacă reglementarea care face obiectul acțiunii principale stabilește restricții privind această libertate, în măsura în care condiționează asumarea costurilor îngrijirilor acordate în alt stat membru, altul decât cel în care își are sediul casa de asigurări de boală la care este înscrisă persoana asigurată, de către o persoană sau de o unitate care nu a încheiat nicio convenție cu casa de asigurări respectivă, de obținerea unei autorizații prealabile acordate de către aceasta din urmă.

41 În această privință, Curtea a constatat deja, la punctul 62 din Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, că, deși este adevărat că ZFW nu privează persoanele asigurate de posibilitatea de a recurge la un prestator de servicii cu sediul într-un stat membru, altul decât cel în care este situată casa de asigurări de boală de care aparține persoana asigurată, este la fel de adevărat că această legislație condiționează rambursarea cheltuielilor astfel efectuate de obținerea unei autorizații prealabile, care nu poate fi acordată, astfel cum subliniază instanța de trimitere, decât în măsura în care acordarea îngrijirilor în cauză, indiferent dacă implică sau nu un spital, este o necesitate medicală.

42 Având în vedere că această ultimă cerință nu este îndeplinită în practică decât în cazul în care un tratament adecvat nu poate fi obținut în timp util din partea unui medic sau a unei unități spitalicești parte la o convenție în statul membru în care persoana este asigurată, aceasta poate, prin însăși natura sa, să limiteze strict circumstanțele în care se acordă o autorizație (Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, punctul 64).

43 Desigur, caselor de asigurări de boală din Țările de Jos li se permite să încheie convenții cu unități spitalicești situate în afara Țărilor de Jos. Într-un asemenea caz, nu s-ar solicita nicio autorizație prealabilă în vederea asumării, în temeiul ZFW, a costurilor îngrijirilor acordate de asemenea unități. Cu toate acestea, cu excepția spitalelor situate în regiunile de la frontiera Țărilor de Jos, pare puțin probabil ca un număr semnificativ de spitale situate în celelalte state membre să încheie vreodată convenții cu casele de asigurări de boală respective, având în vedere că perspectivele lor de a primi pacienți asigurați la aceste case

de asigurări rămân nesigure și limitate (Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, punctele 65 și 66).

44 Prin urmare, Curtea a hotărât deja că o reglementare precum cea care face obiectul acțiunii principale descurajează, sau chiar împiedică persoanele asigurate să se adreseze prestatorilor de servicii medicale stabiliți în state membre, altele decât statul membru de afiliere, și constituie, atât pentru persoanele asigurate, cât și pentru prestatori, un obstacol în calea libertății de a presta servicii (Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, punctul 69).

45 Cu toate acestea, înainte de a se pronunța cu privire la întrebarea dacă articolele 59 și 60 din tratat se opun unei reglementări precum cea care face obiectul acțiunii principale, este necesar să se examineze dacă această reglementare poate fi justificată obiectiv, ceea ce face obiectul celei de-a doua întrebări.

### **Cu privire la a doua și a treia întrebare**

46 Prin a doua și a treia întrebare, care trebuie să fie examinate împreună, instanța de trimitere întreabă dacă o reglementare precum cea care face obiectul acțiunii principale, care are efecte restrictive asupra libertății de a presta servicii, poate fi justificată chiar de particularitățile sistemului național de asigurări de boală, care asigură nu rambursarea cheltuielilor efectuate, ci, în principal, prestații în natură și se bazează pe un sistem de convenții destinat, în același timp, să garanteze calitatea îngrijirilor și să controleze costurile acestora. Aceasta dorește să afle, de asemenea, dacă faptul că îngrijirile respective sunt acordate integral sau parțial într-un mediu spitalicesc poate să aibă relevanță în această privință.

### **Argumentația prezentată Curții**

47 Conform guvernului olandez și casei de asigurări din Zwijndrecht, autorizația impusă la articolul 9 alineatul (4) din ZFW face parte integrantă din sistemul de asigurări de boală din Țările de Jos. Acoperirea riscurilor de boală prin intermediul prestațiilor în natură, astfel cum este prevăzută de acest sistem, necesită încheierea prealabilă, între această casă și prestatorii de servicii de îngrijire, a unor convenții referitoare la volumul, calitatea, eficiența și costurile îngrijirii sănătății, în scopul, pe de o parte, de a permite planificarea necesităților și controlul cheltuielilor și, pe de altă parte, de a garanta un serviciu medical de calitate, echivalența prestațiilor și, prin urmare, tratamentul egal al persoanelor asigurate. Un astfel de sistem de convenții este avantajos, în esență, pentru asigurați.

48 În aceste condiții, persoanele asigurate trebuie să se adreseze numai prestatorilor de servicii medicale contractate sau, în cazul în care doresc totuși să primească îngrijiri din partea unui medic sau a unei unități necontractate cu sediul în Țările de Jos sau în străinătate, să obțină o autorizație prealabilă acordată de casa de asigurări de boală la care sunt afiliate.

49 Guvernul olandez și casa de asigurări din Zwijndrecht adaugă că, în cazul în care nu s-ar solicita nicio autorizație prealabilă, prestatorii de servicii de îngrijire nu ar avea niciodată interesul de a contribui la sistemul de convenții, obligându-se prin clauze contractuale privind disponibilitatea, volumul, calitatea, eficiența și costurile serviciilor, astfel încât autoritățile care gestionează sistemul asigurărilor de boală nu ar putea să planifice necesitățile, prin ajustarea cheltuielilor la acestea, și să garanteze un serviciu medical de calitate și accesibil tuturor. Sistemul de convenții și-ar pierde, astfel, rațiunea de a fi în calitate de instrument de gestionare a îngrijirii sănătății, ceea ce ar aduce atingere competenței suverane a statelor membre, recunoscută de jurisprudența Curții, de a-și organiza sistemul de securitate socială. În această privință, guvernul olandez justifică existența unor liste de așteptare prin caracterul limitat al resurselor financiare disponibile în ceea ce privește acoperirea îngrijirii sănătății și necesitatea care decurge de aici de a cuantifica prestațiile care urmează să fie acordate și de a le supune unor priorități care trebuie să fie strict respectate.

