

РЕШЕНИЕ НА СЪДА

12 юли 2001 година*

„Свободно предоставяне на услуги – Член 59 от Договора за ЕО (понастоящем, след изменение – член 49 ЕО) и член 60 от Договора за ЕО (понастоящем – член 50 ЕО) – Здравно осигуряване – Система за обезщетения в натура – Система от споразумения – Разходи за болнично лечение в друга държава-членка – Предварително разрешение – Критерии – Обосноваване”

По дело C-157/99

с предмет преюдициално запитване, отправено до Съда, на основание член 177 от Договора за ЕО (понастоящем – член 234 ЕО), от Arrondissementsrechtbank te Roermond (Нидерландия), в производството, висящо пред този съд между

B. S. M. Smits, по съпруг Geraets

и

Stichting Ziekenfonds VGZ

и, между

H. T. M. Peerbooms

и

Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen

относно тълкуването на член 59 от Договора за ЕО (понастоящем, след изменение – член 49 ЕО) и член 60 от Договора за ЕО (понастоящем – член 50 ЕО),

СЪДЪТ,

в състав: г-н G. C. Rodríguez Iglesias, председател, г-н C. Gulmann, г-н A. La Pergola (докладчик), г-н M. Wathelet и г-н V. Skouris, председатели на състав, г-н D. A. O. Edward, г-н J.-P. Puissochet, г-н P. Jann, г-н L. Sevón, г-н R. Schintgen и г-жа F. Macken, съдии,

генерален адвокат: г-н D. Ruiz-Jarabo Colomer,

секретар: г-жа L. Hewlett, администратор,

като взе предвид писмените становища, представени:

* Език на производството: нидерландски.

- за Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, от г-жа. Е. Р. Н. Verdeuzeldonk, в качеството на представител,
- за нидерландското правителство, от г-н М. А. Fierstra, в качеството на представител,
- за белгийското правителство, от г-жа А. Snoesx, в качеството на представител,
- за датското правителство, от г-н J. Molde, в качеството на представител,
- за германското правителство, от г-н W.-D. Plessing и г-н С.-D. Quassowski, в качеството на представители,
- за френското правителство, от г-жа К. Rispa-Bellanger и г-жа С. Bergeot, в качеството на представители,
- за ирландското правителство, от г-н М.А. Buckley, в качеството на представител, подпомаган от г-н D. Barniville, BL;
- за португалското правителство, от г-н L. Fernandes и г-н P. Borges, в качеството на представители,
- за финландското правителство, от г-жа Т. Рунnä и г-жа Е. Bygglin, в качеството на представители,
- за шведското правителство, от г-жа L. Nordling, в качеството на представител,
- за правителството на Обединеното кралство, от г-жа М. Ewing, в качеството на представител, подпомагана от г-жа S. Moore, barrister;
- за исландското правителство, от г-н Е. Gunnarsson и г-жа V. Hauksdóttir, в качеството на представители,
- за норвежкото правителство, от г-н Н. Seland, в качеството на представител;
- за Комисията на Европейските общности, от г-н Р. Hillenkamp, г-н Р. J. Kuijper и г-н Н. М. Н. Spreyart, в качеството на представители,

предвид доклада от съдебното заседание,

след като изслуша устните становища на Stichting Ziekenfonds VGZ, за която се явяват адв. Н. G. Sevenster, адв. J. K. de Pree и адв. Е. Н. Pijnacker Hordijk, advocaten, Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, за която се явява г-жа Е. Р. Н. Verdeuzeldonk, на нидерландското правителство, за което се явява г-н М. А. Fierstra, на датското правителство, за което се явява г-н J. Molde, на германското правителство, за което се явява г-н W.-D. Plessing, на френското правителство, за което се явява г-жа С. Bergeot, на ирландското правителство, за което се явява г-н D. Barniville, на австрийското правителство, за което се явява г-н G. Hesse в качеството на представител, на финландското правителство, за което се явява г-жа Е. Bygglin, на шведското правителство, за което се явява г-н А. Kruse, на правителството на Обединеното кралство, за което се явява г-жа Е. Ewing, подпомагана от г-жа S.

Мооре, на исландското правителство, за което се явява г-н Е. Gunnarsson и на Комисията, за която се явява г-н Н. Н. Speyart, в съдебното заседание от 4 април 2000 г.,

след като изслуша заключението на генералния адвокат, представено в съдебното заседание от 18 май 2000 г.,

постанови настоящото

Решение

1. С Определение от 28 април 1999 г., постъпило в Съда на 30 април същата година, Arrondissementsrechtbank te Roermond (Апелативен съд по социални въпроси) е поставил, съгласно член 177 от Договора за ЕО (понастоящем – член 234 ЕО), два преюдициални въпроса относно тълкуването на член 59 от Договора за ЕО (понастоящем, след изменение, – член 49 ЕО) и член 60 от Договора за ЕО (понастоящем – член 50 ЕО).

2. Тези въпроси са възникнали в рамките на два спора между г-жа Smits, по съпруг Geraets, и Stichting Ziekenfonds VGZ (наричана по-нататък „Stichting VGZ”), от една страна, и, от друга страна, между г-н Peerbooms и Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen (наричана по-нататък „Stichting CZ”) относно възстановяване на разходи за болнично лечение, направени съответно в Германия и Австрия.

Национална правна уредба

3. В Нидерландия, системата за здравно осигуряване се основава главно на Ziekenfondswet (Закона за здравноосигурителните каси) от 15 октомври 1964 г., (Staatsblad 1964 г., № 392, по-късно изменен, наричан по-нататък „ZFW”), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Закона за общото осигуряване за специални медицински разходи) от 14 декември 1967 г., (Staatsblad 1967 г., № 617, по-късно изменен, наричан по-нататък „AWBZ”) и Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Закона за достъп до здравно осигуряване, наричан по-нататък „WTZ”). Както ZFW, така и AWBZ установяват система от право на обезщетения, съгласно която осигурените лица имат право не на възстановяване на разходите за медицинско лечение, а на безплатно лечение. И двата закона са основани на система от споразумения, сключени между здравноосигурителните каси и доставчиците на здравни услуги. От друга страна, WTZ установява система, съгласно която на осигуреното лице се възстановяват разходи, и не е основан на система от споразумения.

4. Съгласно членове 2 - 4 от ZFW, работници, чийто годишен доход не надвишава определения със закон размер (равен на 60 750 NLG през 1997 г.), лицата, третиращи като такива и лицата, получаващи социални обезщетения, и членовете на техните семейства, които те издържат в същото домакинство, задължително и автоматично се осигуряват съгласно този закон.

5. По силата на член 5, параграф 1 от ZFW всяко лице, което попада в неговото приложно поле, което желае да ползва правото на обезщетения съгласно този закон, трябва да се регистрира в здравноосигурителна каса, която действа в общината на неговото пребиваване.

6. Член 8 от ZFW предвижда:

„1. Осигурените лица имат право на обезщетения под формата на необходимото медицинско обслужване, при условие че нямат право на такова обслужване съгласно AWBZ (...). Здравноосигурителните каси гарантират, че всяко осигурено лице, което е регистрирано в тях, има право да се позовава на това право.

