

РЕШЕНИЕ НА СЪДА

13 май 2003 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 – Медицински разходи направени в друга държава-членка – Предварително разрешение – Критерии – Оправдаване”.

По дело C-385/99

с предмет преюдициално запитване, отправено до Съда на основание член 234 от Договора за ЕО от Centrale Raad van Beroep (Нидерландия) в производството, висящо пред този съд между

V. G. Müller-Fauré

и

Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA,

и между

E. E. M. van Riet

и

Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO 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 M. Wathelet (докладчик), г-н R. Schintgen и г-н C. W. A. Timmermans, председатели на състав, г-н D. A. O. Edward, г-н A. La Pergola, г-н P. Jann, г-жа F. Macken и г-жа N. Colneric, г-н S. von Bahr и г-н J. N. Cunha Rodrigues, съдии,

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

секретар: г-н H. A. Rühl, главен администратор,

като взе предвид писмените становища, представени:

– за г-жа Müller-Fauré, от адв. J. Blom, advocaat,

* Език на производството : нидерландски.

– за Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, от адв. J. K. de Pree, advocaat,

– за нидерландското правителство, от г-н M. A. Fierstra, в качеството на представител,

– за белгийското правителство, от г-н P. Rietjens, 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-жа B. Muttelsee-Schön, в качеството на представители,

– за испанското правителство, от г-жа N. Díaz Abad, в качеството на представител,

– за ирландското правителство, от г-н M. A. Buckley, в качеството на представител, подпомаган от г-жа N. Hyland, BL,

– за италианското правителство, от г-н U. Leanza, в качеството на представител, подпомаган от г-н I. M. Braguglia, avvocato dello Stato,

– за шведското правителство, от г-н A. Kruse, в качеството на представител,

– за правителството на Обединеното кралство, от г-жа R. Magrill, в качеството на представител, подпомагана от г-жа S. Moore, barrister,

– за исландското правителство, от г-н E. Gunnarsson и г-н H. S. Kristjánsson, а също и от г-жа V. Hauksdóttir, в качеството на представители,

– за норвежкото правителство, от г-н H. Seland, в качеството на представител,

– за Комисията на Европейските общности, от г-н P. Hillenkamp и г-н H. M. H. Speyart, в качеството на представители,

като има предвид допълнителните писмени становища, представени по настояване на Съда:

– за г-жа Van Riet, от г-н A. A. J. van Riet,

– за Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, от адв. J. K. de Pree,

– за Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, от г-н H. H. B. Limberger, в качеството на представител,

– за нидерландското правителство, от г-жа H. G. Sevenster, в качеството на представител,

– за испанското правителство, от г-жа N. Díaz Abad,

– за ирландското правителство, от г-н D. J. O’Hagan, в качеството на представител,

– за шведското правителство, от г-н А. Kruse,

– за правителството на Обединеното кралство, от г-н D. Wyatt, в качеството на представител, подпомаган от г-жа S. Moore,

– за норвежкото правителство, от г-н H. Seland,

– за Комисията, от г-н H. M. H. Speyart,

предвид Доклада от съдебното заседание,

след като изслуша устните становища на Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, за която се явява адв. J. K. de Pree, на Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, за която се явява г-н R. Out, в качеството на представител, на нидерландското правителство, за което се явява г-жа H. G. Sevenster, на датското правителство, за което се явява г-н J. Molde, на испанското правителство, за което се явява г-жа N. Díaz Abad, на ирландското правителство, за което се явява г-н A. Collins, BL, на финландското правителство, за което се явява г-жа Т. Рунпӓ, в качеството на представител, на правителството на Обединеното кралство, за което се явява г-н D. Lloyd-Jones, QC, и на Комисията, за която се явяват г-жа H. Michard, в качеството на представител, и г-н H. M. H. Speyart, в съдебното заседание на 10 септември 2002 г.,

след като изслуша заключението на генералния адвокат, представено в съдебното заседание на 22 октомври 2002 г.,

постанови настоящото

Решение

1. С Определение от 6 октомври 1999 г., получено в Съда на 11 октомври същата година, Centrale Raad van Beroep (Нидерландският апелативен съд по въпроси на социалната сигурност) е поставил съгласно член от Договора за 234 ЕО, три преюдициални въпроса относно тълкуването на член 59 от Договора ЕО (понастоящем, след изменение член 49 ЕО) и на член 60 от Договора за ЕО (понастоящем член 50 ЕО).

2. Тези въпроси са възникнали в рамките на два спора противопоставящи г-жа Müller-Fauré и Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA (здравноосигурителна каса, наричана по-нататък „Касата на Zwijndrecht”), установена в Zwijndrecht (Нидерландия), от една страна, и г-жа Van Riet и Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (наричана по-нататък „Касата на Amsterdam”), установена в Амстердам (Нидерландия), от друга страна относно възстановяване на медицински разходи, направени съответно в Германия и Белгия.

Национална правна уредба

3. В Нидерландия, системата за здравно осигуряване се основава на Ziekenfondswet (Закона за здравноосигурителните каси) от 15 октомври 1964 г. (Staatsblad 1964 г. № 392), по-късно изменен (наричан по-нататък „ZFW”) и на Algemene Wet Bijzondere

Ziektekosten (Закон за общото осигуряване за специални медицински разходи) от 14 декември 1967 г. (Staatsblad 1967 г., № 617), също по-късно изменен (наричан по-нататък „AWBZ”). Както ZFW, така и AWBZ създават система на обезщетения в натура, благодарение на която осигурените имат право да получават не възстановяване на медицинските разходи, а да ползват безплатно самите здравни услуги. Тези два закона се основават на система от споразумения между здравноосигурителните каси и доставчиците на здравни услуги.

4. От членове 2 – 4 от ZFW следва, че съгласно този закон задължително и пълноправно са осигурени работници, чиито годишен доход не надвишава определена от упоменатия закон сума, лица, които са приравнени към последните и получателите на социални помощи, а също и членовете на техните семейства, които са на тяхна издръжка и които са част от същото домакинство.

5. По силата на член 5, параграф 1 от ZFW, всяко лице, което се намира в приложното поле на ZFW и което желае да ползва право съгласно този закон, трябва да бъде причислено към здравноосигурителна каса, която действа в района на неговото местопребиваване.

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 причислено 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. Постановената от ZFW система на споразумения представя следните отличителни черти.

10. 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”.

11. 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 на 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

12. 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 със здравни заведения, които имат съответно разрешение да извършват въпросното обслужване или с лица, на които това законно е разрешено.

13. Член 8а от ZFW предвижда:

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

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

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

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

„1. Осигурено лице, което иска да упражни своето право на обезщетение, трябва да се обърне за целта към лице или здравно заведение, с което здравноосигурителната каса, към която е причислено, 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, упоменати 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, установено 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.

(...)”

16 Министърът упражнява възложените от член 9, параграф 4, последно изречение от ZFW правомощия, 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.”

17. В случай че осигуреното лице получи разрешение за лечение в установено в чужбина здравно заведение, стойността на здравните услуги изцяло се поема от здравноосигурителната каса, към която осигуреното лице е причислено.