50 În plus, casele de asigurări de boală din Țările de Jos nu pot fi constrânse să încheie convenții cu un număr de prestatori de servicii de îngrijire mai mare decât cel care este necesar pentru a răspunde necesităților populației stabilite în Țările de Jos. Guvernul olandez subliniază că tocmai pentru a răspunde acestor necesități se încheie majoritatea convențiilor cu prestatori de servicii de îngrijire cu sediul în Țările de Jos, având în vedere că, în mod evident, cererea din partea persoanelor asigurate este cea mai mare pe teritoriul național.

51 În cele din urmă, în ceea ce privește modul în care este necesar să se determine dacă „un tratament identic sau care prezintă același grad de eficacitate pentru pacient poate fi obținut în timp util”, în conformitate cu formularea punctului 103 din Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, casa de asigurări din Zwijndrecht consideră că simplul fapt de a fi înscris pe o listă de așteptare nu înseamnă că un astfel de tratament nu este disponibil. Prin adoptarea unei interpretări contrare, Curtea ar extinde în mod semnificativ condițiile de acordare a prestațiilor, care intră sub incidența competențelor naționale. În plus, aceasta ar determina apariția unor incertitudini privind toate eforturile de planificare și de raționalizare din sectorul de îngrijire a sănătății, pentru a evita fenomenele de supracapacitate, de dezechilibru al ofertei, de risipă și de pierdere.

52 Guvernul olandez subliniază, în această privință, că din punctul 103 din Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, reiese în mod clar că perioada în cadrul căreia este necesar tratamentul medical trebuie să se stabilească pe baza situației medicale și a anamnezei. Este de competența instanței naționale să verifice dacă acest tratament este disponibil în perioada respectivă, ceea ce constituie o apreciere în fapt.

53 Guvernele danez, german, spaniol, irlandez, italian, suedez și Guvernul Regatului Unit, precum și guvernele islandez și norvegian, subscriu, în general, la considerentele precedente.

54 În special, guvernul spaniol subliniază că orice distincție între îngrijirile acordate de către un medic și cele acordate într-o unitate spitalicească nu este necesară atunci când există un sistem al asigurărilor de boală care prevede exclusiv prestații în natură. Acesta adaugă că, în cazul în care o persoană asigurată beneficiază de servicii de îngrijire a sănătății sau dobândește un produs medicamentos într-un stat membru, altul decât cel în care își are sediul casa de asigurări de care aparține, taxele și impozitele achitate de către prestatorii de servicii sau de către furnizori nu se plătesc la bugetul statului membru de afiliere, ceea ce aduce atingere uneia dintre sursele de finanțare a securității sociale din acest stat.

55 Guvernul irlandez și Guvernul Regatului Unit subliniază că dreptul acordat persoanelor asigurate de a se deplasa într-un stat membru, altul decât cel de afiliere, pentru a primi îngrijiri pe teritoriul respectiv, ar avea consecințe prejudiciabile pentru stabilirea priorităților pentru tratamentul medical și gestionarea listelor de așteptare, care constituie elemente importante ale organizării asigurării de boală. În această privință, Guvernul Regatului Unit susține că resursele financiare limitate alocate către National Health Service (Serviciul Național de Sănătate, denumit în continuare „NHS”) sunt gestionate de către autorități medicale locale, care stabilesc calendare întemeiate pe evaluări clinice și priorități definite pe plan medical pentru diferite tratamente. Pacienții nu au dreptul să solicite un anumit termen pentru tratamentul lor spitalicesc. Rezultă că, în cazul în care aceștia din urmă ar putea să își diminueze termenul de așteptare, prin obținerea, fără autorizație prealabilă, a unor tratamente medicale acordate în alte state membre și în cazul în care casa de asigurări competentă ar fi totuși obligată să își asume costul unor asemenea tratamente, echilibrul financiar al sistemului ar fi amenințat, iar resursele disponibile pentru tratamentele mai urgente ar fi serios diminuate, aducând astfel atingere capacității sale de a furniza un nivel adecvat de îngrijire a sănătății.

56 Guvernul Regatului Unit adaugă că, în cazul liberalizării serviciilor spitalicești, propriile spitale nu ar putea să prevadă scăderea cererilor generată din recurgerea la tratamentele spitalicești din alte state membre și nici creșterea cererilor datorată faptului că persoanele asigurate din aceste alte state ar putea să recurgă la tratamente spitalicești acordate în Regatul Unit. Aceste efecte ale liberalizării nu s-ar compensa în mod necesar, iar impactul ar fi diferit pentru fiecare spital din Regatul Unit.

57 În ceea ce privește criteriile conform cărora ar fi necesar să se verifice dacă un tratament identic sau care prezintă același grad de eficacitate pentru pacient ar putea fi obținut în timp util pe teritoriul statului membru de afiliere, Guvernul Regatului Unit, precum guvernul suedez, se referă la articolul 22 alineatul (2) al doilea paragraf din Regulamentul nr. 1408/71, coroborat cu articolul 22 alineatul (1) litera (c), din care reiese că autorizația impusă pentru a se deplasa pe teritoriul altui stat membru în vederea primirii de îngrijiri nu poate fi refuzată persoanei în cauză în cazul în care îngrijirile, având în vedere starea actuală de sănătate a acesteia din urmă și evoluția probabilă a bolii, nu îi pot fi acordate în termenul necesar în mod normal în statul membru de reședință. Se face, de asemenea, o referire la interpretarea acestor dispoziții oferită la punctul 10 din Hotărârea din 31 mai 1979, Pierik (182/78, Rec., p. 1977).