2. Естеството, съдържанието и размерът на обезщетенията се определят от или по силата на кралски указ, като се подразбира, че те във всички случаи включват медицинска помощ, а техният обхват, както и видът грижи и лечение, осигурени в различните категории институции, трябва да бъдат определени. Освен това, предоставянето на обезщетението може да зависи от финансовата вноска на осигуреното лице, като тази вноска може да не бъде еднаква за всички осигурени лица.

(...)”

7. Verstrekkingsbesluit Ziekenfondsverzekering (Указ относно обезщетенията в натура за болест) от 4 януари 1966 г. (Staatsblad, 1966 г., № 3, по-късно изменен, наричан по-нататък „Verstrekkingsbesluit”), осигурява прилагането на член 8, параграф 2 от ZFW.

8. По този начин Verstrekkingsbesluit определя правото на обезщетения и размера на тези обезщетения за различните категории грижи, включително по-специално категориите „медицинска и хирургична помощ” и „лечение и престой в болнични заведения”.

9. Съгласно член 2, параграф 3 от Verstrekkingsbesluit правото на обезщетения не може да бъде упражнено, ако осигуреното лице, в контекста на неговите нужди и с оглед ефективно лечение, няма друг избор, освен да търси обезщетения с такова естество, съдържание и размер.

10. Съгласно член 3 от Verstrekkingsbesluit, категорията медицински и хирургически грижи включва обслужване, извършено от общопрактикуващ лекар и лекар-специалист, като „неговият размер се определя от обичайното в съответните професионални среди”.

11. По отношение на болничното лечение и престой, член 12 и член 13 от Verstrekkingsbesluit предвиждат, от една страна, че такова лечение може да включва медицински, хирургически, гинекологичен преглед, лечение и обслужване и, от друга страна, че трябва да има основание за болничното лечение. Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering (Указът относно обслужването, извършено в болнични заведения, в рамките на здравното осигуряване), от 6 февруари 1969 г. (Nederlandse Staatscourant 1969 г., № 50) определя случаите, в които се установяват индикации, оправдаващи болничното лечение.

12. ZFW се прилага от здравноосигурителните каси, които са юридически лица, одобрени от министъра съгласно член 34 от ZFW. Ziekenfondsraad отговаря за консултиране и информиране на отговорния министър, както и за надзор на управлението и администрирането на здравноосигурителните каси. В случай на подадена жалба срещу решение на здравноосигурителна каса за право на обезщетение, здравноосигурителната каса следва да получи становището на Ziekenfondsraad преди да вземе решение по жалбата.

13. ZFW предвижда създаването на система от споразумения със следните основни характеристики.

14. Член 44, параграф 1 от ZFW предвижда, че здравноосигурителните каси „склучват споразумения с лица и институции, които предлагат една или повече форми на обслужване, посочени в кралския указ, приет в изпълнение на член 8”.

15. Съгласно член 44, параграф 3 от ZFW тези споразумения следва да включват най-малко разпоредби относно естеството и степента на взаимните задължения и права на страните, категориите обслужване, което ще се предоставя, качеството и ефективността на обслужването и контрола по спазване условията на споразумението, включително контрол върху обезщетения, които са дадени или предстои да бъдат дадени и точността на сумите, изплатени посредством тези обезщетения, както и задължението за предоставяне на информацията, която е необходима за осъществяване на този контрол.

16. Споразуменията, обаче, не предвиждат тарифите на здравни услуги, те се уреждат изключително в *Wet tarieven gezondheidszorg* (Закон за тарифите на здравни услуги). Според обясненията на нидерландското правителство обаче, това не означава, че споразуменията между здравноосигурителните каси и доставчиците на медицински услуги не могат да включват споразумения по разходите. Всички фактори, които влияят на нивото на разходите и бюджета на болниците, могат да представляват предмет на споразумение между страните.

17. Здравноосигурителните каси са свободни да сключват споразумения с всеки доставчик на услуги, при две условия. От една страна, от член 47 от ZFW следва, че всяка здравноосигурителна каса „следва да сключи споразумение (...) с всяко заведение в региона, в който тя извършва своята дейност, или със заведение, което редовно се посещава от населението на този регион”. От друга страна, сключване на споразумение е възможно само с здравни заведения, които имат съответно разрешение да извършват въпросното обслужване или с лица, на които това законно е разрешено.

18. Член 8а от ZFW предвижда:

„1. Здравно заведение, която извършва услуги, като тези, посочени в член 8, трябва да бъде оправомощена за това.

2. Кралски указ може да предвиди, че здравно заведение, която принадлежи към категория, определена с кралски указ, се счита за оправомощена за целите на този закон. (...)”.

19. От член 8с, буква а) от ZFW следва, че одобряването на здравно заведение, която ръководи болничните заведения, трябва да бъде отказано, ако тази здравно заведение не отговаря на изискванията на *Wet ziekenhuisvoorzieningen* (Закона за болничното оборудване) за разпространение и нужди. Този закон, правилниците за неговото прилагане (най-вече правилникът, приет на основание член 3 от споменатия закон, *Nederlandse Staatscourant* 1987 г., № 248) и също регионалните планове определят в големи подробности потребностите на страната във връзка с различните категории болнични заведения и тяхното разпределение между различните региони, които е разделена нидерландската територия за целите на здравеопазването.

20. По отношение на специалното прилагане на правото на обезщетение, член 9 от ZFW предвижда:

„1. Осигуреното лице, което иска да упражни своето право на обезщетение, трябва да се обърне за целта към лице или здравно заведение, с което или с която

здравноосигурителната каса, към която е регистрирано, има споразумение, при спазване на разпоредбите на параграф 4, освен в случаите, изброени в кралския указ, посочен в член 8, параграф 2.

2. Осигуреното лице може свободно да избира между лицата и здравните заведения, споменати в параграф 1, при спазване на разпоредбите на параграф 5 и на разпоредбите относно транспортиране с линейка, както е определено в *Wet ambulancevervoer* ((Закона за транспортиране с линейка), *Staatsblad* 1971 г., № 369).

3. (отменен)

4. Здравноосигурителна каса може, чрез дерогация от разпоредбите на параграф 1 и параграф 2, да разреши на осигурено лице, за целите на упражняване право на обезщетение, да се обърне към друго лице или здравно заведение, установена в Нидерландия, ако това е необходимо за неговото медицинско лечение. Министърът може да определи случаите и условията, при които осигурено лице може да получи разрешение да упражни право на обезщетение, да се обърне към лице или здравно заведение извън Нидерландия.

(...)”

21. Министърът упражнява правомощията, които са му възложени от член 9, параграф 4, последно изречение от *ZFW*, като приема *Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering* (Правилник за лечението в чужбина в рамките на здравното осигуряване) от 30 юни 1988 г. (*Nederlandse Staatscourant* 1988 г., № 123, наричан по-нататък „*Rhbz*”). Член 1 от *Rhbz* предвижда:

„Здравноосигурителна каса може да разреши на осигурено лице, което иска да упражни своето право на обезщетение, да се обърне към лице или здравно заведение извън Нидерландия, в случаите когато здравноосигурителната каса установява, че това е необходимо за лечението на осигуреното лице.”