18. *Centrale Raad van Beroep* твърди, че съгласно неговата установена съдебна практика, разрешенията за лечение в чужбина, финасирано по ZFW, трябва да се представят на здравноосигурителната каса, в която е причислено осигуреното лице, и тя трябва предварително да даде своето съгласие за съответното лечение, освен в изключителни обстоятелства, като спешност, в противен случай разходите не се възстановяват.

19. Освен това, по отношение на условието, предвидено в член 9, параграф 4 от ZFW и член 1 от Rhbz лечението на осигуреното лице в чужбина да бъде необходимо от медицинска гледна точка, от преписката по делото е видно, че на практика касата отчита наличните в Нидерландия методи за лечение и проверява дали може навременно адекватно и лечение да бъде извършено на територията на съответната държава-членка.

Споровете по главното производство

Дело Müller-Fauré

20. Докато е на почивка в Германия, г-жа Müller-Fauré провежда лечение при зъболекар, което се свежда до полагането на шест коронки и неподвижна протеза на горната челюст. Лечение е проведено извън болнично заведение между 20 октомври и 18 ноември 1994 г.

21. След своето завръщане от почивка тя подава молба за възстановяване от Касата на *Zwijndrecht* на разходите за лечението с общ размер на 7 444,59 DEM. С писмо от 12

май 1995 г. упомената каса отхвърля тази молба въз основа на мнение на своя съветник зъболекар.

22. Г-жа Müller-Fauré поисква мнението на Ziekenfondsraad, отговорен за надзора върху управлението и администрацията на здравноосигурителните каси, който на 16 февруари 1996 г., потвърждава решението на Касата на Zwijndrecht, с мотива, че осигурените лица не могат да изискват нищо друго освен самите услуги, а не възстановяване на разходите, свързани с тях, освен в случай на изключение, който не е налице в дадената ситуация.

23. Г-жа Müller-Fauré обжалва пред Arrondissementsrechtbank te Rotterdam (Нидерландия). С Решение от 21 август 1997 г., след като и последният установява, че в случая липсва каквото и да е изключително обстоятелство, което налага възстановяването на въпросните разходи, и най-вече фактът, че въпросното лечение е продължило няколко седмици и е доста голямо по размер, той потвърждава становището на касата.

24. Centrale Raad van Beroep отбелязва, че във всички случаи ограничена част от лечението на г-жа Müller-Fauré е обхваната от Verstrekkingsbesluit и следователно може да бъде възстановена. От друга страна, той установява, че г-жа Müller-Fauré доброволно се е лекувала при зъболекар в Германия по време на ваканцията си в тази страна, поради липса на доверие в нидерландските зъболекари. Съгласно практиката на упоменатия съд, такива обстоятелства не могат да оправдаят пред националното законодателство възстановяването на разходите за проведено в чужбина лечение, без разрешение на касата, към която е причислено осигуреното лице.

Дело Van Riet

25. От 1985 г. г-жа Van Riet страда от болки в дясната китка. На 5 април 1993 г., нейният лекуващ лекар поисква разрешение от медицинския съветник на Касата на Amsterdam на пациентката да бъде направена артроскопия в болницата в Deurne (Белгия), където това изследване би могло да се осъществи в много по-кратки срокове, отколкото в Нидерландия. С писма от 24 юни и 5 юли 1993 г., касата отхвърля тази молба поради факта, че въпросното изследване може да бъде направено в Нидерландия.

26. Междувременно, през май 1993 г., г-жа Van Riet прави артроскопия в болницата в Deurne, и в следствие на това изследване е било решено да се извърши резекция на костта с цел облекчаване на болките на пациентката. Подготовката, изпълнението и възстановяването след интервенцията са извършени в Белгия, отчасти в болница, отчасти извън нея. Касата на Amsterdam отказва да възстанови разходите, чиято обща цена възлиза на 93 782 BEF, решението е било потвърдено от Ziekenfondsraad с мотива, че не е имало спешност, нито медицинско основание г-жа Van Riet да се лекува в Белгия, след като подобни лечения са достъпни в разумен срок в Нидерландия. Компетентният Arrondissementsrechtbank отхвърля като неоснователна жалбата на г-жа Van Riet срещу упоменатото решение със същите мотиви като упоменатата по-горе каса.

27. Centrale Raad van Beroep, пред когото ищцата по главното производство обжалва, посочва, че макар да не се оспорва, че лечението на г-жа Van Riet е обхванато от Verstrekkingsbesluit, то е било осъществено в Белгия без предварително разрешение и

без да бъде установена невъзможността на г-жа Van Riet да чака произнасянето по нейната молба на Касата на Amsterdam по медицински или други причини. От друга страна, според упоменатия съд, предложеният на г-жа Van Riet срок за изчакване за извършване на артроскопия в Нидерландия не е бил неразумно дълъг. От преписката по делото е видно, че той е бил приблизително шест месеца.

28. Препращащият съд счита, че в случая не са били на лице условията, които да оправдаят прилагането на член 22, параграф 1, буква а) от Регламент (ЕИО) № 1408/71 на Съвета от 14 юни 1971 г. за прилагането на схеми за социално осигуряване на заети лица и членове на техните семейства, които се движат в рамките на Общността, в променената и осъвременена версия от Регламент (ЕО) № 118/97 на Съвета от 2 декември 1996 г. (JO 1997, L 28, р. 1, наричан по-нататък „Регламент № 1408/71”), с мотива, че здравословното състояние на г-жа Müller-Fauré, както и на г-жа Van Riet не са налагали незабавно лечение по време на престоя в друга държава-членка. Освен това, не е установено, както изисква член 22, параграф 1, буква в), и параграф 2, алинея втора от същия регламент, че предвид здравословното състояние на ишщите по главното производство, въпросните лечения не са могли да бъдат извършени в Нидерландия в „нормално допустимия” срок, обстоятелство, което би задължило здравноосигурителните каси да издадат разрешение за лечение в друга държава-членка.

29. Въпреки това, упоменатият съд поставя въпроса относно съвместимостта с членове 59 и 60 от Договора на решенията за отказ за възстановяване, във връзка с Решение от 28 април 1998 г. по дело Kohll (C-158/96, Recueil, стр. I-1931). От разглежданите национални разпоредби е видно, че те не възпрепятстват осигурените лица да се обръщат към доставчик на здравни услуги, установен в друга държава-членка, но изискват здравноосигурителната каса, в която са регистрирани, предварително да е подписала споразумение с този доставчик, нещо което в случая не е налице. При липса на такова споразумение, възстановяването на разходите за извършеното в друга държава-членка лечение, трябва да стане с предварително разрешение, което се дава, ако „лечението го изисква”, обстоятелство, което е налице, когато необходимите здравни услуги не могат да бъдат предоставени от доставчици, с които е сключено споразумение. Следователно, задължението за предварително разрешение е от полза на доставчици, с които е сключено споразумение, – които практически винаги са нидерландци – в ущърб на доставчиците на здравни услуги в другите държави-членки. Препращащият съд добавя, че административните компетенции на нидерландските органи не обхващат доставчиците на здравни услуги, установени в други държави-членки, което може да попречи на сключването на споразумение с тези доставчици.

30. При допускане че изискваното от член 9, параграф 4 от ZFW разрешение пречи на свободното предоставяне на услуги, Centrale Raad van Beroep се пита дали това изискване е основателно.

