ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA (Grande Secção)

16 de Maio de 2006 *

No processo C-372/04,

que tem por objecto um pedido de decisão prejudicial nos termos do artigo 234.º CE, apresentado pela Court of Appeal (England & Wales) (Civil Division) (Reino Unido), por decisão de 12 de Julho de 2004, entrado no Tribunal de Justiça em 27 de Agosto de 2004, no processo

The Queen, a pedido de:

Yvonne Watts

contra

Bedford Primary Care Trust,

Secretary of State for Health,

* Língua do processo: inglês.

O TRIBUNAL DE JUSTIÇA (Grande Secção),

composto por: V. Skouris, presidente, P. Jann, C. W. A. Timmermans e A. Rosas, presidentes de secção, R. Schintgen, N. Colneric, K. Lenaerts (relator), J. Klučka, U. Lõhmus, E. Levits e A. Ó Caoimh, juízes,

advogado-geral: L. A. Geelhoed,
secretário: L. Hewlett, administradora principal,

vistos os autos e após a audiência de 4 de Outubro de 2005,

vistas as observações apresentadas:

— em representação de Y. Watts, por R. Gordon, QC, e J. Hyam, barrister,

— em representação do Governo do Reino Unido, por E. O'Neill e S. Nwaokolo, na qualidade de agentes, assistidas por D. Lloyd-Jones e D. Wyatt, QC, e S. Lee, barrister,

— em representação do Governo belga, por M. Wimmer, na qualidade de agente,

— em representação do Governo espanhol, por E. Braquehais Conesa e J. M. Rodríguez Cárcamo, na qualidade de agentes,

— em representação do Governo francês, por G. de Bergues e C. Bergeot-Nunes, na qualidade de agentes,

— em representação da Irlanda, por D. O'Hagan, na qualidade de agente, assistido por N. Travers, BL,

— em representação do Governo maltês, por S. Camilleri, na qualidade de agente, assistido por S. Mifsud, avukat,

— em representação do Governo polaco, por P. Sadowy, na qualidade de agente,

— em representação do Governo finlandês, por T. Pynnä, na qualidade de agente,

— em representação do Governo sueco, por K. Norman e A. Kruse, na qualidade de agentes,

— em representação da Comissão das Comunidades Europeias, por D. Martin e N. Yerrell, na qualidade de agentes,

ouvidas as conclusões do advogado-geral na audiência de 15 de Dezembro de 2005,

profere o presente

Acórdão

1 O pedido de decisão prejudicial tem por objecto a interpretação dos artigos 48.º CE a 50.º CE e 152.º, n.º 5, CE, bem como do artigo 22.º do Regulamento (CEE) n.º 1408/71 do Conselho, de 14 de Junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade, na redacção alterada e actualizada pelo Regulamento (CE) n.º 118/97 do Conselho, de 2 de Dezembro de 1996 (JO 1997, L 28, p. 1, a seguir «Regulamento n.º 1408/71»).

2 Este pedido foi apresentado no âmbito de um litígio originado pela recusa do Bedford Primary Care Trust (a seguir «Bedford PCT») de reembolsar os custos do tratamento hospitalar recebido em França por Y. Watts, residente britânica.

Quadro jurídico

Regulamentação comunitária

3 O artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71, com a epígrafe «Estada fora do Estado competente — Regresso ou transferência de residência para outro Estado-Membro

no decurso de uma doença ou maternidade — Necessidade de se deslocar a outro Estado-Membro a fim de receber tratamento adequado», dispõe:

1. O trabalhador assalariado ou não assalariado que preencha as condições exigidas pela legislação do Estado competente para ter direito às prestações, tendo em conta, quando necessário, o disposto no artigo 18.°, e:

[...]

c) Que seja autorizado pela instituição competente a deslocar-se ao território de outro Estado-Membro a fim de nele receber tratamentos adequados ao seu estado,

terá direito:

i) Às prestações em espécie concedidas, por conta da instituição competente, pela instituição do lugar de estada [...], nos termos da legislação aplicada por esta instituição, como se nela estivesse inscrito, sendo, no entanto, o período de concessão das prestações regulado pela legislação do Estado competente;

[...]

2. [...]

A autorização exigida nos termos do n.º 1, alínea c), não pode ser recusada quando os tratamentos em causa figurarem entre as prestações previstas pela legislação do Estado-Membro em cujo território reside o interessado e se os mesmos tratamentos não puderem, tendo em conta o seu estado actual de saúde e a evolução provável da doença, ser-lhe dispensados no prazo normalmente necessário para obter o tratamento em causa no Estado-Membro de residência.

[...]»

4 Como resulta da Decisão n.º 153 (94/604/CE) da Comissão Administrativa das Comunidades Europeias para a Segurança Social dos Trabalhadores Migrantes, de 7 de Outubro de 1993, relativa aos modelos de formulários necessários para aplicação dos Regulamentos (CEE) n.º 1408/71 e (CEE) n.º 574/72 do Conselho (E 001, E 103 — E 127) (JO 1994, L 244, p. 22), o formulário E 112 é o atestado necessário para a aplicação do artigo 22.º, n.º 1, alínea c), i), do Regulamento n.º 1408/71.

Regulamentação nacional

5 A lei de 1977 sobre o serviço nacional de saúde (National Health Service Act 1977, a seguir «NHS Act») estipula que o Ministro da Saúde tem o dever de fornecer um serviço nacional de saúde na Inglaterra e no País de Gales.

6 Esta obrigação é especificada do seguinte modo nos artigos 1.º e 3.º do NHS Act:

«Artigo 1.º

1.(1) O Ministro tem o dever de continuar a promover, na Inglaterra e no País de Gales, um serviço de saúde universal que garanta a melhoria

(a) da saúde física e mental das pessoas desses países e

(b) da prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, devendo para este efeito prestar ou assegurar a prestação efectiva de serviços em conformidade com a presente lei.

(2) Os serviços prestados são gratuitos, excepto quando a facturação e a recuperação de encargos sejam expressamente previstas por lei ou nos termos da lei, independentemente da data de adopção.

[...]