22. Националният съд изтъква, че съгласно съдебната практика на *Centrale Raad van Beroep* (Нидерландския апелативен съд по въпроси на социалната сигурност), по жалби за разрешение за получаване на медицинско лечение в чужбина, финансирано съгласно *ZFW*, трябва да са изпълнени две условия.

23. Първо, трябва да може да се счита, че въпросното лечение отговаря на условията за обезщетение по смисъла на член 8 от *ZFW* и на *Verstrekkingsbesluit*. Както е посочено по-горе, съответният критерий съгласно член 3 от *Verstrekkingsbesluit* е дали предложеното лечение се счита за „обичайно в съответните професионални среди” (вж. Решение на *Centrale Raad van Beroep* от 23 май 1995 г., *RZA* 1995 г., № 126). Например, спрямо определен вид лечение, проведено в Германия, *Centrale Raad van Beroep* е постановил, че „основанието за лечението (все още) не е достатъчно признато в научните среди и съгласно възприетото становище в Нидерландия, се счита за експериментално” (Решение от 19 декември 1997 г., *RZA* 1998 г., № 48). По този начин от съдебната практика става ясно, че в действителност се прави позоваване на преобладаващото становище в нидерландските професионални среди, за да се определи дали едно лечение може да се счита за обичайно, а не за експериментално.

24. Второ, трябва да се определи дали лечението е необходимо с оглед медицинското лечение на осигуреното лице по смисъла на член 9, параграф 4 от *ZFW* и член 1 от

Rhbz. Националната съдебна практика изтъква, че на практика е необходимо да се вземат предвид методите за лечение, прилагани в Нидерландия (вж., по-специално Решение на Centrale Raad van Beroep от 13 декември 1994 г., RZA 1995 г., № 53) и да се определи дали съответното лечение може да се приложи незабавно в Нидерландия.

Спорът по главното производство

Делото Smits

25. Г-жа Smits, страда от болест на Паркинсон. С писмо от 5 септември 1996 г., тя е поискала Stichting VGZ да възстанови разходите Ж за лечение, извършено в Elena-Klinik, в Kassel, Германия, по специфичен и мултидисциплинарен метод. Този метод включва прегледи и лечение с цел да определи най-доброто медикаментозно лечение, лечение чрез физиотерапия и ерготерапия, както и социалнопсихологическа подкрепа.

26. С решения от 30 септември и 28 октомври 1996 г., Stichting VGZ е информирала г-жа Smits, че съгласно ZFW разходите за лечение няма да бъдат възстановени. Решението се основава на факта, че в Нидерландия има подходящо и задоволително лечение на болестта на Паркинсон, че специалното клинично лечение, извършено в Elena-Klinik не осигурява някакво допълнително предимство, и че, следователно, няма медицинска необходимост, която да оправдава лечението в тази клиника.

27. Г-жа Smits е потърсила становището на Ziekenfondsraad на 14 ноември 1996 г. На 7 април 1997 г. Ziekenfondsraad е издал становище, в което се посочва, че решението на Stichting VGZ за отказ на нейната молба се счита за адекватно.

28. В последствие, г-жа Smits подава жалба пред Arrondissementsrechtbank te Roermond (Нидерландия) срещу решението за отказ от 30 септември 1996 г. Тя твърди, по същество, че специалното клинично лечение, проведено в Германия, има редица предимства пред „симптоматичния” подход, прилаган в Нидерландия, при който различните прояви на болестта се лекуват индивидуално, въз основа на симптомите.

29. При проверката препращащият съд установява, че решението за отказ на г-жа Smits е основано, първо, на факта, че специфичният клиничен метод не се счита за обичайно лечение в професионалните среди и, следователно, не е сред обезщетенията по член 8 от ZFW. Ако лечението, или част от него, се счита за обичайно, отказът е основателен, второ, за съображението, че в Нидерландия има задоволително и адекватно лечение, в институция, която е в договорни отношения със здравноосигурителната каса, то лечението в Kassel не е необходимо по смисъла на член 9, параграф 4 от ZFW и член 1 от Rhbz.

30. Препращащият съд е назначил невролог като вещо лице. В своя доклад, представен на 3 февруари 1998 г., вещото лице е стигнало до заключението, че няма клинични или научни доказателства, че специфичният клиничен подход е по-подходящ, и следователно, няма точно медицинско обосноваване за лечението, което г-жа Smits е получила в Германия.

Делото Peerbooms

31. Г-н Peerbooms е изпаднал в кома, в следствие на пътнотранспортно произшествие на 10 декември 1996 г. Той е приет в болница в Нидерландия, и впоследствие

преместен във вегетиращо състояние в университетската клиника в Инсбрук (Австрия) на 22 февруари 1997 г.

32. Клиниката в Инсбрук е подложила г-н Peerbooms на специално интензивно лечение с невростимулация. В Нидерландия тази техника се използва само експериментално в два медицински центъра, като не се позволява пациенти над 25 години да бъдат подлагани на това експериментално лечение. Следователно, ако беше оставен в Нидерландия, г-н Peerbooms, който е роден през 1961 г., не би могъл да получи такова лечение.

33. С писмо от 24 февруари 1997 г., неврологът на г-н Peerbooms е поискал от Stichting CZ да плати разходите за лечението, проведено в университетската клиника в Инсбрук.

34. Тази молба е отхвърлена с решение от 26 февруари 1997 г., предвид становище на медицинския съветник, на основание че в Нидерландия би могло да се извърши адекватно лечение от доставчик на медицински услуги и/или от здравно заведение, с което Stichting CZ е сключила споразумение.

35. Неврологът на г-н Peerbooms отново е подал молба, която отново е отхвърлена на 5 март 1997 г. Жалбата, подадена срещу тези решения, е отхвърлена от Stichting CZ на 12 юни 1997 г.

36. Междувременно, г-н Peerbooms излиза от кома. Той е бил в състояние да напусне клиниката в Инсбрук на 20 юни 1997 г. и е бил прехвърлен в клиниката в Hoensbroek. (Нидерландия), за да продължи своето възстановяване.

37. Г-н Peerbooms е подал жалба пред Arrondissementsrechtbank te Roermond срещу решението на Stichting CZ от 12 юни 1997 г., с което е отхвърлена неговата жалба.

38. Според обясненията, дадени от този съд, отказът на Stichting CZ е основан първо на факта, че благодарение на експерименталния характер на лечението с невростимулация и липсата на научно доказателство за неговата ефикасност, този вид лечение не се счита за обичаен в съответните професионални среди, и съответно не подлежи на обезщетение съгласно член 8 от ZFW. Ако това лечение се счете за обичайно, отказът е основан, второ, на съображението, че тъй като задоволително и адекватно лечение може да бъде извършено навреме в Нидерландия в здравното заведение, с която здравноосигурителната каса има договорни споразумения, лечението в Инсбрук не е било необходимо по смисъла на член 9, параграф 4 от ZFW и член 1 от Rhbz.