58 În această privință, Guvernul Regatului Unit subliniază că, în practică, o autorizație pentru îngrijiri acordate pe teritoriul altui stat membru este acordată, în general, în Regatul Unit atunci când termenul pentru tratament depășește termenele maxime de așteptare. Listele de așteptare naționale iau în considerare necesitățile distincte ale diferitelor categorii de pacienți și permit cea mai bună alocare posibilă a resurselor spitalicești. Listele sunt flexibile, astfel încât un pacient a cărui stare de sănătate se agravează în mod subit poate să fie plasat mai sus pe lista de așteptare și să fie tratat într-un termen mai scurt. Obligarea autorităților competente să autorizeze un tratament în străinătate în alte cazuri decât cele în care se depășește termenul normal de așteptare, și aceasta cu cheltuieli suportate de NHS, ar avea consecințe prejudiciabile pentru gestionarea și viabilitatea financiară a acestui serviciu.

59 În orice caz, Guvernul Regatului Unit subliniază particularitățile NHS și solicită Curții să rețină principiul conform căruia serviciile de îngrijire a sănătății acordate în temeiul unui asemenea sistem național de asigurări de boală nu intră sub incidența domeniului de aplicare a articolului 60 din tratat, iar NHS, care este un organism fără scop lucrativ, nu este un prestator de servicii în sensul tratatului menționat.

60 Guvernul danez susține că ar exista un risc de consum excesiv de servicii medicale dacă pacienții ar avea acces liber și gratuit la îngrijiri medicale acordate în alte state membre decât cel în care își are sediul casa de asigurări de boală de care aparține persoana asigurată, precum și riscul, în cazul unor deplasări numeroase în străinătate în scopuri medicale, de a nu se mai putea menține la un nivel corespunzător competența medicilor stabiliți pe teritoriul național, în ceea ce privește bolile rare și complexe.

61 Guvernul belgian consideră, în ceea ce îl privește, că specificitatea sistemului din Țările de Jos, în măsura în care asigură nu o rambursare a cheltuielilor efectuate, ci prestații în natură, nu constituie, în sine, un motiv de interes general care permite justificarea unei restricționări a libertății de a presta servicii. Acesta susține că este necesar să se facă o distincție între prestațiile acordate în afara unei unități spitalicești și cele acordate în cadrul unei astfel de unități.

62 În primul caz, nu se poate justifica nicio restricționare a libertății de a presta servicii, în conformitate cu hotărârea Kohll, citată anterior. În schimb, în al doilea caz, există motive serioase, legate de protejarea echilibrului financiar al sistemului de securitate socială, precum și de menținerea unui serviciu medical și spitalicesc echilibrat și accesibil tuturor, care justifică cerința unei autorizații prealabile atunci când este vorba de prestații furnizate într-un mediu spitalicesc în alt stat membru decât cel în care își are sediul casa de asigurări de boală de care aparține persoana asigurată. În plus, în absența unei autorizații prealabile, statele membre care prevăd liste de așteptare în materie de spitalizare ar putea avea tendința de a-și trimite resortisanții să primească îngrijiri în afara teritoriului național, în loc să investească în propriile lor infrastructuri, aducând astfel atingere eforturilor de planificare spitalicească ale statelor membre.

63 Comisia face o distincție între îngrijirile acordate într-un cabinet de consultații, pe care le asimilează îngrijirilor ambulatorii acordate într-o infrastructură spitalicească, și îngrijirile din spital propriu-zise. În ceea ce privește prima categorie, ar trebui să se rețină analiza din



Hotărârea din 28 aprilie 1998, Decker (C-120/95, Rec., p. I-1831) și Hotărârea Kohll, citată anterior, considerând că cerința unei autorizații prealabile este incompatibilă cu dreptul comunitar, cu excepția anumitor servicii, în special odontologice, care sunt extrem de costisitoare și specializate. În ceea ce privește a doua categorie de îngrijiri, acordate într-un mediu spitalicesc, ar trebui să se facă trimitere la analiza din Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, și deși trebuie să se recunoască faptul că cerința unei autorizații prealabile este justificată de necesitățile de planificare, refuzul autorizației ar trebui totuși să fie supus limitelor stabilite de către Curte în această hotărâre.

64 În ceea ce privește interpretarea expresiei „în timp util”, folosită la punctul 103 din Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, Comisia consideră că este necesar să se ia în considerare exclusiv situația medicală a persoanei în cauză, astfel cum reiese din punctul 104 din această hotărâre.

65 În cele din urmă, guvernul norvegian susține că stabilirea condițiilor de acordare a prestațiilor și a termenelor în care acestea pot fi acordate este numai de competența legislației naționale. Dreptul comunitar nu poate să confere pacienților dreptul de a beneficia, într-un stat membru, altul decât cel de afiliere, de îngrijirea sănătății la care aceștia nu au dreptul în propriul lor stat membru și nici să le acorde dreptul de a beneficia de un tratament într-un termen mai scurt decât cel prevăzut de legislația națională. În cazul în care ar face acest lucru, ar aduce atingere competenței statelor membre de a-și organiza sistemul de securitate socială și ar depăși domeniul de aplicare a dispozițiilor din tratat privind libertatea de a presta servicii.