Artigo 3.º

3.(1) O Ministro tem o dever de fornecer, em todo o território da Inglaterra e do País de Gales e na medida que julgar necessária para cumprir todos os requisitos razoáveis,

(a) infra-estruturas hospitalares;

(b) outras infra-estruturas de acolhimento para efeitos de prestar qualquer serviço previsto pelo presente Act;

(c) serviços médicos, dentários, de enfermagem e ambulatórios;

(d) quaisquer outras infra-estruturas, que considere deverem fazer parte do serviço de saúde, para acompanhamento de grávidas, mães aleitantes e crianças;

(e) quaisquer outras infra-estruturas, que considere deverem fazer parte do serviço de saúde, para prevenção de doenças, tratamento de doentes e acompanhamento de pessoas que tenham estado doentes;

(f) quaisquer outros serviços necessários para o diagnóstico precoce e o tratamento de doenças.»

7 Segundo as indicações fornecidas pelo despacho de reenvio, o National Health Service (a seguir «NHS») apresenta os seguintes traços principais.

8 O tratamento hospitalar é prestado gratuitamente pelos organismos do NHS, sem fim lucrativo, a todas as pessoas habitualmente residentes no Reino Unido.

9 Este tratamento hospitalar é financiado directamente pelo Estado, essencialmente através das receitas fiscais que são repartidas pelo governo entre os Centros Primários de Atendimento (Primary Care Trusts, a seguir «PCT»), de acordo com as necessidades relativas das populações do seu sector geográfico.

10 Não existem contribuições do trabalhador ou do empregador para financiamento do NHS. Não está prevista qualquer taxa moderadora a cargo do paciente.

11 Não existem listas nacionais referentes aos cuidados médicos a dispensar.

12 O acesso aos cuidados hospitalares está em princípio dependente da prescrição de um clínico geral.

13 O orçamento atribuído ao NHS não é suficiente para permitir que todos os pacientes recebam tratamento rápido, independentemente do grau de urgência deste, pelo que o NHS utiliza os recursos disponíveis estabelecendo prioridades, o que se traduz em listas de espera relativamente longas para os tratamentos que não são muito urgentes. Os organismos do NHS decidem, dentro dos limites do orçamento que lhes foi atribuído, sobre a ponderação das prioridades clínicas, com respeito pelas directrizes nacionais.

14 As listas de espera destinam-se, por um lado, a assegurar a prestação de tratamentos hospitalares em conformidade com as prioridades e com as decisões do NHS no que respeita à utilização de recursos disponíveis, e por outro, a preservar a equidade entre pacientes que necessitam de tratamento hospitalar devido a problemas de saúde diferentes e segundo graus de urgência variáveis.

15 Os pacientes do NHS não têm direito a beneficiar de um tratamento específico num determinado momento. A natureza, o lugar, o momento e a duração dos tratamentos hospitalares são fixados em função das prioridades clínicas e dos recursos do organismo competente do NHS, e não por escolha do paciente. As decisões dos organismos do NHS são susceptíveis de recurso de anulação, mas com muita frequência é negado provimento a esses recursos.

16 Atendendo ao carácter gratuito dos tratamentos prestados no âmbito do NHS, a questão do seu reembolso ao paciente não se coloca e não está regulamentada. Não existe, consequentemente, uma tabela de reembolso na legislação britânica.

17 Os pacientes do NHS não têm direito a tratamento hospitalar no sector privado, em Inglaterra e no País de Gales, a expensas do NHS.

18 Os PCT são estabelecimentos públicos instituídos pelo artigo 16.º A do NHS Act, introduzido pelo artigo 2.º da Lei da saúde de 1999 (Health Act 1999) e alterado pela lei de 2002 relativa à reforma do serviço nacional de saúde e aos profissionais da saúde (National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002). A sua composição é fixada por regulamento. Alguns dos seus membros são designados pelo Ministro. O papel dos PCT é planear e assegurar os cuidados de saúde a nível local, incluindo todos os serviços de clínica geral. Cada área geográfica é abrangida por um PCT. Em cada exercício orçamental, o Ministério da Saúde paga aos vários PCT um montante, limitado, destinado a cobrir os custos relacionados com os tratamentos hospitalares e as despesas gerais.

19 Os «NHS *trusts*» são pessoas colectivas distintas, instituídas nos termos da lei de 1990 relativa ao Serviço nacional de saúde e aos tratamentos ao domicílio (National Health Service and Community Care Act 1990). O artigo 5.º, n.º 1, desta lei, na redacção dada pelo artigo 13.º da Lei da saúde de 1999, prevê que os NHS *trusts* têm por objecto a prestação de bens e serviços no âmbito do NHS. As funções destes *trusts* são definidas por um decreto ministerial. Praticamente todos os hospitais britânicos são geridos por um NHS *trust*. Os NHS *trusts* são financiados pelos pagamentos feitos pelos PCT em contrapartida dos tratamentos e serviços de saúde que lhes solicitam.

20 A colaboração entre os PCT e os NHS *trusts* baseia-se, nos termos do artigo 4.º da lei de 1990, num sistema de «contratos NHS», que não têm força executiva mas aos quais está associada uma forma especial de arbitragem interna confiada ao Ministro competente. Os contratos NHS são geralmente elaborados com base num acordo que define a quantidade de serviços prestados e o financiamento correspondente.

21 Os PCT e os NHS *trusts* são entidades sem fim lucrativo. Os créditos orçamentais atribuídos que não tenham sido utilizados poderão, em certas circunstâncias, ser transportados para o ano seguinte. Se o não forem, deverão ser restituídos ao governo.

22 Os pacientes que não residam habitualmente no Reino Unido podem receber tratamento médico no âmbito do NHS, em princípio a título oneroso. O Regulamento de 1989 sobre as despesas facturadas aos pacientes provenientes do estrangeiro (Charges to Overseas Visitors Regulations 1989) determina as modalidades de facturação e de recuperação das despesas ligadas aos tratamentos dispensados a estes pacientes pelo NHS. Os PCT são obrigados a proceder a estas operações, a menos que o paciente esteja abrangido por um caso de isenção definido pelo referido regulamento. Este prevê isenções, designadamente, por um lado, para os tratamentos dispensados num serviço hospitalar reservado a acidentes ou num serviço de urgências, e por outro, para ter em conta os direitos das pessoas inscritas na segurança social de outro Estado-Membro.