39. Неврологът, определен като вещо лице от Arrondissementsrechtbank, е заключил в своя доклад, представен на 12 май 1998 г., че, поради неговата възраст, подходящо и адекватно лечение, като това, извършено на г-н Peerbooms в Инсбрук, не е било достъпно за него в Нидерландия, и че той не би могъл да се ползва от подходящо лечение в друг медицински център в Нидерландия. Неврологът, консултиращ Stichting CZ, е посочил, че методът на лечение е експериментален и до момента не е одобрен в научните среди. Въпреки това, вещото лице е посочило в допълнителен доклад, предаден на 31 август 1998 г., че поддържа своите заключения.

Преюдициалните въпроси

40. С определение от 28 април 1999 г., Arrondissementsrechtbank te Roermond е решил да спре производството и да зададе на Съда следните преюдициални въпроси:

„1) а) Трябва ли член 59 и член 60 от Договора за ЕО да се тълкуват като несъвместими с разпоредби като тази в член 9, параграф 4 от *Ziekenfondswet*, във връзка с член 1 от *Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering*, в случай че цитираните национални разпоредби, предвиждат, че на осигурявано лице е необходимо предварително разрешение от здравноосигурителната каса, за да потвърди неговото право на обезщетения от лице или здравно заведение извън Нидерландия?

б) Зависи ли отговорът на въпроса по точка 1, буква а), от отказа или неприложимостта на посоченото в него разрешение, тъй като съответното лечение в друга държава-членка не се счита за обичайно в професионалните среди и по този начин се счита, че не подлежи на обезщетение по смисъла на член 8 от *Ziekenfondswet*? Има ли разлика в тази връзка, дали се имат предвид единствено схващанията на професионалните среди в Нидерландия и дали са приложени националните или международни критерии, и, ако са приложени, – по отношение на какво? Относимо ли е също така дали разходите за съответното лечение подлежат на възстановяване съгласно системата за социална сигурност на другата държава-членка?

в) Зависи ли отговорът на въпроса по точка 1, буква а) от това дали лечението в чужбина се счита за обичайно и, следователно подлежи на обезщетение, но изискваното разрешение е отказано на основание, че навременно и адекватно лечение може да се получи от нидерландски доставчик на медицински услуги, с когото е сключен договор, и следователно лечението в чужбина не е необходимо за съответното лице?

2) Ако изискването да се получи разрешение представлява препятствие за свободното извършване на услуги, постановено в член 59 и (член 60) от Договора за ЕО, достатъчни ли са първостепенните мотиви в общ интерес, на които се позовават ответниците, за да се счита това препятствие за основателно?”

41. Препращащият съд отбелязва, че въпреки че изискванията, свързани с одобряване на здравните заведения, предвидени в *ZFW*, не изглеждат да изключват възможността за одобрение на чуждестранни заведения, например в пограничните региони от тези изисквания може да се направи изводът, и по-специално от принципа за географско разпределение при определяне на одобрението, че ще бъдат одобрявани главно заведения в Нидерландия.

42. В допълнение препращащият съд изтъква, че особено внимание следва да се обърне на това, какво се има предвид под „обичайно” лечение, когато въпросът за решаване е дали нидерландските здравноосигурителни каси следва да разрешат поемането на разходи за лечение, извършено извън Нидерландия. Ако здравноосигурителните каси вземат предвид единствено това, което се счита за обичайно в професионалните среди в Нидерландия, това може да означава, че определени методи за лечение, които са не толкова общоприети в други държави-членки и за които е предвидено възстановяване на направените разходи, тъй като професионалните среди в тези държави-членки имат схващания, различни от възприетите в Нидерландия, няма да се считат за подлежащи на обезщетения съгласно *ZFW*, и така разрешението ще следва да бъде отказано.

По преюдициалните въпроси

43. Със своите два въпроса, които следва да бъдат разгледани заедно, препращащият съд пита всъщност дали член 59 и член 60 от Договора следва да се тълкуват като

недопускащи възможността законодателство на държава-членка, като разглежданото в главното производство законодателство, което допуска, че разходите за лечение в здравно заведение в друга държава-членка зависят от предварителното разрешение на здравноосигурителните каси, в които е осигурено лицето, като това разрешение се дава само при изпълнение на следните условия. Първо, предложеното лечение трябва да е сред обезщетенията, които се допуска от системата за здравно осигуряване на първата държава-членка, което значи, че лечението трябва да се счита за „обичайно в съответните професионални среди”. Второ, лечението в чужбина трябва да е необходимо, предвид здравословното състояние на заинтересованото лице, което предполага че адекватното лечение не може да бъде извършено навреме от доставчик на здравни услуги, който е сключил споразумение със здравноосигурителна каса в първата държава-членка.

По правомощието на държавите-членки да уреждат своите системи за социална сигурност и задължението за съблюдаване правото на Общността при упражняването на това правомощие

44. За да отговори на така поставените въпроси, трябва да се припомни като начало, че съгласно установената съдебна практика, правото на Общността не отнема от правомощията на държавите-членки да уреждат своите системи за социална сигурност (Решение от 7 февруари 1984 г. по дело Duphar 238/82, Recueil, стр. 523, точка 16, Решение от 17 юни 1997 г. по дело Sodemare C-70/95, Recueil, стр. I-3395, точка 27 и Решение от 28 април 1998 г. по дело Kohll C-158/96, Recueil, стр. I-1931, точка 17).

45. Следователно, при липса на общностна хармонизация, законодателството на всяка държава-членка трябва да определи, първо, условията относно правото или задължението за осигуряване в системата за социална сигурност. (Решение от 24 април 1980 г. по дело Coonan 110/79, Recueil, стр. 1445, точка 12, Решение от 4 октомври 1991 г. по дело Paraschi C-349/87 Recueil, стр. I-4501, точка 15 и Решение по дело Kohll, посочено по-горе, точка 18) и второ, условията, при които има право на обезщетения (Решение от 30 януари 1997 г. по съединени дела Stöber и Piosa Pereira C-4/95 и C-5/95, Recueil, стр. I-511, точка 36 и Решение по дело Kohll, посочено по-горе, точка 18).

46. Въпреки това, когато упражняват тези правомощия, държавите-членки трябва да спазват правото на Общността (Решение по дело Kohll, посочено по-горе, точка 19).

По приложението на разпоредбите относно свободното предоставяне на услуги по отношение на болнично лечение

47. Първо, необходимо е да се определи дали въпросните ситуации в главното производство наистина попадат в приложното поле на свободното предоставяне на услуги, предвидено в член 59 и член 60 от Договора.

48. Редица представили писмени становища пред Съда правителства твърдят, че болничните услуги не могат да представляват икономическа дейност по смисъла на член 60 от Договора, особено когато те са извършени в натура и безплатно съгласно съответната система за здравното осигуряване.

49. Като се позовават по-специално на Решения от 27 септември 1988 г. по дело Humbel 263/86, Recueil, стр. 5365, точки 17–19, и Решение от 4 октомври 1991 г. по дело Society for the Protection of Unborn Children Ireland C-159/90, Recueil, стр. I-4685, точка 18) те твърдят, по-специално че няма възстановяване по смисъла на член 60 от Договора, в

случаите когато пациент получи лечение в здравно заведение, без да се налага да заплаща сам, или когато цялата или част от сумата му се възстановява.