#### Constatările Curții

66 Reiese din dosar că motivele invocate pentru a justifica cerința unei autorizații prealabile în vederea beneficiarii de asigurarea de boală pentru prestații acordate în alt stat membru decât cel de afiliere, fie în mediu spitalicesc, fie în afara unui asemenea mediu, sunt legate, în primul rând, de protecția sănătății publice, în măsura în care sistemul de convenții este destinat să asigure un serviciu medical și spitalicesc de calitate, echilibrat și accesibil tuturor, apoi de echilibrul financiar al securității sociale, prin faptul că un asemenea sistem permite, de asemenea, autorităților administrative să controleze cheltuielile, adaptându-le la necesitățile planificate în funcție de priorități prestabilite, și, în cele din urmă, de caracteristicile esențiale ale sistemului asigurărilor de boală din Țările de Jos, care garantează prestații în natură.

#### Cu privire la riscul de a aduce atingere protecției sănătății publice

67 Din jurisprudența Curții reiese că obiectivul de menținere a unui serviciu medical și spitalicesc de calitate, echilibrat și accesibil tuturor, poate intra sub incidența uneia dintre derogările prevăzute la articolul 56 din Tratatul CE (devenit, după modificare, articolul 46 CE), în măsura în care contribuie la atingerea unui nivel ridicat de protecție a sănătății (Hotărârea Kohll, punctul 50, precum și Hotărârea Smits și Peerbooms, punctul 73, citate anterior). Dispoziția respectivă din tratat permite statelor membre, în special, să restrângă

libertatea de a presta servicii medicale și spitalicești, în măsura în care menținerea unei capacități de îngrijire sau a unei competențe medicale pe teritoriul național este esențială pentru sănătatea publică sau chiar pentru supraviețuirea populației sale (Hotărârea Kohll, punctul 51, precum și Hotărârea Smits și Peerbooms, punctul 74).

68 Cu toate acestea, în conformitate cu o jurisprudență constantă, este necesar să se asigure, în cazul unei justificări bazate pe o excepție prevăzută de tratat sau, într-adevăr, pe un motiv imperativ de interes general, că măsurile adoptate în această privință nu depășesc ceea ce este în mod 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; Hotărârea din 20 mai 1992, Ramrath, C-106/91, Rec., p. I-3351, punctele 30 și 31, precum și Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, punctul 75).

69 În speță, argumentele invocate pentru a justifica cerința unei autorizații prelabile tind să demonstreze că, dacă li s-ar permite pacienților să primească îngrijiri într-un stat membru, altul decât cel de afiliere, fără ca aceștia să dețină o autorizație prelabilă în acest scop, statul competent nu ar putea să mai garanteze pe teritoriul său un serviciu medical și spitalicesc de calitate, echilibrat și accesibil tuturor, și, prin urmare, un nivel ridicat de protecție a sănătății publice.

70 În ceea ce privește argumentul invocat de guvernul danez, conform căruia chiar competența medicilor care lucrează în cabinet sau în mediu spitalicesc, ar fi afectată din cauza pretinselor deplasări masive în străinătate în scopuri medicale, trebuie să se constate că nu s-a adus nicio dovadă specifică în sprijinul acestui argument.

71 În ceea ce privește obiectivul de menținere a unui serviciu medical și spitalicesc echilibrat și accesibil tuturor, acesta este intrinsec legat de modul de finanțare a sistemului de securitate socială și de controlul cheltuielilor, despre care este vorba în continuare.

Cu privire la riscul de afectare gravă a echilibrului financiar al sistemului de securitate socială

72 Este necesar să se reamintească, de la început, că, în conformitate cu jurisprudența Curții, obiective de natură pur economică nu pot justifica un obstacol în calea principiului fundamental al libertății de a presta servicii (a se vedea, în acest sens, Hotărârea din 5 iunie 1997, SETTG, C-398/95, Rec., p. I-3091, punctul 23, și Hotărârea Kohll, citată anterior, punctul 41).

73 Cu toate acestea, în măsura în care ar putea, în special, să aibă consecințe asupra nivelului global de protecție a sănătății publice, un risc de afectare gravă a echilibrului financiar al sistemului de securitate socială poate să constituie, de asemenea, în sine, un

motiv imperativ de interes general care poate justifica un astfel de obstacol Hotărârea Kohll, punctul 41, precum și Hotărârea Smits și Peerbooms, punctul 72, citate anterior).

74 Se înțelege de la sine că asumarea costului unui tratament izolat, efectuat într-un stat membru, altul decât cel în care își are sediul casa de asigurări de boală de care aparține o anumită persoană asigurată, nu poate să aibă vreodată consecințe semnificative asupra finanțării sistemului de securitate socială. Prin urmare, este necesar să se adopte o abordare globală cu privire la consecințele libertății de a presta servicii în materie de sănătate.

75 În această privință, distincția dintre serviciile spitalicești și serviciile nespitalicești se poate dovedi uneori dificil de stabilit. În special, anumite servicii prestate în mediu spitalicesc, dar care pot fi efectuate, de asemenea, de către un medic la cabinetul său sau într-un centru medical, ar putea, din acest motiv, să fie asimilate unor servicii nespitalicești. Cu toate acestea, în acțiunile principale, caracterul parțial spitalicesc, parțial nespitalicesc, al îngrijirilor în cauză nu a generat controverse între părțile din acțiunile principale, nici din partea statelor care au prezentat observații în temeiul articolului 20 din Statutul CE al Curții de Justiție, nici din partea Comisiei.

Cu privire la serviciile spitalicești

76 În ceea ce privește serviciile spitalicești, precum cele furnizate doamnei Van Riet în spitalul din Deurne, Curtea a făcut deja, la punctele 76-80 din Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, următoarele constatări.

77 Este cunoscut faptul că numărul de infrastructuri spitalicești, repartizarea lor geografică, modul în care sunt organizate și echipamentele cu care sunt utilizate sau chiar natura serviciilor medicale pe care sunt capabile să le ofere trebuie să poată face obiectul unei planificări.

78 După cum se poate vedea, în special, din sistemul de convenții în cauză în acțiunea principală, o asemenea planificare răspunde, în general, unor preocupări diverse.