23 Resulta da decisão de reenvio que o Regulamento n.º 1408/71, por ser directamente aplicável nos Estados-Membros, não foi objecto de nenhuma medida de execução no direito britânico. Um paciente que beneficie do NHS e tenha residência habitual no Reino Unido tem a possibilidade de receber tratamento hospitalar noutro Estado-Membro em aplicação do artigo 22.º, n.º 1, alínea c), do referido regulamento. Neste caso, o reembolso dos custos correspondentes a esses tratamentos é efectuado, em conformidade com este regulamento, directamente à instituição do Estado-Membro em que os tratamentos foram realizados, à taxa de reembolso em vigor no referido Estado-Membro.

Litígio no processo principal

24 Por sofrer de artrose das ancas, Y. Watts pediu ao Bedford PCT que a informasse acerca da possibilidade de ser submetida a uma operação no estrangeiro ao abrigo de um formulário E 112.

25 Em 1 de Outubro de 2002 foi observada por um médico especialista britânico que, por carta de 28 de Outubro de 2002, informou o Bedford PCT que o caso de

Y. Watts merecia uma atenção idêntica à dada aos seus outros pacientes com artrose aguda, que a mobilidade desta paciente estava gravemente reduzida e que esta tinha dores constantes. O médico classificou Y. Watts na categoria dos «casos de rotina», o que significava um período de espera de cerca de um ano antes de poder ser submetida a uma intervenção cirúrgica num hospital local.

26 Em 21 de Novembro de 2002, o Bedford PCT comunicou a sua recusa de emitir a favor de Y. Watts um formulário E 112 pelo facto de a segunda condição prevista no artigo 22.°, n.° 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.° 1408/71 não se verificar. Com efeito, considerou que o tratamento poderia ser dispensado à paciente num hospital local «dentro de um prazo conforme aos objectivos do plano de segurança social do Governo» e, portanto, «sem atraso injustificável».

27 Em 12 de Dezembro de 2002, Y. Watts deu início ao processo destinado a obter autorização para interpor recurso de anulação desta decisão de recusa.

28 A audiência em que se analisou a admissibilidade deste recurso realizou-se na High Court of Justice (England & Wales) Queen's Bench Division (Administrative Court) em 22 de Janeiro de 2003. No decurso desta audiência foi referido que, no início de Janeiro de 2003, Y. Watts viajara até França para consultar um médico especialista, o qual considerou que a necessidade de operar a paciente se tornara mais urgente em razão de uma degradação do seu estado de saúde. O Secretary of State for Health (Ministro da Saúde) e o Bedford PCT sugeriram, assim, que Y. Watts fosse novamente examinada para que a decisão de 21 de Novembro de 2002 pudesse ser reanalisada.

29 Em 31 de Janeiro de 2003, Y. Watts foi novamente examinada pelo médico especialista britânico que a tinha observado em Outubro de 2002. Por carta com data do mesmo dia, este informou o Bedford PCT que Y. Watts devia agora ser

classificada na categoria dos pacientes que devem ser operados «em breve», por outras palavras, numa categoria intermédia entre a dos casos mais urgentes e a dos casos de rotina. O que significava que Y. Watts seria operada num prazo de três a quatro meses, isto é, em Abril ou Maio de 2003.

30 Em 4 de Fevereiro de 2003, o Bedford PCT reiterou a sua recusa de emitir um formulário E 112, pelo facto de o prazo de espera para ser operada num hospital local ter sido reduzido para três ou quatro meses. Invocou novamente os objectivos de planificação do NHS para concluir pela inexistência de atraso injustificável no caso de Y. Watts.

31 Em 7 de Março de 2003, foi implantada uma prótese da anca a Y. Watts, em Abbeville (França). A mesma pagou as despesas resultantes desta intervenção médica, num montante equivalente a 3 900 GBP.

32 Manteve a sua acção destinada a obter autorização para interpor recurso da decisão de recusa do Bedford PCT e solicitou também o reembolso das despesas médicas efectuadas em França.

33 Em 1 de Outubro de 2003, a High Court of Justice (England & Wales) Queen's Bench Division (Administrative Court), que tinha suspendido a instância até ser proferido o acórdão do Tribunal de Justiça de 13 de Maio de 2003, Müller-Fauré e van Riet (C-385/99, Colect., p. I-4509), decidiu que as prestações médicas de que Y. Watts tinha beneficiado em França eram abrangidas pelo âmbito de aplicação do artigo 49.º CE, apesar de o reembolso das despesas resultantes do tratamento recebido ser solicitado no âmbito do NHS.

34 Este órgão jurisdicional julgou, no entanto, improcedente o pedido de Y. Watts. Embora considerando que «qualquer autoridade nacional que actuasse em

conformidade com os princípios estabelecidos pelo [Tribunal de Justiça], nomeadamente nos acórdãos [de 12 de Julho de 2001, Smits e Peerbooms (C-157/99, Colect., p. I-5473)] e Müller-Fauré e van Riet, teria sido obrigada a concluir, em Outubro/Novembro de 2002, que o atraso previsto de cerca de um ano era sem dúvida 'injustificado', podendo assim dar origem ao direito ao reembolso das despesas necessárias para obter tratamento num prazo mais razoável noutro Estado-Membro, ao abrigo do artigo 49.º[CE]», decidiu, todavia, que Y. Watts não foi confrontada com um atraso injustificável após a reapreciação do seu caso no final de Janeiro de 2003. Considerou que o período de espera de três a quatro meses não era susceptível de conferir a Y. Watts o direito de obter tratamento no estrangeiro nem lhe permitia pedir o reembolso das despesas resultantes deste tratamento ao NHS.

35 Tanto Y. Watts como o Secretary of State for Health interpuseram recurso desta decisão para a Court of Appeal (England and Wales) (Civil Division). O recurso interposto por Y. Watts teve principalmente por base a improcedência do seu pedido de reembolso e as conclusões do acórdão proferido em primeira instância, segundo as quais o prazo de espera aplicável por força do direito nacional constitui um elemento pertinente para fins de aplicação do artigo 49.º CE e um elemento de importância fundamental no contexto do artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71. O Secretary of State for Health fundamentou essencialmente o seu recurso no argumento de que os pacientes abrangidos pelo NHS não podem invocar o artigo 49.º CE, pelo que o caso de Y. Watts deve ser regulado exclusivamente por aplicação do artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71.