50. Някои от тези правителства също твърдят, че от Решение от 13 февруари 1985 г. по дело *Gravier* 293/83, *Recueil*, стр. 593 и от Решение от 7 декември 1993 г. по дело *Wirth* C-109/92, *Recueil*, стр. I-6447, точка 17) следва, че допълнително условие, което трябва да бъде изпълнено, преди дадена услуга да може да се счита за икономическа дейност по смисъла на член 60 от Договора, е лицето, което извършва услугата, да прави това с цел печалба.

51. Германското правителство счита, че структурните принципи, които ръководят извършването на здравни грижи, са присъщи на системите за социална сигурност и не попадат в сферата на основните икономически свободи, гарантирани от Договора ЕО, тъй като заинтересованите лица нямат възможност да решат сами съдържанието, вида и важността на услугата, както и цената, която ще заплатят.

52. Нито един от тези аргументи не може да бъде приет.

53. Съгласно установената съдебна практика, медицинските дейности попадат в обсега на член 60 от Договора, като няма нужда в тази връзка да се прави разграничение между медицинско обслужване, извършено в или извън болница (вж. Решение от 31 януари 1984 г., по дело *Luisi и Carbone* 286/82 и 26/83, *Recueil*, стр. 377, точка 16.; Решение по дело *Society for the Protection of Unborn Children Ireland*, посочено по-горе, точка 18 относно реклама на клиники, в които доброволно се прекратява бременност; и Решение по дело *Kohll*, посочено по-горе, точки 29 и 51).

54. Установената съдебна практика и особеният характер на определени услуги не ги изключва от приложното поле на основния принцип за свободно движение (Решение от 17 декември 1981 г. по дело *Webb* 279/80, *Recueil*, стр. 3305, точка 10 и по дело *Kohll*, точка 20), така че фактът, че разглежданата в главното производство национална правна уредба е в областта на социалната сигурност, не може да изключи възможността за приложението на член 59 и член 60 от Договора (Решение по дело *Kohll*, посочено по-горе, точка 21).

55. По-специално по отношение на аргумента, че болничните услуги, извършени в контекста на системата за здравното осигуряване, която предвижда право на обезщетения, като тези уредени в *ZFW*, не следва да се класифицират като услуги по смисъла на член 60 от Договора, следва да се отбележи, че освен че попада в тази система, разглежданото в главното производство медицинско лечение, което е извършено в държави-членки, различни от държавите, в които съответните лица са осигурени, наистина е довело до положение, при което пациентите заплащат директно на здравните заведения, които са извършили лечението. Трябва да се приеме, че здравна услуга, извършена в една държава-членка и заплатена от пациента, не следва да отпада от приложното поле на свободното предоставяне на услуги, гарантирано от Договора, единствено поради факта, че е подадена молба за възстановяване на разходите по лечението съгласно правната уредба в областта на здравното осигуряване на друга държава-членка, която предвижда обезщетения в натура.

56. Освен това, фактът, че болничното медицинско лечение се финансира директно от здравноосигурителните каси въз основа на споразумения и предварително определени тарифи, не винаги може да доведе до отпадане на това лечение от услугите по смисъла на член 60 от Договора.

57. От една страна, следва да се има предвид, че член 60 от Договора не изисква услугата да бъде заплатена от този, в чиято полза е извършена (Решение от 26 април 1988 г. по дело *Bond van Adverteerders* и др. 352/85, *Recueil*, стр. 2085, точки 16 и от 11 април 2000 г. по съединени дела *Deliège* C-51/96 и C-191/97, *Recueil*, стр. I-2549, точка 56).

58. От друга страна, член 60 от Договора уточнява, че той се прилага за услуги, които обичайно се извършват срещу заплащане и е постановено, че за целите на тази разпоредба, основната характеристика на възнаграждението е, че то представлява насрещно предоставяне на въпросната услуга (Решение по дело *Humbel*, посочено по-горе, точка 17). В този случай, плащанията, извършени от здравноосигурителните каси съгласно договорни клаузи, предвидени в *ZFW*, въпреки че са определени като размер, наистина представляват насрещно предоставяне на медицински услуги и безспорно представляват възнаграждение за болницата, която го получава и която извършва дейност с икономически характер.

59. Тъй като разпоредбите за услугите, разглеждани в главното производство, не попадат в обсега на свободното предоставяне на услуги по смисъла на член 59 и член 60 от Договора, необходимо е да се прецени дали разпоредбите, разглеждани в главното производство, поставят ограничения на тази свобода и, ако е така, дали тези ограничения могат да бъдат обективно оправдани.

По ограничителните последици на правната уредба, разглеждана в главното производство

60. Необходимо е да се определи дали представлява ограничение на свободното предоставяне на услуги по смисъла на член 59 от Договора, фактът, че разходите за лечение, извършено в болнично заведение в друга държава-членка, се поемат от системата за здравно осигуряване само при условие, че лицето, на което е извършено лечението, е получило предварително разрешение, което се дава, само ако съответното лечение се заплаща от системата за здравно осигуряване на държавата-членка, в която пациентът се осигурява, което от своя страна изисква лечението да се счита за „обичайно в съответните професионални среди”, и че здравноосигурителната каса на осигуреното лице е решила, че неговото медицинско лечение изисква то да бъде лекувано в съответното здравно заведение, като предполага, че навременно и адекватно лечение не може да бъде извършено от доставчик на здравни услуги, с когото има сключен договор, в държавата-членка, в която лицето е осигурено.

61. Съгласно установената съдебна практика, член 59 от Договора не допуска възможността за приложение на национална правна уредба, която затруднява предоставянето на услуги между държавите-членки, в сравнение с предоставянето на услуги в рамките само на една държава-членка (Решение от 5 октомври 1994 г. по дело *Комисия/Франция* C-381/93, *Recueil*, стр. I-5145, точка 17, и Решение по дело *Kohl*, посочено по-горе, точка 33).

62. В този случай, макар че *ZFW* не лишава осигурените лица от възможността да ползват доставчик на услуги, установен в друга държава-членка, той предвижда възстановяване на разходите, направени в друга държава-членка, при условие че има предварително разрешение и предвижда отказ за възстановяване на разходите, ако не са изпълнени двете условия, посочени в точка 60 от настоящото решение.

63. По отношение на първото от тези изисквания, а именно предложеното лечение да е лечение, обхванато от ZFW, или с други думи лечение, което може да се счита за „обичайно в съответните професионални среди”, достатъчно е да се изтъкне, че по своята същност, това условие може да води до отказ за разрешение. Единствено точната честота на откази за разрешение, а не съществуването на самите откази, могат да се определят от считането за „обичайно” лечение и „съответните професионални среди”.

64. По отношение на второто изискване, а именно извършването на болничното лечение в друга държава-членка да представлява медицинска необходимост, какъвто би бил случаят единствено ако адекватно лечение не може да бъде извършено навреме в болничните заведения, с които има сключен договор в държавата-членка, в която е осигурено нуждаещото се от лечение лице, като това изискване по своя характер драстично ще ограничи обстоятелствата, при които може да се получи разрешение.