31. В тази връзка препращащият съд подчертава характеристиките на нидерландската система за здравно осигуряване. Тази система предоставя най-вече извършване на услуги в натура, в противовес на системата на „възстановяване на разходите”. Според ответниците по главното производство, финансовото равновесие на системата, може да бъде застрашено, ако осигурените лица получават парични обезщетения без предварително разрешение за ползване на здравни услуги в други държави-членки. В това отношение упоменатият съд се позовава на националните мерки за ограничаване на разходите по болнични услуги, в частност разпоредбите на Wet

Ziekenhuisvoorzieningen относно планирането и разпределението на здравни услуги, а тези от ZFW ограничават възстановяването на здравни услуги, извършени от болнични заведения, с които е сключено споразумение.

Преюдициалните въпроси

32. При тези условия Centrale Raad van Beroep решава да спре производството и да постави на Съда следните въпроси:

„1) Трябва ли членове 59 и 60 от Договора за ЕО (...) да се тълкуват в смисъл, че разпоредба, като тази в член 9, параграф 4 от Ziekenfondswet, четена съвместно с член 1 от Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering, е по принцип несъвместима с тях, доколкото задължава осигуреното лице да получи предварително разрешение от здравноосигурителната каса, за да упражни своето право на лечение като се насочва към лице или заведение извън Нидерландия, с което неговата здравноосигурителна каса няма сключено споразумение?

2) При утвърдителен отговор на първия въпрос, целите (...) на нидерландската система за обезщетения в натура представляват ли надделяваща причина от общ интерес, способна да оправдае ограничение върху основния принцип на свободно предлагане на услуги?

3) Фактът, че въпросните услуги са изцяло или частично предоставени в болнично заведение влияе ли на отговорите на тези въпроси?”

33. С писмо от 12 юли 2001 г., секретариатът на Съда изисква препращащият съд да потвърди дали поддържа преюдициалната си молба предвид Решението постановено същия ден по дело Smits и Peerbooms (C-157/99, Recueil, стр. I-5473).

34. С писмо от 25 октомври 2001 г. препращащият съд информира Съда, че поддържа въпросите, доколкото посоченото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, не се отнася специално до характеристиките на нидерландската система за здравно осигуряване, която е система на обезщетения в натура със споразумителен характер. Освен това, той моли Съда да уточни обхвата на точка 103 от упоменатото решение, според която:

„(...) условието по отношение на необходимостта от лечение, установено от разпоредбите, разглеждани в главното производство, може да бъде оправдано от член 59 от Договора, ако 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.”

35. По-точно, препращащият съд пита Съда какво трябва да се разбира под израза „навреме” и в частност дали преценката за това условие, трябва да се прави по строго медицински принципи, независимо от продължителността на изчакване за въпросното лечение.

36. С писмо от 6 март 2002 г. секретариатът на Съда приканва страните по главното производство, държавите-членки и Комисията да представят становища относно

последствията, които биха могли да произтекат от посоченото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms по отношение на зададените от Centrale Raad van Beroep въпроси.

По първия въпрос

37. С първия въпрос препращащият съд пита дали членове 59 и 60 от Договора трябва да се тълкуват в смисъл, че не допускат разглежданото в главното производство законодателство на държава-членка, което подчинява предоставените в друга държава-членка здравни услуги от лице или заведение, с което здравноосигурителната каса на осигуреното лице няма сключено споразумение, на получаването на предварително разрешение от последната.

38. Преди всичко, трябва да се припомни, че според устонвената съдебна практика медицинските дейности влизат в приложното поле на член 60 от Договора, независимо дали са предоставени в или извън болнично заведение (вж. на последно място, посоченото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, точка 53).

39. Съдът също преценява в точки 54 и 55 от посоченото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, че обстоятелството, че приложимата в сферата на социалното осигуряване правна уредба се отнася, и по-специално предвижда по отношение на здравното осигуряване, обезщетения в натура вместо възстановяване на разходи за лечение, не е способно да постави медицинското лечение извън приложното поле на гарантираното от Договора свободно предоставяне на услуги. В това отношение трябва да се констатира, че в споровете по главното производство леченията, които са проведени в държава-членка различна от тази на обичайното местопребиваване, са били обект на директно заплащане от пациента на лекаря, който е провел лечението, или на здравното заведение, в което е проведено лечението.

40. След като медицинските услуги попадат в приложното поле на свободното предоставяне на услуги по смисъла на членове 59 и 60 от Договора, трябва се проучи дали разглежданата в главното производство правна уредба налага ограничения върху тази свобода в смисъл, че подчинява възстановяването на разходите по предоставените в държава-членка, различна от тази, в която е установена здравноосигурителната каса на осигуреното лице, здравни услуги от лице или заведение, с което упоменатата здравноосигурителна каса няма сключено споразумение, на получаването на предварително разрешение от последната.

41. В това отношение Съдът вече е установил в точка 62 от посоченото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, че макар да е вярно, че ZFW не лишава осигурените лица от възможността да ползват доставчик на услуги, установен в държава-членка, различна от тази, в която е установена здравноосигурителната каса на осигуреното лице, също е вярно, че това законодателство подчинява възстановяването на направените разходи на получаването на предварително разрешение, което не може да бъде дадено в друг случай, както отбелязва препращащия съд, освен в случай, когато предоставянето на въпросните услуги в или извън болница представлява медицинска необходимост.

42. Последното изискване обаче, което е практически изпълнимо единствено ако адекватно лечение не може да бъде проведено навреме в държавата-членка, в която е установена здравноосигурителната каса, от лекар или болнично заведение, с което има

сключено споразумение, по своето естество значително намалява евентуалните случаи на получаване на такова разрешение (упоменатото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, точка 64).

43. Разбира се, би могло нидерландските здравноосигурителни каси да сключват споразумения с болнични заведения, установени извън Нидерландия. В такива случаи, съгласно ZFW не се изисква предварително разрешение за поемане на разходите за проведено в такива заведения лечение. 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(упоменатото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, точки 65 и 66).

44. Съдът вече е отсъждал, че правна уредба като разглежданата в главното производство възпрепятства или дори възпира осигурените лица да прибегват до доставчици на медицински услуги, установени в държава-членка, различна от тази, в която е установена тяхната здравноосигурителна каса, и представлява препятствие пред свободното предоставяне на услуги както за осигурените лица, така и за доставчиците на услуги (упоменатото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, точка 69).

45. Въпреки това преди да се произнесе по въпроса дали членове 59 и 60 от Договора допускат правна уредба, като разглежданата в главното производство, трябва да се разгледа въпроса дали тази правна уредба може да бъде обективно оправдана, нещо което представлява предмет на втория въпрос.

По втория и третия въпрос

46. С втория и третия въпрос, които следва да бъдат разгледани съвместно, препращащият съд пита дали правна уредба като разглежданата в главното производство, която налага ограничения върху свободното предоставяне на услуги, може да бъде оправдана от особеностите на националната система за здравно осигуряване, която не възстановява направените по лечението разходи, а всъщност предоставя обезщетения в натура и се основава на система на споразумения, чиято цел от една страна е да гарантира качеството на услугите, а от друга да ограничава тяхната цена. По същия начин той иска да разбере дали обстоятелството, че разглежданите услуги са изцяло или частично предоставени в болнично заведение може да повлияе в това отношение.