36 Numa decisão de 20 de Fevereiro de 2004, o órgão jurisdicional de reenvio declara que, atendendo aos acórdãos Smits e Peerbooms, bem como Müller-Fauré e van Riet, já referidos, os serviços nacionais de saúde financiados pelo Estado, como o NHS, entram no âmbito de aplicação do artigo 49.º CE. Acrescenta, contudo, que parece resultar do n.º 98 do acórdão Müller-Fauré e van Riet, já referido, que o direito, fundado nesse artigo, de receber tratamentos no estrangeiro está dependente da existência do direito de obter um tratamento no Estado-Membro competente, direito este de que os pacientes britânicos não beneficiam no âmbito do NHS.

37 Considera que, dado que as actividades médicas são prestações de serviços na acepção do artigo 49.º CE, as autoridades nacionais competentes para o financiamento dos cuidados de saúde não podem, em princípio, impedir os residentes de receber tratamento noutro Estado-Membro, a menos que esta restrição se possa justificar pela necessidade de manter um serviço médico e hospitalar equilibrado e acessível a todos, não podendo todavia esta justificação ser invocada quando se traduzir num atraso injustificado da concessão do tratamento ao paciente no seu Estado-Membro de residência.

38 Refere que, por força do acórdão de 23 de Outubro de 2003, Inizan (C-56/01, Colect., p. I-12403), o conceito de atraso injustificado deve ser interpretado, tal como a segunda condição enunciada no artigo 22.º, n.º 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.º 1408/71, com base em considerações de ordem clínica relacionadas com cada caso individual, e não tomando em conta prazos normais de espera e listas baseadas em considerações de natureza económica. No entanto, afirma que, até hoje, o Tribunal de Justiça não deu uma resposta clara quanto ao modo de interpretar este conceito.

39 O órgão jurisdicional de reenvio interroga-se também, atendendo ao acórdão Inizan, já referido, sobre a relevância das considerações de ordem orçamental no âmbito de um caso como o que está em causa no processo principal. Pergunta se se deve considerar que um Estado-Membro está obrigado a utilizar recursos com o fim de permitir que os seus cidadãos recebam no estrangeiro um tratamento num prazo mais reduzido, com o risco, por um lado, de levar ao prolongamento dos prazos necessários à obtenção de um tratamento no território nacional nos casos mais urgentes e, por outro, de afectar a gestão dos recursos e a planificação do sistema de cuidados de saúde em causa.

40 Admitindo que esta obrigação existe, o órgão jurisdicional de reenvio pergunta se o Estado-Membro em causa é obrigado a reembolsar o custo do tratamento recebido no estrangeiro de acordo com a legislação do Estado-Membro de estada, em conformidade com o artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71, ou de acordo com a sua própria legislação, em conformidade com o artigo 49.º CE. Pergunta também se as despesas de viagem e de alojamento devem ser reembolsadas em semelhante hipótese.

41 Sublinha que uma obrigação de reembolso segundo a legislação do Estado-Membro competente significa, para um sistema como o NHS, no qual os cuidados de saúde são gratuitos, uma obrigação de reembolso integral. Considera assim que, se o conceito de atraso injustificado devesse ser apreciado com abstracção de considerações de ordem orçamental, a aplicação do artigo 49.° CE traduzir-se-ia numa intromissão do direito comunitário na política orçamental dos Estados-Membros em matéria de saúde pública, susceptível de suscitar interrogações à luz do artigo 152.°, n.° 5, CE.

Questões prejudiciais

42 Nestas condições, a Court of Appeal (England & Wales) (Civil Division) decidiu suspender a instância e submeter ao Tribunal de Justiça as seguintes questões prejudiciais:

«1. Tendo em conta a natureza do NHS e a sua posição em direito nacional, deve o artigo 49.° CE, na acepção que lhe é dada pelos acórdãos Smits [e Peerbooms], Müller-Fauré [e van Riet] e Inizan, ser interpretado no sentido de que as pessoas com residência habitual no Reino Unido têm, em princípio, por força do direito comunitário, o direito de receber tratamento hospitalar noutro Estado-Membro, sendo as despesas pagas pelo NHS ?

Em especial, na interpretação correcta do artigo 49.° CE:

a) Existe alguma diferença entre um serviço nacional de saúde financiado pelo Estado, como o NHS, e os fundos de seguro, como o regime ZFW dos Países

Baixos, nomeadamente tendo em conta o facto de o NHS não possuir qualquer fundo a partir do qual possa efectuar os pagamentos?

b) Está o NHS obrigado a autorizar e a pagar esse tratamento noutro Estado-Membro, apesar de não ser obrigado a autorizar e a pagar o mesmo tratamento se dispensado por um prestador de serviços do sector privado no Reino Unido?

c) É relevante o facto de o paciente ter recebido o tratamento independentemente do organismo competente do NHS e sem autorização prévia ou notificação do mesmo?

2) Para a resposta à primeira questão, é relevante saber se o tratamento hospitalar prestado pelo NHS constitui uma prestação de serviços na acepção do artigo 49.º CE?

Em caso de resposta afirmativa e nas circunstâncias descritas na exposição da matéria de facto, *supra*, devem os artigos 48.º CE, 49.º CE e 50.º CE ser interpretados no sentido de que, em princípio:

a) a prestação de tratamento hospitalar por organismos do NHS constitui uma prestação de serviços na acepção do artigo 49.º CE;

b) um paciente que recebe tratamento hospitalar ao abrigo do NHS exerce, enquanto tal, o seu direito a receber serviços, na acepção do artigo 49.º CE; e

c) os organismos do NHS que prestam tratamento hospitalar são prestadores de serviços na acepção dos artigos 48.° [CE] e 50.° CE?