65. Нидерландското правителство и Комисията настояват, от друга страна, че здравноосигурителната каса може да сключи договори с болнични заведения извън Нидерландия, като в такъв случай не е необходимо предварително разрешение да бъдат поети разходите съгласно ZFW за лечение, извършено в такива заведения.

66. Дори пренебрегването на факта, че такава възможност не е видна от разпоредбите на националната правна уредба, на което се позовава Съдът, определението за препращане посочва, че в действителност, като се вземат предвид условията за сключване на договор, главно болнични заведения в Нидерландия ще сключват договори със здравноосигурителните каси. Трябва, също така, да се признае, че с изключение на болнични заведения, разположени в погранични райони, граничещи с Нидерландия, малко вероятно изглежда голям брой болници в други държави-членки изобщо да сключат договори с нидерландски здравноосигурителни каси, тъй като вероятността те да приемат пациенти, осигурявани от тези каси, остава неясна и ограничена.

67. Следователно, приема се, че повечето случаи за поемане съгласно ZFW на разходи за болнично лечение, извършено от заведения в държави-членки, различни от държавите-членки, в които лицето е осигурено, следва да подлежат на предварително разрешение, какъвто е и случаят с лечението, разглеждано в главното производство, и че такова разрешение се отказва, ако не за изпълнени двете изисквания, посочени в точка 60 от настоящото решение.

68. За сравнение, лечението, извършено в болници в Нидерландия, с които е сключен договор, което представлява по-голямата част от болнично лечение, извършвано там на лица, осигурени съгласно ZFW, се заплаща от здравноосигурителните каси, без да се изисква някакво предварително разрешение.

69. От изложените по-горе съображения следва, че разпоредби като разглежданата в главното производство правна уредба възпира или дори възпрепятства осигурените лица да прибегват до доставчици на медицински услуги, установени в друга държава-членка и представлява препятствие пред свободното предоставяне на услуги както за осигурените лица, така и за доставчиците на услуги (вж. в този смисъл, Решение по дело *Luisi и Carbone*, посочено по-горе, точка 16, Решение от 28 януари 1992 г. по дело *Wachmann C-204/90*, *Recueil*, стр. I-249, точка 31, и Решение по дело *Kohll*, посочено по-горе, точка 35).

70. Следователно, доколкото става въпрос за медицински услуги, извършени в рамките на болнично заведение, каквито са услугите, разглеждани в главното производство, необходимо е да се провери дали тези правила могат да бъдат обективно обосновани.

71. В тази връзка, необходимо е първо да се определи дали има важни съображения, които може да се приеме, че обосновават препятствията пред свободното предоставяне на медицински услуги, извършвани в рамките на болнично заведение, и след това да се определи дали принципът за предварително разрешение е основателен в контекста на тези първостепенни нужди, и накрая, да се прецени дали условията, уреждащи предоставянето на предварително разрешение, сами по себе си са основателни.

По важните съображения относно обосноваването на препятствието пред свободното предоставяне на услуги в сферата на болничното лечение

72. Както са изтъкнали и всички представили становища правителства, Съдът е счел, че не може да се изключи, че възможният риск от сериозно подкопаване на финансовия баланс на системата за социална сигурност може да представлява важна причина от общ интерес, който може да обоснове ограничаване на принципа за свободно предоставяне на услуги (Решение по дело Kohll, посочено по-горе, точка 41).

73. Съдът също е счел, че по отношение на целта за поддържане на достъп до медицински и болнични услуги за всички, то тази цел, макар и неразривно свързана с метода за финансиране на системата за социална сигурност, може също да попада сред дерогациите по причини, свързани с общественото здраве съгласно член 56 от Договора за ЕО (понастоящем, след изменение - член 46 ЕО), доколкото тя допринася за постигането на високо ниво на здравеопазване (Решение по дело Kohll, посочено по-горе, точка 50).

74. Освен това, Съдът е уточнил, че член 56 от Договора разрешава на държавите-членки да ограничат свободното предоставяне на медицински и болнични услуги, тъй като поддържането на лечебния капацитет или медицинската компетентност на територия на страната е важна за общественото здраве, и дори за оцеляването на населението (Решение по дело Kohll, посочено по-горе, точка 51).

75. Следователно, необходимо е да се определи дали националната правна уредба, разглеждана в главното производство, може в действителност да бъдат оправдана в контекста на такива първостепенно важни причини и, в такъв случай, съгласно установената съдебна практика, да се гарантира, че тя не надвишава обективно необходимото за тази цел и че същият резултат не може да се постигне с по-малко ограничаващи правила (вж. Решения от 4 декември 1986 г. по дело Комисия/Германия 205/84, Recueil, стр. 3755, точки 27 и 29 от 26 февруари 1991 г. по дело Комисия/Италия C-180/89, Recueil, стр. I-709, точки 17 и 18, и от 20 май 1992 г. по дело Ramrath C-106/91, Recueil, стр. I-3351, точки 30 и 31).

По изискването за предварително разрешение

76. По отношение на изискването за предварително разрешение, което е поставено от ZFW като условие за поемане на разходите за лечение, извършено от доставчик на медицински услуги, с когото не е сключен договор, в друга държава-членка, Съдът приема, както всички представили становища правителства са изложили, че в сравнение с медицинските услуги, извършени от практикуващи лекари в техните кабинети или в дома на пациента, медицинските услуги, извършени в болнично

заведение, несъмнено имат някои много отличителни характеристики. По този начин, ясно е, че броят на болниците, тяхното географско разпределение, начинът на организация и оборудване, и дори вида на медицинските услуги, които могат да предложат, са въпроси, за които планирането трябва да е възможно.

77. Както може да бъде видно, по-специално от системата за договаряне, разглеждана в главното производство, този вид планиране следователно създава различни притеснения.

78. От една страна, то може да има за цел да гарантира наличието на достатъчен и постоянен достъп до равномерен пакет от висококачествено болнично лечение в съответната страна.

79. От друга страна, то спомага за контрол на разходите и за предотвратяване, доколкото е възможно, разхищението на финансови, технически и човешки ресурси. Такова разхищение е увреждащо, защото е общоприето, че секторът на болнично лечение генерира значителни разходи и трябва да задоволява нарастващи нужди, докато финансовите ресурси за здравеопазване, не са неограничени независимо от начина на финансиране.

80. Предвид тези две съображения, изискването за предварителното разрешение за поемане на разходите за болнично лечение, извършено в друга държава-членка,, съгласно националната система за социална сигурност, изглежда необходима, и обоснована мярка.

81. Като се разгледа определената от ZFW система, става ясно, че независимо от обстоятелствата, ако осигурените лица получат свободата да използват услугите на болници без тяхната здравноосигурителна каса да има сключен договор с тях, независимо дали се намират в Нидерландия или в друга държава-членка, това би застрашило планирането, което осигурява логично, стабилно, равномерно и достъпно предлагане на болнични услуги чрез договорната система.

82. Макар посочените по-горе съображения да разкриват, че правото на Общността по принцип не изключва възможността за система с предварително разрешение, то условията за получаване на такова разрешение трябва да бъдат повече или по-малко оправдани във връзка с разгледаните причини от първостепенно значение и да отговарят на изискването за пропорционалност, посочено по-горе в точка 75.