Доводите, изложени пред Съда

47. Според нидерландското правителство и касата на *Zwijndrecht*, изискваното съгласно член 9, параграф 4 от ZFW разрешение е присъщо на нидерландската система за здравно осигуряване. И в действителност покриването в натура на здравните рискове, както е предвидено от тази система изисква предварително сключване на споразумения между тази каса и доставчиците на услуги относно обема, качеството, ефикасността и цената на здравните услуги, за да се позволи планиране на нуждите и овладяване на разходите от една страна, и от друга, да се гарантира качествено медицинско обслужване, равностойност на здравните услуги и равно третиране на осигурените лица. Подобна система от споразумения най-добре спомага за постигане на тези цели.

48. При тези условия, осигурените лица трябва да прибегват единствено до доставчици на здравни услуги, с които е сключено споразумение или, ако желаят да се лекуват при установени в Нидерландия или в чужбина лекар или заведение без споразумение, да получат предварително разрешение от здравноосигурителната каса, в която са причислени.

49. Нидерландското правителство и касата на *Zwijndrecht* добавят, че ако никакво предварително разрешение не е поискано, доставчиците на здравни услуги никога няма да имат интерес да съдействат на системата от споразумения като се обвързват с договорни клаузи относно наличността, обема, качеството, ефикасността и цените на здравните услуги, като по този начин ръководните органи на здравноосигурителната каса ще бъдат в невъзможност да планират нейните разходи и да гарантират качествено и достъпно за всички медицинско обслужване. В този случай системата от споразумения би загубила своя смисъл като инструмент за управление на здравните услуги и така би засегнала признатата от практиката на Съда суверенната власт на държавите-членки да управляват своята система за социална сигурност. В това отношение нидерландското правителство оправдава съществуването на списъци на чакащи с ограничения характер на наличните финансови ресурси за покриване на здравните услуги и произтичаща от това необходимост за планиране на услугите и тяхното подчиняване на приоритети, които трябва строго да се спазват.

50. От друга страна, нидерландските здравноосигурителни каси не могат да бъдат принудени да сключват по-голям брой споразумения с доставчици на услуги от този, който е необходим за нуждите на населението, живеещо в Нидерландия. Нидерландското правителство подчертава, че именно за да се отговори на тези нужди са подписани с доставчици на здравни услуги, установени в Нидерландия, след като е очевидно, че най-голямото търсене се явява на националната територия.

51. Накрая, по въпроса как трябва да се преценява дали „същото или еднакво ефикасно за пациента лечение може да бъде извършено навреме” по думите на точка 103 от посоченото по-горе Решение по дело *Smits* и *Peerbooms*, касата на *Zwijndrecht* счита, че фактът човек да бъде включен в списък на чакащи не означава, че здравното обслужване не е достъпно. При условие че приеме различно тълкуване, Съдът би разширил прекалено много условията за получаване на здравни услуги, които са в рамките на националните компетенции. Още повече, би въвел елемент на несигурност по отношение на всички опити за планиране и рационализиране в здравния сектор с цел избягване на явления като свръхкапацитет, дисбаланс в предлагането, разхищения и загуби.

52. В това отношение нидерландското правителство изтъква, че от точка 103 от упоменатото по-горе Решение по дело *Smits* и *Peerbooms* е видно, че въз основа на медицинското състояние на пациента трябва да се преценява срока в който медицинското обслужване е необходимо. Националният съд следва да направи фактическа преценка дали в конкретните обстоятелства това обслужване е достъпно в този срок.

53. Датското, германското, испанското, ирландското, италианското, шведското правителство, правителството на Обединеното кралство, както и исландското и норвежкото правителство в общи линии поддържат изложеното по-горе становище.

54. В частност испанското правителство изтъква, че всякакво разграничение между услуги, предоставени от лекар, и такива извършени в болнично заведение, е безсмислено при разглеждането на система за здравно осигуряване, която предвижда единствено обезщетения в натура. То добавя, че ако осигурено лице получи здравни услуги или придобие медицински продукт в държава-членка различна от тази, в която е установена касата, в която е причислено лицето, таксите и данъците, които заплащат доставчиците на услуги, не се внасят в бюджета на държавата-членка на осигуряване на лицето и това би засегнало един от източниците на финансиране на системата за социална сигурност на последната държава.

55. Ирландското правителство и правителството на Обединеното кралство подчертават, че възможността осигурените лица да се лекуват в държава-членка, различна от тази, в която се осигуряват, би имало неблагоприятни последици за установяването на приоритетите на медицинското обслужване и за управлението на списъците на чакащи, които представляват важни елементи от организацията на здравното осигуряване. В това отношение правителството на Обединеното кралство изтъква, че ограничените финансови ресурси на National Health Service (националната здравна служба, наричана по-нататък „NHS”) се управляват от местните здравни власти, които изготвят календари, въз основа на клинични преценки и приоритети, определяни от медицинския план, за различните видове лечение. Пациентите нямат право да искат тяхното болнично лечение да се осъществява в определен срок. В противен случай, ако последните могат да съкратят срока за чакане като без предварително разрешение прибягват до лечение в друга държава-членка и ако въпреки това компетентната каса трябва да поеме разходите по тяхното лечение, финансовата стабилност на системата ще бъде застрашена и необходимите ресурси за лечение на по-спешните случаи значително ще намалеят, като по този начин ще накърнят възможността за предоставяне на здравни услуги на подходящо ниво.

56. Правителството на Обединеното кралство добавя, че в случай на либерализация на болничните услуги неговите собствени болници ще бъдат в невъзможност да предвиждат намаляването на търсенето на техните услуги, в резултат на прибягване до болнични услуги в други държави-членки, а също и увеличаването на търсенето на такива услуги в резултат на прибягването до здравни услуги в Обединеното кралство на граждани от други държави-членки. Ефектите от либерализация не биха се компенсирали във всички случаи и тяхното влияние би било различно за всяка болница в Обединеното кралство.

57. По въпроса какви критерии да се прилагат с цел проверка дали същото или еднакво ефикасно за пациента лечение може да бъде оказано навреме на територията на държавата-членка, в която лицето се осигурява, правителството на Обединеното кралство, както и шведското правителство се позовават на член 22, параграф 2, алинея втора от Регламент № 1408/71, четен съвместно с параграф 1, буква в) от същата разпоредба, от който е видно, че разрешението за лечение на територията на друга държава-членка, не би могло да бъде отказано на заинтересованото лице, ако предвид актуалното здравословно състояние на последния и вероятното развитие на болестта здравните услуги не могат да бъдат предоставени в нормално необходимия срок в държавата-членка на неговото пребиваване. То препраща и към тълкуването на тези разпоредби, изложено в точка 10 от Решение от 31 май 1979 г. по дело Pierik (182/78, Recueil, стр. 1977).