3) Caso o artigo 49.° CE seja aplicável ao NHS, pode este ou o Secretary of State invocar, como justificação objectiva para recusar a autorização prévia de tratamento hospitalar noutro Estado-Membro:

a) o facto de a autorização comprometer seriamente o sistema do NHS que consiste em estabelecer prioridades médicas através de listas de espera;

b) o facto de a autorização permitir que pacientes com necessidade de cuidados médicos menos urgentes tenham prioridade em relação a pacientes com necessidade de cuidados médicos mais urgentes;

c) o facto de a autorização ter como efeito desviar recursos para o pagamento de tratamentos menos urgentes a quem pretende deslocar-se ao estrangeiro, prejudicando deste modo outros pacientes que não pretendem ou não podem deslocar-se ao estrangeiro ou gerando mais despesas para os organismos do NHS;

d) o facto de a autorização poder implicar que o Reino Unido disponibilize um financiamento adicional do orçamento do NHS ou que limite o leque de tratamentos disponíveis no âmbito do NHS;

e) o custo comparativo do tratamento e das suas despesas acessórias no outro Estado-Membro?

4) A fim de determinar se o tratamento está disponível 'sem atraso injustificável' para efeitos do artigo 49.º CE, em que medida é necessário ou admissível ter em conta os seguintes aspectos:

a) os tempos de espera;

b) a prioridade clínica dada ao tratamento pelo organismo competente do NHS;

c) a gestão da prestação de tratamento hospitalar em conformidade com prioridades destinadas a optimizar a utilização de recursos limitados;

d) o facto de o tratamento dispensado localmente pelo NHS ser gratuito;

e) o estado patológico individual do paciente, o historial e a evolução provável da doença para a qual o paciente solicita tratamento?

5) Na interpretação correcta do artigo 22.º, n.º 1, alínea c), do Regulamento n.º 1408/71, e nomeadamente na expressão «no prazo normalmente necessário para obter o tratamento em causa»:

a) os critérios aplicáveis são idênticos aos aplicáveis às questões do atraso injustificável para efeitos do artigo 49.º CE?

b) caso contrário, em que medida é necessário ou admissível ter em conta os aspectos referidos na questão 4?

6) No caso de um Estado-Membro ser obrigado pelo direito comunitário a financiar o tratamento hospitalar, noutros Estados-Membros, de pessoas com residência habitual no primeiro Estado-Membro, o custo desse tratamento deve ser calculado nos termos do artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71, em conformidade com a legislação do Estado-Membro onde o tratamento é prestado, ou nos termos do artigo 49.º CE, em conformidade com a legislação do Estado-Membro de residência?

Em cada caso:

a) Qual é o alcance preciso da obrigação de pagar ou de reembolsar as despesas, nomeadamente quando, como no caso do Reino Unido, o tratamento hospitalar dispensado localmente é gratuito e não existe qualquer tabela nacional de reembolso das despesas de tratamento?

b) Está a obrigação limitada ao custo efectivo da prestação do mesmo tratamento, ou de tratamento equivalente, no primeiro Estado-Membro?

c) Está nela incluída uma obrigação de cobrir as despesas de viagem e alojamento?

7) Os artigos 49.º CE e 22.º do Regulamento [n.º] 1408/71 devem ser interpretados no sentido de que impõem aos Estados-Membros a obrigação de financiar o

tratamento hospitalar noutros Estados-Membros sem sujeição a restrições orçamentais e, na afirmativa, essa exigência é compatível com a competência dos Estados-Membros em matéria de organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos, tal como se encontra reconhecida no artigo 152.°, n.° 5, CE?»

Quanto às questões prejudiciais

Considerações preliminares

43 Com as suas questões, o órgão jurisdicional de reenvio pede para ser esclarecido tanto sobre o âmbito das disposições do Tratado CE relativas à livre prestação de serviços como sobre o do artigo 22.° do Regulamento n.° 1408/71.

44 Como a Comissão das Comunidades Europeias sugeriu nas suas observações, há que começar pela pronúncia sobre o pedido de interpretação do artigo 22.° do Regulamento n.° 1408/71.

45 Com efeito, está assente, segundo a decisão de reenvio, que Y. Watts solicitou autorização para se deslocar, a coberto de um formulário E 112, a outro Estado-Membro para neste receber tratamento apropriado ao seu estado a cargo do NHS, por aplicação do artigo 22.°, n.° 1, alínea c), i), do Regulamento n.° 1408/71. Por outro lado, resulta da referida decisão que o Bedford PCT, pelo qual Y. Watts está abrangida, lhe recusou esta autorização por a interessada não preencher as condições impostas no artigo 22.°, n.° 2, do referido regulamento.

46 A aplicabilidade do referido artigo 22.º ao presente processo não exclui, contudo, que este possa igualmente ser abrangido pelo âmbito de aplicação do artigo 49.º CE.

47 Com efeito, por um lado, o facto de uma medida nacional poder ser eventualmente conforme a uma disposição de direito derivado, neste caso o artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71, não tem por efeito fazer escapar essa medida ao disposto no Tratado (acórdão de 28 de Abril de 1998, Kohll, C-158/96 , Colect., p. I-1931, n.º 25).

48 Por outro lado, importa recordar que o artigo 22.º, n.º 1, alínea c), i), do Regulamento n.º 1408/71 tem por objectivo conferir o direito às prestações em espécie concedidas, por conta da instituição competente, pela instituição do lugar de estada, de acordo com as disposições da legislação do Estado-Membro onde as prestações são concedidas, como se o segurado estivesse inscrito nesta última instituição (v. acórdão Inizan, já referido, n.º 20). A aplicabilidade do artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71 à situação em causa não exclui que o interessado possa paralelamente dispor, ao abrigo do artigo 49.º CE, do direito de beneficiar de cuidados de saúde noutro Estado-Membro em condições de assunção de custos diferentes das previstas no referido artigo 22.º (v., neste sentido, acórdão de 12 de Julho de 2001, Vanbraekel e o., C-368/98, Colect., p. I-5363, n.^{os} 37 a 53).