По условието предложеното лечение да бъде обичайно

83. Както беше отбелязано по-горе, правилата, разглеждани в главното производство, поставят получаването на разрешение под условие предлаганото медицинско или хирургическо лечение да се счита за „обичайно в съответните професионални среди”.

84. Още от начало следва да се подчертае, че по силата на член 3 от Verstrekingenbesluit, това условие се отнася общо за поемането на разходи, съгласно ZFW, за всякакви медицински и хирургически услуги, така че по принцип то се прилага независимо дали предложеното лечение ще бъде извършено в здравно заведение, с което има сключен договор или извън такова заведение, в или извън Нидерландия.

85. Предвид това уточнение и посоченото по-горе в точки 44 и 45 от настоящото решение, че законодателството на всяка държава-членка следва да уреди своята

система за социална сигурност и особено да определи условията, уреждащи правото на обезщетения.

86. Съдът също е постановил, че по принцип не е несъвместимо с правото на Общността, държава-членка да изключи чрез ограничителни списъци определени продукти, за които не се дават обезщетения по системата за социална сигурност. (Решение по дело Duphar и др., посочено по-горе, точка 17).

87. Същият принцип трябва да се прилага за медицинско и болнично лечение, когато трябва да се определи кои видове лечение ще се заплащат от системата за социална сигурност на съответната държава-членка. Следователно, правото на Общността не може по принцип да изисква държавата-членка да разшири списъка на медицинските услуги, заплащани от системата за социална сигурност: фактът, че определен вид медицинско лечение се заплаща или не от системите за здравно осигуряване на други държави-членки не е релевантен.

88. Още повече, че както е посочено по-горе в точка 46, при упражняването на това правомощие държавата-членка не трябва да пренебрегва правото на Общността.

89. По този начин, от съдебната практика на Съда следва, че определянето на списъци с лекарствата, неподлежащи на заплащане от здравноосигурителната каса, трябва да бъде съставен съгласно член 30 от Договора за ЕО (понастоящем, след изменение - член 28 ЕО) и че това ще е така, само ако списъкът е съставен въз основа на обективни критерии, независимо от произхода на продуктите (Решение по дело Duphar и др., посочено по-горе, точка 21).

90. Следователно, от установената съдебна практика следва, че система за предварително разрешение не може да узаконява решения, взети по усмотрение на националните органи, които обезсилват ефективността на разпоредбите на правото на Общността, по-специално свързаните с някоя от основните свободи, като тази, разглеждана в главното производство (вж. в този смисъл Решения от 23 февруари 1995 г. по съединени дела Bordessa и др. C-358/93 и C-416/93 Recueil, стр. I-361, точка 25; Решение от 14 декември 1995 г. по съединени дела Sanz de Lera и др. C-163/94, C-165/94 и C-250/94, Recueil, стр. I-4821, точки 23 до 28; и Решение от 20 февруари 2001 г. по дело Analir и др. C-205/99, Recueil, стр. I-1271, точка 37). Следователно, за да бъде обоснована системата за предварително административно разрешение, въпреки че тя предвижда изключение от основна свобода, тя трябва, във всички случаи, да бъде основана на обективни, недискриминационни предварително известни критерии, като по този начин се определя точно правото на преценка на националните органи, което да не се използва произволно (Решение по дело Analir и др., посочено по-горе, точка 38). Такава система за предварително административно разрешение трябва да се основава на система от лесно достъпни и осигуряващи обективно и безпристрастно разглеждане в разумен срок на искането за разрешение процедури, като отказите за разрешение трябва да могат да се оспорват и обжалват по съдебен път.

91. Системата за здравно осигуряване, установена от ZFW, не е основана на предварително определен и издаден от националните органи списък на видовете лечение, за които ще бъде осигурено заплащане. Нидерландският законодател е определил общо правило, според което разходите за медицинско лечение се поемат, при условие че лечението се счита за „обичайно в съответните професионални среди”. Следователно той е оставил на здравноосигурителните каси, които действат при

необходимост под надзора на Ziekenfondsraad и съдилищата, да определят видовете лечение, които в действителност отговарят на това условие.

92. По настоящите две дела, от аргументите, изложени пред препращащия съд, отразени в буква б) от първия преюдициален въпрос, и от становищата, представени пред Съда, е видно, че изразът „обичайно в съответните професионални среди” има множество тълкувания, в зависимост от това, дали трябва да се има предвид това, което се счита за обичайно само в нидерландските медицински среди, което, ако се съди от определението за препращане, изглежда е и тълкуването, предпочетено от препращащия съд (вж. точка 23, посочена по-горе), или, от друга страна, което се счита за обичайно според световната медицинска наука и общопризнатите в международен план медицински правила.

93. В тази връзка, нидерландското правителство е обяснило, че когато специфично лечение представлява професионално подходящо лечение, което има валидна научна основа, то подлежи на обезщетение по смисъла на ZFW, така че приложението на обичайния критерий не трябва да има за последица това, че само лечение, което обикновено се извършва в Нидерландия, може да подлежи на обезщетение. Според нидерландското правителство, мнението на нидерландските професионални среди също е основано на вида на лечението и на научната мисъл на световно ниво, като зависи и от това, дали според състоянието на националната и световна наука, лечението се счита за обичайно. По този начин критерият се прилага, без разграничение както спрямо различните видове лечение, извършвани в Нидерландия, така и спрямо лечения, за които осигуреното лице иска да отиде в чужбина.

94. Може да се счита, че само тълкуване, основано на достатъчно изпитаното и провереното от световната медицинска наука отговаря на изискванията, посочени по-горе в точки 89 и 90 от настоящото решение.

95. От тези изисквания следва, че според системата, като разглежданата в главното производство, решението за разрешение да се подложи лицето на болнично лечение в друга държава-членка, е възложено на здравноосигурителните каси. Това означава, че тези каси трябва да прилагат обективни и независими критерии, за да определят доставчиците на услуги.

96. Ако се позволи само лечение, което обичайно се извършва на територията на страната и се взема само становището на националните медицински среди при определяне на едно лечение като обичайно или не, то няма да бъдат осигурени гаранции и ще се способства нидерландските доставчици на услуги в действителност винаги да бъдат предпочитани.

97. От друга страна, ако условието за обичайно лечение допуска, че ако лечението е достатъчно изпитано и проверено от световната медицинска наука, то исканото по ЗФВ разрешение не може да бъде отказано по тази причина, може да се счита, че споменатото условие, което се прилага без разграничение спрямо лечение, извършвано в Нидерландия или в чужбина, може да се счита за основателно предвид нуждата да се поддържа адекватно, равномерно и постоянно предлагане на болнични грижи на територията на страната и в други държави-членки, то свободното предоставяне на услуги, което може да последва от приложението на това условие, не нарушава член 59 от Договора.

98. Освен това, ако държава-членка вземе решение, че медицинско или болнично лечение трябва да е достатъчно изпитано и проверено, за да се поемат разходите по него от системата за социална сигурност, както е в главното производство, за да могат националните органи да решат дали болничното лечение, извършено в друга държава-членка отговаря на този критерий, тези органи трябва да вземат предвид цялата налична информация, включително, по-специално наличната научна литература и изследвания, мненията на упълномощените специалисти и дали предложеното лечение се заплаща от системата за здравно осигуряване на държавата-членка, в която е извършено лечението.