79 Pe de o parte, aceasta urmărește obiectivul de garantare, pe teritoriul statului respectiv, a unei accesibilități suficiente și permanente la o gamă echilibrată de îngrijiri spitalicești de calitate.

80 Pe de altă parte, aceasta sprijină o voință de a asigura un control al costurilor și de a evita, în măsura posibilului, orice risipă a resurselor financiare, tehnice și umane. O asemenea risipă s-ar dovedi cu atât mai prejudiciabilă, cu cât este mai cunoscut faptul că sectorul îngrijirilor spitalicești generează costuri considerabile și trebuie să răspundă unor necesități în creștere, în timp ce resursele financiare care pot fi alocate pentru îngrijirea sănătății nu sunt nelimitate, indiferent de modul de finanțare utilizat.

81 În aceste condiții, cerința conform căreia asumarea de către sistemul național de securitate socială a costurilor îngrijirilor spitalicești acordate în alt stat membru decât cel de afiliere trebuie să fie condiționată de o autorizație prealabilă apare ca o măsură în același timp necesară și rezonabilă.

82 În ceea ce privește, mai precis, regimul instituit de ZFW, Curtea a admis în mod clar că, în cazul în care persoanele asigurate ar putea să utilizeze, în mod liber și în orice împrejurări, serviciile din unitățile spitalicești cu care casa lor de asigurări de boală nu a încheiat nicio convenție, indiferent că este vorba de unități situate în Țările de Jos sau în alt stat membru, întregul efort de planificare efectuat în sistemul de convenții, pentru a contribui la garantarea unei oferte de îngrijiri spitalicești care să fie raționalizată, stabilă, echilibrată și accesibilă, ar fi compromis dintr-odată (Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, punctul 81).

83 Deși dreptul comunitar nu se opune, prin urmare, în principiu, unui sistem de autorizare prealabilă pentru această categorie de servicii, cu toate acestea, condițiile referitoare la acordarea unei asemenea autorizații ar trebui să fie justificate în lumina considerentelor imperative menționate anterior și ar trebui să îndeplinească cerința de proporționalitate, la care se face referire la punctul 68 din prezenta hotărâre.

84 Rezultă, de asemenea, dintr-o jurisprudență constantă că un regim de autorizare administrativă prealabilă nu poate să legitimeze un comportament discreționar din partea autorităților naționale, de natură să priveze dispozițiile comunitare, în special cele privind o libertate fundamentală precum cea care face obiectul acțiunii principale, de efectul lor util (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).

85 Astfel, pentru ca un regim de autorizare administrativă prealabilă să fie justificat chiar dacă derogă de la o asemenea libertate fundamentală, acesta trebuie să se bazeze pe criterii obiective, nediscriminatorii și cunoscute dinainte, astfel încât să încadreze exercitarea puterii de apreciere a autorităților naționale, pentru ca aceasta să nu fie utilizată în mod arbitrar (Hotărârea Analir și alții, citată anterior, punctul 38). Un asemenea regim de autorizare administrativă prealabilă trebuie să se bazeze, de asemenea, pe un sistem procedural care este ușor accesibil și capabil să garanteze persoanelor în cauză că cererea lor va fi tratată într-un termen rezonabil, precum și cu obiectivitate și imparțialitate, iar eventualele refuzuri de autorizare trebuie, de asemenea, să poată fi contestate în cadrul unei acțiuni în justiție (Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, punctul 90).

86 În acțiunile principale, contestațiile nu se referă la acoperirea în sine asigurată de sistemul asigurărilor de boală din Țările de Jos pentru tratamentele medicale și spitalicești acordate doamnelor Müller-Fauré și Van Riet. În aceste acțiuni, este contestată necesitatea medicală pentru acestea din urmă de a efectua tratamentele în cauză în Germania și, respectiv, în Belgia, mai degrabă decât în Țările de Jos. În această privință, la punctele 99-107 din Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, Curtea s-a pronunțat, de asemenea,

cu privire la această condiție privind caracterul necesar al tratamentului propus și de care depinde acordarea autorizației.

87 Astfel cum subliniază instanța de trimitere, din formularea 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 persoanei asigurate nu a încheiat o convenție sau într-o unitate situată în alt stat membru.

88 În ceea ce privește tratamentele spitalicești efectuate în afara Țărilor de Jos, instanța menționată precizează că respectiva condiție privind caracterul necesar al tratamentului este interpretată, în practică, în sensul că efectuarea acestui tratament este autorizată doar în cazul în care reiese că nu poate fi acordat un tratament corespunzător în timp util în Țările de Jos. În ceea ce îl privește, guvernul olandez precizează că din coroborarea articolului 9 alineatul (4) din ZFW cu articolul 1 din Rhbz rezultă că autorizația trebuie să fie refuzată numai în cazul în care îngrijirile solicitate de către statul persoanei asigurate sunt disponibile de la prestatorii de servicii medicale contractate.

89 Condiția privind caracterul necesar al tratamentului, prevăzută de reglementarea care face obiectul acțiunii principale, poate fi justificată în temeiul articolului 59 din tratat, în măsura în care aceasta este interpretată în sensul că autorizația de a primi tratament în alt stat membru nu poate fi refuzată pentru acest motiv decât în cazul în care un tratament identic sau care prezintă același grad de eficacitate pentru pacient poate fi obținut în timp util de la o unitate cu care casa de asigurări de boală de care aparține persoana asigurată a încheiat o convenție (Hotărârea Smits și Peerbooms, punctul 103).