49 Atendendo às considerações precedentes, deve, em primeiro lugar, responder-se à questão da interpretação do artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71, que constitui objecto da quinta questão, a seguir aos pedidos de interpretação das disposições relativas à livre prestação de serviços enunciados nas quatro primeiras questões e, por fim, às sexta e sétima questões, que dizem indistintamente respeito ao artigo 49.º CE e ao artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71.

50 Tal como fez a Comissão, deve ainda referir-se que o presente processo respeita exclusivamente a prestações médicas dispensadas no âmbito hospitalar e que exigiram a estada do interessado no estabelecimento no qual as referidas prestações foram realizadas.

Quanto à quinta questão

51 Com esta questão, o órgão jurisdicional de reenvio pergunta, no essencial, se os critérios de interpretação da expressão «no prazo normalmente necessário para obter o tratamento em causa» contida no artigo 22.º, n.º 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.º 1408/71 são idênticos aos que servem para definir o conceito de «atraso injustificável» no âmbito do artigo 49.º CE.

52 Ao referir-se a este ponto na quarta questão, o órgão jurisdicional de reenvio pretende também saber se, para interpretar o prazo referido no artigo 22.º, n.º 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.º 1408/71, é necessário ou admissível ter em conta os factores enumerados nesta quarta questão, isto é a existência de tempos de espera, as prioridades clínicas definidas pelo organismo competente do NHS, a gestão da oferta de tratamento hospitalar em função de prioridades destinadas a optimizar a utilização de recursos limitados, a gratuitidade dos tratamentos dispensados no âmbito das estruturas do NHS, bem como o estado patológico individual do paciente, o seu historial e a evolução provável da sua doença.

53 A título preliminar, importa recordar que, inserido no âmbito dos objectivos gerais do Tratado, o artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71 figura entre as medidas destinadas a permitir a um paciente abrangido pela legislação de um Estado-Membro beneficiar, nas condições nele previstas, de prestações em espécie nos restantes Estados-Membros, qualquer que seja a instituição nacional na qual esteja inscrito ou o local da sua residência (v., nesta acepção, acórdãos de 3 de Julho de 2003, Van der Duin e ANOZ Zorgverzekeringen, C-156/01, Colect., p. I-7045, n.º 50, e de 12 de Abril de 2005, Keller, C-145/03, Colect., p. I-2529, n.º 45).

54 Ao garantir, no seu n.º 1, alínea c), i), ao paciente abrangido pela legislação de um Estado-Membro e munido de uma autorização, um acesso aos tratamentos noutros Estados-Membros em condições de cobertura de despesas tão favoráveis como

aquelas de que beneficiam as pessoas abrangidas pela legislação dos referidos Estados, e ao precisar, no seu n.º 2, segundo parágrafo, que a instituição nacional competente não pode recusar essa autorização quando estiverem reunidas as duas condições previstas nesta última disposição, o artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71 contribui para facilitar a livre circulação de pacientes e, na mesma medida, a prestação de serviços médicos transfronteiriços entre os Estados-Membros (v., neste sentido, acórdãos, já referidos, Vanbraekel e o., n.º 32, Inizan, n.º 21, e Keller, n.º 46).

55 O artigo 22.º, n.º 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.º 1408/71 prevê duas condições cujo preenchimento torna obrigatória a emissão pela instituição competente, seja qual for o Estado-Membro a que pertença, da autorização prévia a que se refere a referida disposição (v. acórdão Inizan, já referido, n.º 37).

56 Para satisfazer a primeira condição, é necessário que o tratamento em causa conste das prestações previstas pela legislação do Estado-Membro em cujo território reside o interessado. Não parece que, no processo principal, a recusa de assunção das despesas do tratamento tenha sido motivada pelo desrespeito desta primeira condição.

57 A segunda condição apenas é preenchida se o tratamento que o paciente pretende receber num Estado-Membro diferente daquele em cujo território reside não puder, atendendo ao seu estado actual de saúde e à evolução provável da sua doença, ser-lhe dispensado no prazo normalmente necessário para obter o tratamento em causa no Estado-Membro de residência.

58 Esta segunda condição está manifestamente em causa no litígio no processo principal, como resulta tanto do texto da quinta questão como dos termos em que o organismo competente comunicou à interessada a sua recusa de emitir a seu favor um formulário E 112 (v. n.^{os} 26 e 30 do presente acórdão).

59 A este respeito, como referiram Y. Watts, os Governos belga e francês e a Comissão nas suas observações, o Tribunal de Justiça, nos n.os 45 e 46 do acórdão Inizan, já referido, deu uma interpretação do prazo referido no artigo 22.°, n.° 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.° 1408/71 que retoma a que tinha adoptado para a expressão «em tempo útil», nos acórdãos, já referidos, Smits e Peerbooms (n.os 103 e 104) e Müller-Fauré e van Riet (n.os 89 e 90), a propósito da apreciação da compatibilidade com o artigo 49.° CE de uma disposição nacional que subordina a assunção das despesas dos tratamentos hospitalares que se pretendem efectuar noutro Estado-Membro a uma condição associada ao carácter necessário destes tratamentos.

60 Com efeito, como sublinha o advogado-geral no n.° 101 das suas conclusões, nenhum elemento permite seriamente justificar interpretações diferentes no contexto do artigo 22.° do Regulamento n.° 1408/71, por um lado, e no do artigo 49.° CE, por outro, na medida em que, nos dois casos, se trata de saber, como alegou o Governo belga nas suas observações, se o tratamento hospitalar requerido pelo estado de saúde do interessado pode ser dispensado no território do Estado-Membro da sua residência dentro de um prazo aceitável que preserve a sua utilidade e eficácia.

61 No acórdão Inizan, já referido (n.° 45), o Tribunal de Justiça decidiu, assim, ao referir-se por analogia ao n.° 103 do acórdão Smits e Peerbooms, já referido, e ao n.° 89 do acórdão Müller-Fauré e van Riet, já referido, que a segunda condição enunciada no artigo 22.°, n.° 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.° 1408/71 não está preenchida quando um tratamento idêntico ou com o mesmo grau de eficácia para o paciente pode ser oportunamente ministrado no Estado-Membro de residência deste.