По условието за необходимостта от извършеното лечение

99. Съгласно правилата, разглеждани в главното производство, предоставянето на разрешение, което позволява поемането на разходите за медицинско лечение, извършено в чужбина, следва да отговаря и на второ условие, а именно да бъде доказано, че медицинското лечение на осигуреното лице изисква тази услуга.

100. Както изтъква препращащият съд, от текста на член 9, параграф 4 от ZFW и член 1 от Rhbz следва, че по принцип това условие се прилага независимо дали искането за разрешение е свързано с лечение в здравно заведение, намиращо се в Нидерландия, с което здравноосигурителната каса на осигуреното лице на се намира в договорни отношения или в здравно заведение, намиращо се в друга държава-членка.

101. От друга страна, по отношение на извършването на болнично лечение извън Нидерландия, препращащият съд изтъква, че на практика това условие често се тълкува в смисъл, че извършването на такова лечение не следва да се разрешава, освен ако е ясно, че съответното лечение не може да бъде извършено навреме в Нидерландия. Следователно, в тази връзка не се прави разграничение дали дадено лечение може да се извърши от заведение, с което е сключен договор или от заведение, с което няма договорни отношения.

102. От своя страна, нидерландското правителство разяснява, че разглеждано в главното производство законодателство не налага отказ на искането за разрешение, ако исканото лечение може да се извърши в Нидерландия. Съгласно член 9, параграф 4 от ZFW, разглеждан във връзка с член 1 от Rhbz отказ за разрешението трябва да се дава, само когато лечението, изисквано от здравословното състояние на осигуреното лице, може да се извърши от лечебни заведения, с които е сключен договор. Нидерландското правителство изтъква, че е неуместно тълкуването на здравноосигурителните каси, които явно разглеждат страната на местонахождение на здравното заведение като релевантен фактор.

103. С оглед посоченото по-горе в точка 90, може да се направи изводът, че състоянието на лицето по отношение на необходимостта от лечение, установена от разпоредбите, разглеждани в главното производство, може да се обоснове от член 59 от Договора, ако условието се тълкува в смисъл, че разрешението за извършване на лечение в друга държава-членка може да бъде отказано на това основание, само ако същото или еднакво ефикасно лечение може да бъде извършено навреме от здравно заведение, с което здравноосигурителната каса на осигуреното лице има сключен договор.

104. Освен това, за да определи дали здравно заведение, с което здравноосигурителната каса на осигуреното лице има сключен договор, може да извърши лечението навреме,

националните органи следва да вземат предвид всички обстоятелства във всеки отделен случай и да отчетат не само здравословното състояние на пациента, към момента на искането за разрешение, но и минали заболявания.

105. Това условие може да позволи да се поддържа адекватно, равномерно и постоянно предлагане на висококачествено болнично лечение на територията на страната, както и да се осигури финансова стабилност на системата за здравно осигуряване.

106. Ако голям брой осигурени лица решат да се лекуват в други държави-членки, въпреки че болниците, с които техните здравноосигурителните каси имат сключен договор, предлагат съответното идентично или равностойно лечение, то самият принцип за сключване на договори би бил застрашен и следователно, цялото планиране и рационализиране, извършвано в този жизненоважен сектор, в опит да бъде избегнато надхвърлянето на капацитета на болниците, липсата на равномерно предлагане на болнични услуги и логистичните и финансови загуби, да бъде разклатено.

107. От друга страна, щом е изяснено, че лечение, което се заплаща от съответната система за здравно осигуряване, не може да бъде извършено от здравно заведение, с което има сключен договор, не е приемливо болниците в страната, които не са в договорни отношения със здравноосигурителната каса на осигуреното лице, да имат привилегии спрямо болници в други държави-членки. Щом такова лечение е извършено извън планираната рамка, установена от ZFW, то тези привилегии биха надвишили необходимите условия, които да отговарят на непосилните изисквания посочени по-горе в точка 105.

108. Предвид всички предходни съображения, отговорът, който следва да се даде на препращащия съд, следва да гласи, че член 59 и член 60 от Договора допускат възможността законодателство на държава-членка, като разглежданото в главното производство, да допуска поемане на разходите за лечение, извършено в болница в друга държава-членка, при условие че има предварително разрешение от здравноосигурителната каса на осигуреното лице, а предоставянето на такова разрешение е възможно при условие, че, от една страна, лечението се счита за „обичайно в съответните професионални среди”, критерий, който също се прилага за определяне на заплащане на болничното лечение, извършено на територията на страната и, от друга страна, медицинското лечение на осигуреното лице изисква това лечение. Тези условия се прилагат само ако:

- изискването лечението да се счита за „обичайно” се тълкува в смисъл, че разрешението не може да се отказва на това основание, ако е ясно, че съответното лечение е достатъчно изпитано и проверено от световната медицинска наука, и

- разрешението може да бъде отказано на основание липсата на медицинска необходимост, само ако същото или еднакво ефикасно лечение може да бъде получено навреме в заведение, с което здравноосигурителната каса на осигуреното лице има сключен договор.

По съдебните разноски

109. Разходите, направени от нидерландското, белгийското, датското, германското, френското, ирландското, австрийското, португалското, финландското, шведското правителство, правителството на Обединеното кралство, исландското и норвежкото правителство, и от Комисията, които са представили становища пред Съда, не подлежат на възстановяване. С оглед на обстоятелството, че за страните по главното

производство настоящото дело има характер на инцидентен установителен иск в производството, висящо пред националния съд, последният следва да се произнесе по съдебните разноски.

По изложените съображения,

Съдът,

като се произнася по въпросите, поставени пред него от Arrondissementsrechtbank te Roermond с Решение от 28 април 1999 г., реши:

Член 59 от Договора за ЕО (понастоящем, след изменение – член 49 ЕО) и член 60 от Договора за ЕО (понастоящем – член 50 ЕО) допускат възможността законодателството на държава-членка, като разглежданото в главното производство, да позволяват поемане на разходите за лечение, извършено в болница, намираща се в друга държава-членка, с предварително разрешение от здравноосигурителната каса на осигуреното лице, а такова разрешение се дава, при условие че, от една страна, лечението се счита за „обичайно в съответните професионални среди” – критерий, който се прилага също при определяне дали болнично лечение, извършено на територията на страната, се заплаща от системата за здравно осигуряване, и, от друга страна, медицинското лечение на осигуреното лице изисква това лечение. Тези условия се прилагат само ако:

- изискването лечението да се счита за „обичайно” се тълкува в смисъл, че разрешението не може да се отказва на това основание, ако е ясно, че съответното лечение е достатъчно изпитано и проверено от световната медицинска наука, и
- разрешението може да бъде отказано на основание липсата на медицинска необходимост, само ако същото или еднакво ефикасно лечение може да бъде получено навреме в заведение, с което здравноосигурителната каса на осигуреното лице има сключен договор.

Подписи

Произнесено в открито съдебно заседание в Люксембург на 12 юли 2001 година.

Подписи