90 Pentru a se stabili dacă un tratament care prezintă același grad de eficacitate pentru pacient poate fi obținut în timp util într-o unitate care a încheiat o convenție cu casa de asigurări de boală de care aparține persoana asigurată, autoritățile naționale au obligația de a lua în considerare toate circumstanțele care caracterizează fiecare caz concret, ținând seama în mod corespunzător nu numai de situația medicală a pacientului la momentul în care se solicită autorizația și, după caz, de gradul de durere sau de natura handicapului acestuia din urmă, care ar putea, de exemplu, să facă imposibilă sau extrem de dificilă desfășurarea unei activități profesionale, dar și de anamneza sa (a se vedea, în acest sens, Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, punctul 104).

91 Curtea a precizat, de asemenea, la punctele 105 și 106 din Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, că:

– astfel interpretată, condiția privind caracterul necesar al tratamentului poate permite menținerea pe teritoriul național a unei oferte suficiente, echilibrate și permanente de îngrijiri spitalicești de calitate și poate garanta stabilitatea financiară a sistemului asigurărilor de boală;

– în cazul în care numeroase persoane asigurate ar decide să primească îngrijiri în alte state membre chiar dacă unitățile spitalicești care au încheiat o convenție cu casa de asigurări de boală de care aparțin oferă tratamente adecvate, identice sau echivalente, un asemenea flux de pacienți ar fi de natură să afecteze însuși principiul încheierii de convenții cu spitale și, în consecință, toate eforturile de planificare și de raționalizare depuse în acest sector vital pentru a evita fenomenele de supracapacitate spitalicească, de dezechilibru în oferta de îngrijiri medicale spitalicești, de risipă și de pierderi, atât logistice, cât și financiare.

92 Cu toate acestea, un refuz de autorizare prealabilă care nu se bazează pe teama de risipă sau de pierdere, rezultată dintr-o supracapacitate spitalicească, ci exclusiv pe motivul că există liste de așteptare pe teritoriul național pentru a beneficia de îngrijirile spitalicești în cauză, fără să fie luate în considerare circumstanțele concrete care caracterizează situația medicală a pacientului, nu poate constitui o restricționare justificată în mod valabil a libertății de a presta servicii. Din argumentele prezentate în fața Curții nu reiese că un asemenea termen de așteptare este necesar, în afara considerentelor de natură pur economică, care nu pot, în sine, să justifice o restricționare a principiului fundamental al libertății de a presta servicii, pentru a garanta protecția sănătății publice. Dimpotrivă, un termen de așteptare prea lung sau anormal ar fi de natură mai degrabă să restrângă accesibilitatea la un ansamblu echilibrat de îngrijiri spitalicești de calitate.

Cu privire la serviciile nespitalicești

93 În ceea ce privește serviciile medicale nespitalicești, precum cele furnizate doamnei Müller-Fauré și, parțial, doamnei Van Riet, nu a fost adusă nicio dovadă specifică în fața Curții, în special de către casele de asigurări din Zwijndrecht și Amsterdam, și nici de guvernul olandez, în sprijinul afirmației conform căreia libertatea acordată persoanelor asigurate de a se deplasa, fără autorizație prealabilă, într-un stat membru, altul decât cel în care își are sediul casa de asigurări de boală de care aparțin acestea, pentru a beneficia de serviciile respective de la un prestator necontractat, ar putea să aducă atingere în mod grav echilibrului financiar al sistemului de securitate socială din Țările de Jos.

94 Desigur, eliminarea condiției referitoare la existența unui sistem de convenții pentru servicii prestate în străinătate aduce atingere mijloacelor de control al cheltuielilor de îngrijire a sănătății din statul membru de afiliere.

95 Cu toate acestea, din dosarul aflat pe rolul Curții nu reiese că eliminarea cerinței de autorizare prealabilă pentru acest tip de îngrijiri ar genera deplasări transfrontaliere ale pacienților atât de importante încât, în ciuda barierelor lingvistice, a distanței geografice, a cheltuielilor de ședere în străinătate și a lipsei de informații cu privire la natura îngrijirilor care sunt acordate pe teritoriul respectiv, echilibrul financiar al sistemului de securitate socială din Țările de Jos ar fi grav perturbat și, ca urmare, nivelul global de protecție a sănătății publice ar fi amenințat, ceea ce ar putea justifica în mod valabil o restricționare a principiului fundamental al libertății de a presta servicii.

96 În plus, îngrijirile sunt acordate, în general, în apropiere de locul de reședință a pacientului, într-un mediu cultural care îi este familiar și care îi permite să stabilească o relație de încredere cu medicul curant. Fără să se țină seama de cazurile de urgență, deplasările transfrontaliere ale pacienților au loc, în special, în regiunile transfrontaliere sau pentru tratamentul patologiilor specifice. În plus, tocmai în asemenea regiuni sau pentru astfel de patologii, casele de asigurări de boală din Țările de Jos au tendința să stabilească un sistem de convenții cu medici străini, astfel cum reiese din observațiile prezentate în fața Curții.

97 Aceste factori diverși par de natură să limiteze eventualul impact financiar asupra sistemului de securitate socială din Țările de Jos al eliminării cerinței de autorizare prealabilă în ceea ce privește îngrijirile acordate la cabinetul practicianului străin.

98 În orice caz, este necesar să se amintească faptul că este numai de competența statelor membre să stabilească întinderea acoperirii asigurării de boală de care beneficiază persoanele asigurate, astfel încât, atunci când acestea din urmă se deplasează fără autorizație prealabilă într-un stat membru, altul decât cel în care este își are sediul casa de asigurări de boală de care aparțin, pentru a primi îngrijiri acolo, pot pretinde rambursarea costurilor îngrijirilor care le-au fost acordate numai în limitele acoperirii garantate de către sistemul asigurărilor de boală din statul membru de afiliere.