62 Inspirando-se no n.° 104 do acórdão Smits e Peerbooms, já referido, bem como no n.° 90 do acórdão Müller-Fauré e van Riet, já referido, o Tribunal de Justiça precisou que, para apreciar se um tratamento que apresenta o mesmo grau de eficácia para o paciente pode ser efectuado em tempo útil no Estado-Membro de residência, a instituição competente é obrigada a atender a todas as circunstâncias que caracterizam cada caso concreto, tendo devidamente em conta não apenas a

situação médica do paciente no momento em que a autorização é solicitada e, eventualmente, o grau de dor ou a natureza da deficiência deste último, que possa, por exemplo, tornar impossível ou excessivamente difícil o exercício de uma actividade profissional, mas igualmente os seus antecedentes (acórdão Inizan, já referido, n.º 46).

63 No acórdão Müller-Fauré e van Riet, já referido (n.º 92), o Tribunal de Justiça sublinhou, por outro lado, que para provar que um tratamento idêntico ou com o mesmo grau de eficácia para o paciente está disponível em tempo útil num estabelecimento situado no território do Estado-Membro de residência, a instituição competente não se pode basear exclusivamente na existência de listas de espera no referido território, sem ter em consideração as circunstâncias concretas que caracterizam a situação médica do paciente em causa.

64 Esta última precisão, feita a propósito do artigo 49.º CE, pode ser retomada no âmbito do artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71, atendendo ao exposto nos n.os 59 e 60 do presente acórdão.

65 Importa, a este respeito, referir que o artigo 20.º do Regulamento (CE) n.º 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança (JO L 166, p. 1), que se destina a substituir o artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71, prevê a obrigação de conceder a autorização em causa sempre, designadamente, que o tratamento não possa ser prestado, no Estado-Membro de residência, «dentro de um prazo clinicamente seguro, tendo em conta o seu estado de saúde actual e a evolução provável da doença».

66 É à luz destas indicações que importa precisar ao órgão jurisdicional de reenvio os factores que este deverá ter em conta, entre os enumerados na quarta questão, para averiguar se a segunda condição imposta no artigo 22.º, n.º 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.º 1408/71 está ou não preenchida.

67 Num contexto marcado por uma procura de tratamentos hospitalares em constante aumento, devido principalmente ao progresso da medicina e ao prolongamento da esperança de vida, por um lado, e por uma oferta necessariamente limitada por imperativos orçamentais, por outro, não se pode contestar que as autoridades nacionais competentes para a gestão da prestação destes tratamentos têm o direito de instituir, se o considerarem necessário, um sistema de listas de espera destinado a planificar a prestação dos tratamentos em causa e a fixar prioridades em função dos recursos e das capacidades disponíveis.

68 Como, porém, decorre dos próprios termos do artigo 22.°, n.° 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.° 1408/71 e da jurisprudência recordada nos n.^{os} 62 e 63 do presente acórdão, para que a instituição competente tenha o direito de recusar a autorização referida no artigo 22.°, n.° 1, alínea c) do referido regulamento com base num motivo relativo à existência de um prazo de espera deve provar que o prazo, decorrente dos objectivos de planificação e de gestão da oferta hospitalar prosseguidos pelas autoridades nacionais em função de prioridades clínicas pré-fixadas em termos gerais, no qual o tratamento hospitalar requerido pelo estado de saúde do paciente pode ser obtido num estabelecimento do sistema nacional em causa não excede um prazo aceitável tendo em conta uma avaliação médica objectiva das necessidades clínicas do interessado de acordo com o seu estado patológico, o seu historial, a evolução provável da doença, o grau de dor e/ou a natureza da sua deficiência no momento em que a autorização é solicitada.

69 Por outro lado, como observa a Comissão e sublinha o advogado-geral no n.° 86 das suas conclusões, a fixação de listas de espera deve ser gerida de um modo dinâmico e flexível que permita reconsiderar o prazo inicialmente notificado à interessada em função de uma eventual degradação do seu estado de saúde ocorrida posteriormente a um primeiro pedido de autorização.

70 Se o prazo resultante dos objectivos gerais de planificação não exceder o tempo clinicamente aceitável nos termos precisados no n.° 68 do presente acórdão, a instituição competente tem o direito de considerar que a segunda condição formulada no artigo 22.°, n.° 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.° 1408/71 não está preenchida e de recusar a concessão da autorização solicitada pelo interessado ao abrigo do n.° 1, alínea c), i), deste mesmo artigo.

71 Com efeito, se os pacientes de um serviço nacional de saúde como o que está em causa no processo principal devessem ser autorizados a deslocar-se a um outro Estado-Membro para neste receber, a expensas da instituição competente, tratamentos hospitalares que as infra-estruturas do referido serviço lhes podem prestar num prazo clinicamente aceitável na acepção precisada no n.º 68 do presente acórdão, pelo simples motivo de os tratamentos idênticos ou que apresentam o mesmo grau de eficácia estarem disponíveis mais rapidamente nesse outro Estado-Membro, daqui resultariam fluxos migratórios de pacientes que poderiam pôr em causa todos os esforços de planificação e de racionalização efectuados pelo Estado-Membro competente no sector vital dos cuidados da saúde a fim de evitar os problemas de sobrecapacidade hospitalar, de desequilíbrios na oferta de cuidados médicos hospitalares e de desperdício e perdas, tanto logísticos como financeiros (v., neste sentido, acórdãos, já referidos, Smits e Peerbooms, n.º 106, e Müller-Fauré e van Riet, n.º 91).

72 Em contrapartida, na hipótese inversa da evocada no n.º 70 do presente acórdão, deve considerar-se que a segunda condição formulada no artigo 22.º, n.º 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.º 1408/71 está preenchida.

73 O facto de as despesas do tratamento hospitalar pretendido noutro Estado-Membro poderem ser superiores às que teriam resultado desse tratamento se tivesse sido dispensado num estabelecimento pertencente ao serviço nacional em causa não pode, nesta hipótese, constituir um motivo legítimo de recusa de autorização.