58. В това отношение правителството на Обединеното кралство изтъква, че в Обединеното кралство разрешение за лечение на територията на друга държава-членка практически се отпуска, когато максималният срок за чакане надвишава срока за лечение. Националните списъци на чакащи отчитат различните нужди на различните категории пациенти с цел по-добро използване на болничните ресурси. Те са гъвкави по отношение на пациент, чието здравословно състояние внезапно се влоши и предоставят възможност той да бъде преместен по-нагоре в списъка и неговото лечение да започне в по-кратък срок. Ако компетентните органи бъдат задължени да разрешават лечение в чужбина извън случаите, в които се надвишава нормалния срок за чакане, и разходите се поемат от NHS, това би създавало неблагоприятни последици за нейното управление и финансова жизнеспособност.

59. Във всички случаи правителството на Обединеното кралство подчертава особеностите на NHS, като насочва вниманието на Съда към принципа, според който здравните услуги, предоставяни от система за здравно осигуряване, не са част от приложното поле на член 60 от Договора и NHS, която е организация с нестопанска цел, не е доставчик на услуги по смисъла на упоменатия договор.

60. Датското правителство, изтъква, че съществува риск от прекомерно ползване на медицински услуги, ако пациентите имат свободен и безплатен достъп до медицински услуги в държави-членки, различни от тази, в която е установена касата, в която е причислено осигуреното лице, а също и риск, при масови пътувания в чужбина с цел лечение, компетентността за лечение на редки и сложни болести на установените на националната територия лекари да не може да бъде поддържана на съответното ниво.

61. Белгийското правителство от своя страна счита, че спецификата на нидерландския режим, в частност особеността, че не възстановява направените разходи, а предоставя услуги в натура, не представлява сама по себе си причина от общ интерес, която позволява да се ограничи свободното предоставяне на услуги. То изтъква, че трябва да се направи разлика между услугите извършвани в или извън болнично заведение.

62. В първия случай никаква пречка на свободното предоставяне на услуги не може да бъде оправдана, съгласно упоменатото по-горе Решение по дело Kohll. За сметка на това, във втория случай, сериозни основания, свързани със запазването на финансовата стабилност на системата за социална сигурност, а също така и поддържането на уравновесено и достъпно за всички медицинско и болнично обслужване, би оправдало съществуването на предварително разрешение по отношение на лечение в болнична среда в държава-членка различна от тази, в която е установена здравноосигурителната каса, в която е причислено осигуреното лице. От друга страна, при липса на предварително разрешение държавите-членки, в които съществува списък на чакащи за хоспитализация, може да се появи тенденция да изпращат за лечение своите граждани извън националната територия, вместо да инвестират в собствени инфраструктури, като по този начин биха засегнали усилията за болнично планиране на другите държави-членки.

63. Комисията прави разграничение между предоставените в лекарски кабинет услуги, към които причислява и лечението, извършено в болнична инфраструктура, и болничните услуги сами по себе си. По отношение на първата група, трябва да се направи позоваване на анализа от Решение от 28 април 1998 г. по дело Decker (C-120/95, Recueil, стр. I-1831) и упоменатото по-горе Решение по дело Kohll, като се

съобразява, че изискването за предварително разрешение е несъвместимо с правото на Общността, с изключение на някои много скъпи и специализирани зъболекарски услуги. При втората група услуги, които се предоставят в болнична среда, трябва да се направи позоваване на анализа в упоменатото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, като се приема, че изискването за предварително разрешение е оправдано от нуждите за планиране, като при все това отказът за разрешение, трябва да бъде подчинен на определени в последното решение ограничения.

64. По отношение на тълкуването на термина „навременно“, използван в точка 103 от упоменатото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, Комисията счита че трябва да се вземе предвид най-вече здравословното състояние на пациента, както се посочва в точка 104 от същото решение.

65. Накрая норвежкото правителство изтъква, че единствено националното законодателство следва да определя условията за предоставяне на здравните услуги и сроковете за тяхното извършване. Правото на Общността не предоставя на пациентите правото да ползват здравни услуги, каквито не могат да получат в своите държави-членки, в държава-членка, различна от тази, в която живеят, нито предоставя право да се ползват от лечение в срок по-кратък от предвидения в националното законодателство. В противен случай, това би засегнало компетентността на държавите-членки да организират тяхната собствена система за социална сигурност и би излязло от приложното поле на разпоредбите на Договора относно свободното предоставяне на услуги.

Преценката на съда

66. От преписката по делото е видно, че причините, изтъквани за оправдаване на изискването за предварително разрешение осигуреното лице да се ползва от здравни услуги, предоставяни в държава-членка, различна от тази на неговото местопребиваване, независимо дали са извършени в или извън болнично заведение, са свързани, първо, с опазването на общественото здраве, доколкото системата от споразумения цели да гарантира качествено, уравновесено и достъпно за всички медицинско и болнично обслужване, второ, с осигуряване на финансова стабилност на социалната сигурност, доколкото системата позволява ръководните органи да пригледат към нуждите планираните според предварително определени приоритети разходи и, трето, с основните характеристики на здравното осигуряване в Нидерландия, което гарантира обезщетения в натура.

Относно риска от засягане на защитата на общественото здраве

67. Практиката на Съда разкрива, че целта да се поддържа качествено, уравновесено и достъпно за всички медицинско и болнично обслужване може да разкрие, че една от дерогациите предвидени в член 56 от Договора за ЕО (понастоящем, след изменение член 46 ЕО), доколкото той допринася за висококачественото осъществяване на здравеопазването (упоменатите по-горе Решение по дело Kohll, точка 50, и Решение по дело Smits и Peerbooms, точка 73). Упоменатата разпоредба от Договора позволява на държавите-членки в частност да ограничат свободното предоставяне на медицински и болнични услуги, доколкото трябва да се поддържа определен капацитет на здравни услуги и медицинска компетентност на националната територия, с цел опазване на

общественото здраве, както и с цел оцеляване на населението (посочените по-горе Решение по дело Kohll, точка 51, и Решение по дело Smits и Peerbooms, точка 74).

68. При все това, съгласно установената съдебна практика, в случай на оправдаване, което произтича от предвидено в Договора изключение, по-специално надделяваща причина от общ интерес, която да гарантира, че предприятиите в тази област мерки не надвишават обективно необходимото за тази цел и да отчита, че изключенията се прилагат само в случай, когато същият резултат не може да се постигне с по-малко ограничаващи правила (вж. Решение от 4 декември 1986 г. по дело Комисия/Германия, 205/84, Recueil, стр. 3755, точки 27 и 29; Решение от 26 февруари 1991 г. по дело Комисия/Италия, C-180/89, Recueil, стр. I-709, точки 17 и 18; Решение от 20 май 1992 г. по дело Ramrath, C-106/91, Recueil, стр. I-3351, точки 30 и 31, и упоменатото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, точка 75).

69. В случая приведените за оправдание на предварителното разрешение доводи целят да изложат, че ако е позволено пациентите без предварително разрешение да се лекуват в държава-членка, различна от тази на тяхното местопребиваване, то компетентната държава няма да успее да гарантира качествено, уравнивено и достъпно за всички медицинско и болнично обслужване и, следователно, да поддържа високо ниво на опазване на общественото здраве.