Cu privire la argumentul bazat pe caracteristicile esențiale ale sistemului asigurărilor de boală din Țările de Jos

99 Casa de asigurări din Zwijndrecht, precum și guvernul olandez, guvernele spaniol și norvegian au subliniat libertatea statelor membre de a stabili sistemul de securitate socială pe care îl aleg. În speță, în absența unei autorizații prelabile, persoanele asigurate ar putea să se adreseze în mod liber unor prestatori de îngrijiri necontractați, astfel încât ar fi amenințată existența sistemului de prestații în natură din Țările de Jos, a cărui funcționare depinde, în esență, de sistemul de convenții. În plus, autoritățile olandeze ar fi obligate să introducă în modul lor de organizare a accesului la îngrijirea sănătății mecanisme de rambursare, în măsura în care, în loc să beneficieze de prestații în caz de boală gratuite pe teritoriul național, persoanele asigurate ar trebui să plătească sumele necesare pentru plata serviciilor de care au beneficiat și să aștepte un anumit timp înainte de a obține rambursarea acestora. Astfel, statele membre ar fi obligate să renunțe la principiile și la economia sistemului lor de asigurări de boală.

100 În această privință, dintr-o jurisprudență constantă reiese că dreptul comunitar nu aduce atingere competenței statelor membre de a-și organiza propriul sistem de securitate socială (a se vedea, în special, Hotărârea din 7 februarie 1984, Duphar și alții, 238/82, Rec., p. 523, punctul 16, și Hotărârea din 17 iunie 1997, Sodemare și alții, C-70/95, Rec., p. I-3395, punctul 27). Prin urmare, în absența unei armonizări la nivel comunitar, este de competența legislației fiecărui stat membru de a stabili condițiile de acordare a prestațiilor de securitate socială (a se vedea, în special, 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 din 30 ianuarie 1997, Stöber și Piosa Pereira, C-4/95 și C-5/95, Rec., p. I-

511, punctul 36). Cu toate acestea, este la fel de adevărat că statele membre trebuie să respecte dreptul comunitar atunci când își exercită această competență (Hotărârea Decker, punctul 23, și Hotărârea Kohll, punctul 19, citate anterior).

101 În această privință, este necesar să se formuleze două observații preliminare.

102 Pe de o parte, realizarea libertăților fundamentale garantate prin tratat obligă în mod inevitabil statele membre să efectueze anumite adaptări la sistemul lor național de securitate socială, fără să se poată considera că acest lucru ar aduce atingere competenței lor suverane în domeniu. În această privință, este suficient să se facă trimitere la modificările pe care a trebuit să le aducă legislațiilor lor în materie de securitate socială pentru a respecta Regulamentul nr. 1408/71, în special condițiile prevăzute la articolul 69 din acesta în materie de plată a prestațiilor de șomaj lucrătorilor care au reședința pe teritoriul altor state membre, atunci când niciun sistem național nu garantează acordarea unor astfel de ajutoare de șomaj șomerilor înregistrați la o agenție pentru ocuparea forței de muncă din alt stat membru.

103 Pe de altă parte, astfel cum s-a precizat deja la punctul 39 din prezenta hotărâre, un serviciu medical nu încetează să fie o prestare de servicii pe motiv că este plătit printr-un serviciu național de sănătate sau printr-un sistem de prestații în natură. În această privință, Curtea a hotărât, în special, că un serviciu medical acordat într-un stat membru și plătit de către pacient nu poate înceta să intre sub incidența domeniului de aplicare a libertății de a presta servicii, garantată de tratat, numai pe motiv că rambursarea îngrijirilor în cauză este solicitată în temeiul legislației privind asigurarea de boală din alt stat membru, care prevede, în esență, prestații în natură (Hotărârea Smits și Peerbooms, citată anterior, punctul 55). Tocmai cerința unei autorizații prealabile pentru ca o persoană să fie în măsură să beneficieze ulterior de rambursarea acestor îngrijiri este ceea ce constituie, astfel cum s-a constatat deja la punctul 44 din prezenta hotărâre, obstacolul în calea libertății de a presta servicii, și anume în calea dreptului unui pacient de a recurge la prestatorul de servicii medicale ales de acesta, aflat în alt stat membru decât cel de afiliere. Prin urmare, nu este necesar, din perspectiva libertății de a presta servicii, să se facă o distincție între situația în care pacientul plătește cheltuielile efectuate și solicită ulterior rambursarea acestora și cea în care casa de asigurări de boală sau bugetul național îl plătește direct pe prestator.

104 În lumina acestor observații, este necesar să se examineze dacă eliminarea cerinței de a obține o autorizație prealabilă, eliberată de casele de asigurări de boală pentru a beneficia de o îngrijire a sănătății nespitalicească, acordată într-un stat membru, altul decât cel de afiliere, poate să aducă atingere caracteristicilor esențiale ale sistemului de acces la îngrijirea sănătății din Țările de Jos.

105 În primul rând, la aplicarea Regulamentului nr. 1408/71, statele membre care au instituit un sistem de prestații în natură, sau chiar un serviciu național de sănătate, trebuie să prevadă mecanisme de rambursare *a posteriori* a îngrijirilor acordate într-un stat membru, altul decât cel competent. Aceasta este situația, de exemplu, atunci când nu au putut fi îndeplinite formalitățile pe perioada șederii persoanei în cauză în acest stat din urmă [a se vedea articolul 34 din Regulamentul (CEE) nr. 574/72 al Consiliului din 21 martie 1972 de



stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1408/71] sau atunci când statul competent a autorizat accesul la tratament în străinătate, în conformitate cu articolul 22 alineatul (1) litera (c) din Regulamentul nr. 1408/71.

106 În al doilea rând, astfel cum s-a constatat deja la punctul 98 din prezenta hotărâre, persoanele asigurate care se deplasează fără autorizație prealabilă într-un stat membru, altul decât cel în care își are sediul casa de asigurări de boală de care aparțin, pentru a primi îngrijiri pe teritoriul respectiv, pot pretinde rambursarea îngrijirilor primite numai în limitele acoperirii garantate de către sistemul asigurărilor de boală din statul de afiliere. Astfel, în speță, reiese din dosar că, față de 3 806,35 euro plătiți de către doamna Müller-Fauré unui prestator cu sediul în Germania, casa de asigurări din Zwijndrecht ar contribui, în orice caz, ținând seama de întinderea acoperirii de asigurare garantate de aceasta, cu o sumă maximă de 221,03 euro. În același fel, condițiile de acordare a prestațiilor, în măsura în care acestea nu sunt nici discriminatorii și nici nu constituie obstacole în calea liberei circulații a persoanelor, rămân aplicabile în cazul îngrijirilor acordate într-un stat membru, altul decât cel de afiliere. Aceasta este situația, în special, în cazul cerinței privind consultarea prealabilă a unui medic generalist înainte de consultarea unui medic specialist.

107 În al treilea rând, nimic nu interzice statului membru competent în care există un sistem de prestații în natură să stabilească sumele rambursării pe care le pot pretinde pacienții care au primit îngrijiri în alt stat membru, cu condiția ca aceste sume să se bazeze pe criterii obiective, nediscriminatorii și transparente.

108 În consecință, având în vedere elementele și argumentele prezentate în fața Curții, nu este evident că eliminarea cerinței de a obține o autorizație prealabilă eliberată de casele de asigurări de boală persoanelor asigurate care aparțin de acestea, pentru a le permite să beneficieze de îngrijirea sănătății, în special nespitalicească, acordată într-un stat membru, altul decât cel de afiliere, este de natură să aducă atingere caracteristicilor esențiale ale sistemului asigurărilor de boală din Țările de Jos.

109 Având în vedere toate considerentele precedente, este necesar să se răspundă la întrebările adresate că:

– articolele 59 și 60 din tratat trebuie să fie interpretate în sensul că nu se opun legislației unui stat membru, precum cea care face obiectul acțiunii principale, care, pe de o parte, condiționează asumarea îngrijirilor spitalicești acordate într-un stat membru, altul decât cel în care își are sediul casa de asigurări de boală de care aparține persoana asigurată, de către un prestator cu care casa de asigurări nu a încheiat nicio convenție, de obținerea unei autorizații prealabile acordate de această casă și, pe de altă parte, supune acordarea acestei autorizații condiției ca tratamentul medical al persoanei asigurate să impună acest lucru. Cu toate acestea, autorizația poate fi refuzată din acest motiv doar în cazul în care un tratament identic sau care prezintă același grad de eficacitate pentru pacient poate fi obținut în timp util într-o unitate care a încheiat o convenție cu casa de asigurări respectivă;

– în schimb, articolele 59 și 60 din tratat se opun aceleiași legislații, în măsura în care aceasta condiționează asumarea îngrijirilor nespitalicești acordate în alt stat membru de către o persoană sau unitate cu care casa de asigurări de boală de care aparține persoana asigurată nu a încheiat nicio convenție, de obținerea unei autorizații prealabile acordate de casa de asigurări, chiar și atunci când legislația națională în cauză instituie un sistem de prestații în natură în temeiul căruia persoanele asigurate nu au dreptul la rambursarea cheltuielilor efectuate pentru îngrijiri medicale, ci la îngrijirile în sine, care sunt acordate gratuit.

### **Cu privire la cheltuielile de judecată**

110 Cheltuielile efectuate de guvernele olandez, belgian, danez, german, spaniol, irlandez, italian, finlandez, suedez, Guvernul Regatului Unit, guvernele islandez și norvegian, precum și de către 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 care i-au fost adresate de Centrale Raad van Beroep, prin Ordonanța din 6 octombrie 1999, hotărăște:

**– articolul 59 din Tratatul CE (devenit, după modificare, articolul 49 CE) și articolul 60 din Tratatul CE (devenit articolul 50 CE) trebuie să fie interpretate în sensul că nu se opun legislației unui stat membru, precum cea care face obiectul acțiunii principale, care, pe de o parte, condiționează asumarea îngrijirilor spitalicești acordate într-un stat membru, altul decât cel în care își are sediul casa de asigurări de boală de care aparține persoana asigurată, de către un prestator cu care casa de asigurări respectivă nu a încheiat nicio convenție, de obținerea unei autorizații prealabile acordate de către această casă de asigurări și, pe de altă parte, supune acordarea acestei autorizații condiției ca tratamentul medical al persoanei asigurate să impună acest lucru. Cu toate acestea, autorizația poate fi refuzată din acest motiv numai în cazul în care un tratament identic sau care prezintă același grad de eficacitate pentru pacient poate fi obținut în timp util într-o unitate care a încheiat o convenție cu casa de asigurări respectivă;**

– în schimb, articolele 59 și 60 din tratat se opun aceleiași legislații, în măsura în care aceasta condiționează asumarea îngrijirilor nespitalicești acordate în alt stat membru, de către o persoană sau unitate cu care casa de asigurări de boală de care aparține persoana asigurată nu a încheiat nicio convenție, de obținerea unei autorizații prealabile acordate de casa de asigurări, chiar și atunci când legislația națională în

**cauză instituie un sistem de prestații în natură în temeiul căruia persoanele asigurate nu au dreptul la rambursarea cheltuielilor efectuate pentru îngrijiri medicale, ci la îngrijirile în sine, care sunt acordate gratuit.**

Rodríguez Iglesias

Wathelet

Schintgen

Timmermanns

Edward

La Pergola

Jann

Macken

Colneric

von Bahr

Cunha Rodrigues

Pronunțată în ședință publică la Luxemburg, 13 mai 2003.

Grefier

R. Grass

Președinte

G. C. Rodríguez Iglesias