70. По отношение на приведения от датското правителство довод, че компетентността на лекарите, независимо дали работят в кабинет или в болница, ще бъде засегната от евентуалното придвижване на голям брой хора към чужбина с цел лечение, трябва да се приеме, че никакъв конкретен елемент не е представен в подкрепа на този довод.

71. По отношение на целта да се поддържа качествено, уравнивено и достъпно за всички медицинско и болнично обслужване, тя е неразривно свързана с начина на финансиране на системата за социална сигурност и с контрола на разходите, който е разгледан по-надолу.

По отношение на риска от сериозно засягане на финансовото равновесие на системата за социална сигурност

72. Трябва да се припомни, че съгласно практиката на Съда чисто икономически цели не могат да бъдат повод за накърняване на основния принцип на свободно предоставяне на услуги (вж. в този смисъл, Решение от 5 юни 1997 г. По дело SETTG, C-398/95, Recueil, стр. I-3091, точка 23, и изложеното по-горе Решение по дело Kohll, точка 41).

73. При все това, доколкото рискът от сериозно засягане на финансовата стабилност на системата за социална сигурност може да има последствия върху цялостното ниво на опазване на общественото здраве, той сам по себе си представлява надделяваща причина от общ интерес способна да оправдае подобно ограничение (упоменатите по-горе Решения по дело Kohll, точка 41, и Решение по дело Smits и Peerbooms, точка 72).

74. Очевидно е, че поемането на разходите по отделно лечение, проведено в държава-членка, различна от тази, в която е установена здравноосигурителната каса, в която е причислено осигуреното лице, не може да има сериозни последствия върху финансирането на системата за социална сигурност. По отношение на последствията от

свободното предоставяне на услуги в областта на здравеопазването задължително трябва да се подходи цялостно.

75. В това отношение разграничението между услуги, предоставени в или извън болница, понякога може да бъде трудно за установяване. По специално, някои услуги, които обичайно се предоставят в болнична среда, могат също да бъдат извършени от лекар в неговия кабинет или в медицински център и по този начин да бъдат приравнени към болничните услуги. При все това, в главното производство, болничният или неболничен характер на въпросните услуги, не е бил предмет на спор между страните нито от страна на държавите, които са представили становища пред Съда на основание на член 20 от Статута ЕО на Съда, нито от страна на Комисията.

По болничните услуги

76. По отношение на болнични услуги, като тези, предоставени на г-жа Van Riet в болницата в Deurne, Съдът вече е отбелязал в точки 76 – 80 от изложеното по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, следните разсъждения.

77. Всеизвестно е, че количеството на болничните инфраструктури, тяхното географско разпределение, тяхното обзавеждане и оборудване или естеството на медицинските услуги, които предоставят, следва да бъдат предмет на планиране.

78. Както може да се види по-специално от системата на споразумения, за които става дума в основния спор, подобно планиране трябва да отговаря на различни цели.

79. От една страна, то цели осигуряване на достатъчен и постоянен достъп до уравновесени висококачествени болнични услуги на територията на въпросната държава.

80. От друга страна, тя има за цел да осигури контрол върху разходите и в рамките на възможното да не позволи разхищение на финансови, технически и човешки ресурси. Подобно разхищение се утежнява от факта, че секторът на болничните услуги създава значителни разходи и трябва да отговаря на нарастващи нужди, докато финансовите ресурси за здравни услуги не са неограничени, независимо от начина на финансиране.

81. При тези обстоятелства изискването за предварително разрешение за поемането на разходите от националната система за социална сигурност на болнично лечение, извършено в държава-членка, различна от тази на здравноосигурителната каса, в която е причислено осигуреното лице, изглежда разумна и необходима мярка.

82. По отношение по-специално на установената от ZFW система, Съдът е ясно признава, че ако осигурените лица могат свободно и независимо от обстоятелствата, да ползват услугите на болници, с които съответната здравноосигурителна каса няма сключено споразумение, без значение дали са разположени в Нидерландия или в друга държава-членка, това би обезсмислило всяко усилие за планиране, извършено посредством системата от споразумения с цел гарантиране на рационални, стабилни, уравновесени и достъпни болнични услуги (упоменатото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, точка 81).

83. Макар правото на Общността да не се противопоставя по принцип на системата за предварително разрешаване на тази категория услуги, все пак е необходимо условията за получаване на подобно разрешение да бъдат оправдани в светлината на упоменатите по-горе надделяващи съображения и да отговарят на изискването за пропорционалност, припомнено в точка 68 на настоящото решение.

84. От тук следва, съгласно установената съдебна практика, че система от предварителни административни разрешения не може да узаконява решения на националните органи, които биха лишили разпоредбите на Общността, особено касаещите основна свобода, каквато е разглежданата в главното производство, от техния полезен ефект (вж. Решение от 23 февруари 1995 г. по дело *Bordessa* и др., C-358/93 и C-416/93, *Recueil*, стр. I-361, точка 25; Решение от 14 декември 1995 г. по дело *Sanz de Lera* и др., C-163/94, C-165/94 и C-250/94, *Recueil*, стр. I-4821, точки 23 – 28, и Решение от 20 февруари 2001 г. по дело *Analir* и др., C-205/99, *Recueil*, стр. I-1271, точка 37).

85. Така за да бъде оправдана система за предварително административно разрешение, дори когато дерогира от подобно основно право, тя трябва да се основава на обективни недискриминационни и предварително известни критерии, така че да ограничава правото на националните органи с цел то да не бъде използвано по произволен начин (посоченото по-горе Решение по дело *Analir* и др., точка 38). Такава система за предварително административно разрешение трябва също да се основава на лесно достъпна процедурна система, способна да гарантира, че молбите на заинтересованите лица ще бъдат обективно и безпристрастно разгледани в разумен срок и че евентуални откази за разрешение могат да бъдат обект на съдебно обжалване (посоченото по-горе Решение по дело *Smits* и *Peerbooms*, точка 90).

86. В споровете по главното производство оспорването не касае самото поемане на разходи по медицинските услуги и болничното лечение на г-жа *Müller-Fauré* и г-жа *Van Riet* от нидерландската система за здравно осигуряване. В тези спорове се оспорва именно медицинската необходимост за последните да проведат лечението си в Германия и в Белгия, вместо в Нидерландия. В това отношение в точки 99 – 107 от посоченото по-горе Решение по дело *Smits* и *Peerbooms* Съдът също се е произнесъл по условието за необходимост на назначеното лечение, на което е подчинено издаването на разрешение.

87. Както препращащия съд отбелязва, от разпоредбите на член 9, параграф 4 от ZFW и член 1 от Rbhz следва, че по принцип това условие се прилага независимо дали молбата за разрешение се отнася до лечение в заведение, с което здравноосигурителната каса няма споразумение, се намира в Нидерландия, или в друга държава-членка.

88. По отношение на болничното лечение, извършено извън Нидерландия, упоменатият съд отбелязва, че условието относно необходимостта от лечение практически се тълкува в смисъл, че за осъществяването на последното се издава разрешение, единствено когато адекватно и навременно лечение не може да бъде осъществено в Нидерландия. Нидерландското правителство уточнява, че от съвместното прочитане на член 9, параграф 4, от ZFW и член 1 от Rbhz следва, че отказ за разрешение се прави, единствено когато необходимите за лечението на осигуреното лице услуги, се предоставят от заведения, с които има сключено споразумение.

89. Условието за необходимост на лечението предвидено в разглежданата в главното производство правна уредба, може да бъде оправдано в светлината на член 59 от Договора, доколкото то може да бъде тълкувано в смисъл, че разрешението за лечение в друга държава-членка не може да се отказва на такова основание, при положение че същото или еднакво ефикасно за пациента лечение може да бъде извършено навреме в заведение, с което здравноосигурителната каса, в която е причислено осигуреното лице, има сключено споразумение (посоченото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, точка 103).

90. За да направят проверка дали същото или еднакво ефикасно за пациента лечение може да бъде проведено навреме в заведение, с което здравноосигурителната каса, в която е причислено осигуреното лице, има сключено споразумение, националните органи трябва да вземат под внимание всички обстоятелства по всеки конкретен случай, като отчитат не само здравословното състояние на пациента в момента на подаване на молба за разрешение, степента на болка и естеството на увреждане, които могат например да направят невъзможно или много трудно упражняването на професионалната дейност, а и историята на неговите предходни заболявания (вж. в този смисъл упоменатото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, точка 104).

91. Съдът също така уточнява в точки 105 и 106 от упоменатото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, че:

- така тълкувано условието за необходимост на лечението 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;

- ако голям брой осигурени лица решат да се лекуват в други държави-членки, въпреки че болниците, с които техните здравноосигурителни каси имат сключен договор, предлагат идентично или равностойно лечение, то самият принцип за сключване на споразумения би бил застрашен и следователно ще застраши цялото планиране и рационализиране, извършвано в този жизненоважен сектор, в опит да се избегнат свръхкапацитет в болниците, неравномерно предлагане на болнични услуги и логистични и финансови загуби.

92. При все това, отказ за предварително разрешение, основан не на страх за загуби в резултат на свръхкапацитет в болниците, а единствено на съществуването на националната територия на списъци от чакащи за лечение, без да се вземат под внимание специфичните обстоятелства по здравословното състояние на пациента, не може да представлява истинско оправдание на ограничението върху свободното предоставяне на услуги. Представените пред Съда доводи не изясняват дали подобен срок за изчакване е необходим, освен по чисто икономически причини, които сами по себе си не могат да оправдаят ограничаването на основния принцип на свободно предоставяне на услуги, и с цел гарантиране опазването на общественото здраве. И обратно, прекалено дълъг или неоснователен срок за изчакване за лечение би могъл да ограничи достъпа до равномерни и висококачествени болнични услуги.

По извънболничните услуги

93. По отношение на извънболничните, като предоставените на г-жа Müller-Fauré и от части на г-жа Van Riet, касата на Zwijndrecht и касата на Amsterdam, а също и нидерландското правителство не са представили пред Съда никакво специфично доказателство в подкрепа на твърдението, че ако осигурените лица имат свободата без предварително разрешение да се лекуват в държава-членка, различна от тази, в която здравноосигурителната каса е установена, в заведение, с което не е сключено споразумение, това сериозно ще засегне финансовата стабилност на системата за социална сигурност в Нидерландия.

94. Очевидно вярно е, че премахването на система от споразумения за услугите получени в чужбина засягат средствата за контрол на разходите на здравните услуги в държавата-членка, в която е осигурено лицето.

95. При все това, представената пред Съда преписка не показва, че премахването на изискването за предварително разрешение за този тип услуги би причинило явлението голям брой хора да пътуват в други страни с цел лечение, въпреки езиковите бариери, разстоянията, разходите за престой в чужбина и липсата на информация за естеството на предлаганите услуги, което сериозно да засегне финансовото равновесие на нидерландската система на социална сигурност и в резултат цялостното ниво на опазване на общественото здраве да бъде застрашено – което действително би могло да бъде подобаващо основание за ограничаването на основния принцип на свободно предоставяне на услуги.

96. Още повече, здравните услуги обикновено се предоставят близо до местопребиваването на пациента в позната за него културна среда, която позволява да осъществи връзки на доверие с лекуващия лекар. С изключение на спешните случаи, най-честите случаи на пътуване в чужбина с цел лечение се осъществяват в пограничните райони и на места, където се лекуват специфични заболявания. Освен това, именно в тези райони или във връзка с лечението именно на тези заболявания, съществува тенденция нидерландските здравноосигурителни каси да сключват споразумения с чуждестранни лекари, както разкриват представените пред Съда становища.

97. Тези различни фактори изглежда могат да ограничат евентуалния отрицателен финансов ефект върху нидерландската система за социална сигурност от премахване на изискването за предварително разрешение по отношение на разходите по услугите, предоставени в кабинета на чуждестранен лекар.

98. Във всички случаи трябва да се припомни, че единствено държавите-членки могат да определят степента на поемане на разходите за лечение на осигуреното лице, така че когато последното, без предварително разрешение замине с цел лечение в държава-членка, различна от тази, в която е установена съответната здравноосигурителна каса, то би могло да изисква поемането на разходите единствено по здравните услуги, които са, в рамките на гарантираното покритие от системата за здравно осигуряване в държавата-членка, в която са осигурени.

По довода, произтичащ от особеностите на нидерландската система за здравно осигуряване

99. Касата на *Zwijndrecht*, а също нидерландското, испанското и норвежкото правителство са подчертали свободата на държавите-членки по свой избор да установяват система за социална сигурност. В случая, при липса на предварително разрешение осигурените лица биха могли свободно да прибягват до доставчици на здравни услуги, които нямат споразумение, в резултат на което нидерландската система за обезщетения в натура, чието функциониране зависи основно от споразуменията, би бил засегнал. Освен това, нидерландските власти ще бъдат принудени да въведат механизми на обезщетяване в начина на организация на достъп до здравни услуги, в резултат на което, вместо да получават безплатни услуги на националната територия, осигурените лица ще трябва предварително да внасят суми за получените услуги, и да изчакват известно време преди да получат тяхното възстановяване. По този начин, държавите-членки ще бъдат принудени да се откажат от принципите и от икономическите параметри на своите системи за здравно осигуряване.

100. В това отношение от установената съдебна практика следва, че правото на Общността не се намесва във властта на държавите-членки да уреждат тяхната система за социална сигурност (вж., по-специално Решение от 7 февруари 1984 г. по дело *Duphar* и др., 238/82, *Recueil*, стр. 523, точка 16, и Решение от 17 юни 1997 г. по дело *Sodemare* и др., C-70/95, *Recueil*, стр. I-3395, точка 27). Следователно, при липса на хармонизация на ниво на Общност, самото законодателство на всяка държава-членка следва да определи условията за предоставяне на услуги в областта на социалната сигурност (вж., по-специално 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 от 30 януари 1997 г. по дело *Stöber* и *Piosa Pereira*, C-4/95 и C-5/95, *Recueil*, стр. I-511, точка 36). Въпреки това, не по-малко важно е при осъществяване на тази своя власт, държавите-членки да спазват правото на Общността (посочените по-горе Решение по дело *Decker*, точка 23, и Решение по дело *Kohl*, точка 19).

101. В това отношение, трябва да се изложат две предварителни становища.

102. Първо, постигането на гарантираните от Договора основни свободи задължава държавите-членки да извършат някои промени в националните системи за социална сигурност, без това да засяга тяхната суверенна власт в областта. Достатъчно е да се позовем в това отношение на промените, които е трябвало да направят в своите законодателства в областта на социалната сигурност, за да се съобразят с Регламент № 1408/71, по-специално с предвидените в член 69 условия за обезщетение за безработица на работници, пребиваващи на територията на друга държава-членка, след като съответната национална социална система не гарантира отпускането на подобни обезщетения за безработни, регистрирани в службите по заетост на друга държава-членка.

103. Второ, както е посочено в точка 39 от настоящото решение една медицинска услуга не губи качеството си на услуга поради заплащането ѝ от национална здравна служба или система за обезщетения в натура. В това отношение, Съдът вече е отсъждал, че медицинска услуга, предоставена в дадена държава-членка и заплатена от пациента, не престава да бъде в приложното поле на гарантираното от Договора свободно предоставяне на услуги, единствено поради факта, че възстановяването на разходите по съответното лечение се изисква въз основа на осигурителното законодателство на друга държава-членка, която предвижда обезщетения в натура

(посоченото по-горе Решение по дело Smits и Peerbooms, точка 55). Именно изискването за предварително разрешение, при което лицето в последствие получава обезщетение за предоставените услуги, както е посочено в точка 44 от настоящото решение, би могло да бъде пречка за свободното предоставяне на услуги, с други думи за възможността на пациента да търси медицински услуги по свой избор в държава-членка различна от тази, в която е осигурен. Следователно, от гледна точка на свободното предоставяне на услуги не би могло да се прави разграничение според това дали пациентът първо заплаща разходите за лечение и след това получава тяхното възстановяване или здравноосигурителната каса или националният бюджет директно заплаща на доставчиците на услуги.

104. В светлината на тези становища, трябва да се разгледа дали премахването на изискването за предварително разрешение от здравноосигурителните каси с цел ползване на извънболнични услуги в държава-членка, различна от тази, в която е направена осигуровката, може да засегне основните особености на системата за достъп до здравни услуги в Нидерландия.

105. Първо, съгласно Регламент № 1408/71, държавите-членки, които са установили система за обезщетения в натура или национална здравна служба, трябва да предвидят механизми за обезщетение a posteriori за услуги, предоставени в държава-членка различна от компетентната. Например, такъв е случаят, когато не е било възможно да се уредят формалностите по време на престоя на заинтересованото лице в другата държава (вж. член 34 от Регламент (ЕИО) № 574/72 на Съвета за определяне на реда за прилагане на Регламент (ЕИО) № 1408/71, или когато компетентната държава-членка е разрешила, съгласно член 22, параграф 1, буква в) от Регламент № 1408/71, достъпа до услуги в чужбина.

106. Второ, както е посочено в точка 98 от настоящото решение, осигурените лица, които без предварително разрешение заминават с цел лечение в държава-членка, различна от тази, в която е установена здравноосигурителната каса, в която са регистрирани, не биха могли да изискват поемането на разходите за това лечение, освен в рамките на предоставеното от системата за здравно осигуряване в държавата-членка, в която са осигурени. Както е видно от преписката по делото в настоящия случай относно сумата 3 806,35 EUR платени от г-жа Müller-Fauré в Германия касата на Zwiijndrecht би могла във всички случаи предвид обхвата на здравната осигуровка да възстанови 221,03 EUR. По същия начин условията за получаване на услуги, доколкото те не са дискриминационни и не представляват пречка за свободното движение на хора, могат да останат непроменени и за услуги, предоставяни в държава-членка различна от тази, в която лицето е осигурено. Такъв е случаят и за изискването за консултация с общопрактикуващ лекар преди консултация с лекар специалист.

107. Трето, нищо не възпрепятства компетентната държава-членка със система за обезщетения в натура да определи размерите на обезщетенията, които пациентите, които получават здравна услуга в друга държава-членка, могат да изискват, тъй като тези размери трябва да се определят въз основа на обективни критерии, да бъдат прозрачни и недискриминационни.

108. Следователно, не е видно от представените пред Съда доказателства и доводи, че премахването на изискването за предварително разрешение, издавано от здравноосигурителните каси на осигурените в тях лица с цел ползване на здравни

услуги, в частност извънболнични услуги, в държави-членки различни от тази на тяхното осигуряване, засяга основните характеристики на нидерландската система за здравно осигуряване.

109. Предвид изложеното по-горе, зададените въпроси следва да получат следния отговор:

- членове 59 и 60 от Договора трябва да се тълкуват в смисъл, че допускат законодателството на държава-членка, като разглежданата в главното производство, която от една страна, подчинява поемането на болнични услуги, извършени в държава-членка различна от тази, в която е установена касата и където е осигурено заинтересованото лице от доставчик на услуги, който няма споразумение с нея, на получаването на предварително разрешение, издадено от същата каса, и от друга страна, подчинява издаването на това разрешение на условие, че лечението на осигурения го налага. Въпреки това разрешението не би могло да бъде отказано въз основа на този мотив единствено, когато идентично или еднакво ефикасно за пациента лечение може да бъде получено навреме в заведение, което има споразумение с упоменатата каса;

- в противовес на това, членове 59 и 60 от Договора се противопоставят на същото това законодателство, когато то подчинява поемането на извънболнични услуги, предоставени в друга държава-членка от лице или заведение, с което касата на осигуреното лице няма сключено споразумение, на предварително разрешение издавано от последната, дори когато националното законодателство установява система за обезщетения в натура, благодарение на която осигурените имат право не на възстановяване на разходите по здравните услуги, а на самите услуги, които се предоставят безплатно.

По съдебните разноски

110. Разходите, направени от нидерландското, белгийското, датското, германското, испанското, ирландското, италианското, финландското, шведското правителство, правителството на Обединеното кралство, исландското, норвежкото правителство и от Комисията, 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 Centrale Raad van Beroep, с Определение от 6 октомври 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) трябва да се тълкуват в смисъл, че допускат законодателството на държава-членка, като разглежданото в главното производство, което от една страна, подчинява поемането на разходите по болнични услуги в държава-членка, различна от тази, в която е установена

здравноосигурителната каса, в която е причислено осигуреното лице, предоставени от доставчик на услуги, който няма сключено споразумение, на предварително разрешение от касата, и от друга страна, подчинява издаването на това разрешение на условие за необходимост от това лечение за здравето на осигуреното лице. Въпреки това, разрешението би могло да бъде отказано единствено при условие че същото или еднакво ефикасно за пациента лечение може да бъде извършено навреме в заведение, което има сключено споразумение със съответната каса;

- в противовес на това, членове 59 и 60 от Договора се противопоставят на същото това законодателство, когато то подчинява поемането на извънболнични услуги, предоставени в друга държава-членка от лице или заведение, с което касата на осигуреното лице няма сключено споразумение, на предварително разрешение издавано от последната, дори когато националното законодателство установява система за обезщетения в натура, благодарение на която осигурените имат право не на възстановяване на разходите по здравните услуги, а на самите услуги, които се предоставят безплатно.

Подписи

Произнесено в открито съдебно заседание в Люксембург на 13 май 2003 година.

Подписи