74 Na mesma hipótese, não constituiria igualmente um tal motivo o facto de a concessão da autorização solicitada ter por efeito constranger um serviço nacional de saúde como o que está em causa no processo principal, caracterizado pela gratuitidade do tratamento hospitalar dispensado no âmbito das suas infra-estruturas, a prever um mecanismo financeiro destinado a permitir a este serviço satisfazer o pedido de reembolso, proveniente da instituição do Estado-Membro de estada, relativo às prestações em espécie dispensadas por esta última ao paciente em causa (v., neste sentido, acórdão Müller-Fauré e van Riet, n.º 105).

75 Contrariamente aos receios expressados pelo Governo do Reino Unido nas suas observações, a interpretação do prazo referido no artigo 22.º, n.º 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.º 1408/71 que resulta dos n.ºs 59 a 72 do presente acórdão não é susceptível de pôr em causa a faculdade de as autoridades nacionais competentes gerirem as capacidades hospitalares disponíveis no seu território em função de listas de espera, desde que a existência destas listas não constitua obstáculo à consideração, em cada caso individual, das circunstâncias que caracterizam a situação médica e as necessidades clínicas do interessado no momento em que este solicita uma autorização para receber noutro Estado-Membro tratamento hospitalar a cargo do sistema pelo qual está abrangido.

76 Por outro lado, esta interpretação acaba por proibir às autoridades nacionais competentes recusar a concessão da autorização solicitada por um paciente cujo caso pessoal apresente, no termo de uma avaliação médica objectiva, um grau de urgência que justifique a obtenção de um tratamento noutro Estado-Membro num prazo mais curto do que o que resultaria das listas de espera que reflectem os objectivos gerais de planificação e de gestão, e no qual o interessado pode esperar obter o tratamento em causa num estabelecimento local do serviço nacional de saúde. Em contrapartida, a referida interpretação não põe em causa o direito que estas autoridades têm de se opor à concessão de uma autorização quando não exista um motivo de urgência próprio da situação clínica do paciente em causa que permita considerar inadequado o tempo de espera decorrente destes objectivos, tendo em conta esta situação.

77 Esta interpretação não é também susceptível de levar a um êxodo de pacientes que, dispondo de recursos suficientes para esse fim, decidissem deslocar-se a outro Estado-Membro para obterem, em última análise a cargo do serviço nacional de saúde pelo qual são abrangidos e à margem de qualquer consideração da necessidade médica, o tratamento hospitalar em causa num prazo mais curto do que aquele em que o referido tratamento lhes pode ser prestado num estabelecimento nacional deste serviço. Com efeito, a referida interpretação preserva o direito que assiste à instituição competente de recusar a concessão da autorização necessária à assunção financeira dos tratamentos hospitalares pretendidos noutro Estado-Membro na falta de circunstâncias particulares que permitam pensar que o prazo de espera imposto ao interessado excederia o prazo clinicamente aceitável no seu caso pessoal.

78 No processo principal, compete ao órgão jurisdicional de reenvio averiguar se o tempo de espera invocado pelo organismo competente do NHS, baseado nos objectivos de planificação prosseguidos pelas autoridades britânicas para rejeitar o pedido inicial de autorização e o pedido renovado, excedia o prazo clinicamente aceitável, à luz da situação e das necessidades clínicas individuais do interessado, nestes dois momentos.

79 Atendendo às considerações precedentes, deve responder-se à quinta questão que o artigo 22.°, n.° 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.° 1408/71 deve ser interpretado no sentido de que, para poder recusar a autorização referida no n.° 1, alínea c), i), deste mesmo artigo por um motivo relativo à existência de um tempo de espera para um tratamento hospitalar, a instituição competente deve provar que este prazo não excede o prazo aceitável assente numa avaliação médica objectiva das necessidades clínicas do interessado à luz de todos os parâmetros que caracterizam o seu estado patológico no momento em que o pedido de autorização é apresentado ou, eventualmente, renovado.

Quanto às quatro primeiras questões

80 Com as suas quatro primeiras questões, que devem ser examinadas em conjunto, o órgão jurisdicional de reenvio pergunta, no essencial, se e em que condições um paciente do NHS pode, ao abrigo do artigo 49.° CE, beneficiar de tratamentos hospitalares noutro Estado-Membro a expensas deste serviço nacional.

81 A primeira questão visa averiguar se, tendo em conta as características particulares do NHS, uma pessoa residente no Reino Unido pode pretender, ao abrigo do referido artigo, beneficiar de tratamentos hospitalares num Estado-Membro que não seja o Reino Unido, a cargo do NHS. No âmbito desta questão, o órgão jurisdicional de reenvio pergunta em especial se, para interpretar o artigo 49.° CE neste contexto, se deve ter em atenção, por um lado, a inexistência de fundos à disposição dos organismos do NHS para assumir o financiamento destes tratamentos e, por outro, a

inexistência de uma obrigação por parte do NHS de assumir as despesas dos tratamentos hospitalares recebidos por um paciente por ele abrangido num estabelecimento privado situado em Inglaterra ou no País de Gales. Pretende ainda saber se a inexistência de pedido de autorização ou de notificação prévia ao organismo competente do NHS tem incidência na interpretação do artigo 49.º CE.

82 Com a sua segunda questão, o órgão jurisdicional de reenvio pergunta se, para responder à primeira, é necessário determinar se os tratamentos hospitalares dispensados no âmbito do NHS constituem serviços na acepção do artigo 49.º CE.

83 Na sua terceira questão, o órgão jurisdicional de reenvio enumera, no caso de esta última disposição ser aplicável, uma série de elementos relativamente aos quais pretende saber se podem ser validamente invocados pelas autoridades nacionais competentes para recusar a concessão da autorização prévia necessária à assunção pelo NHS das despesas resultantes de um tratamento hospitalar pretendido noutro Estado-Membro.

84 A quarta questão, que se confunde com a terceira, visa saber que factores podem ou devem ser tidos em conta para apreciar se o tratamento hospitalar requerido pelo estado de saúde do paciente pode ser dispensado sem atraso injustificável num estabelecimento do NHS e se, por conseguinte, a autorização solicitada por este paciente com vista à assunção das despesas de um tratamento pretendido noutro Estado-Membro pode ser recusada pela instituição competente.

85 Para responder a estas questões, deve, em primeiro lugar determinar-se se o artigo 49.º CE é aplicável a factos como os que estão em causa no processo principal.

86 A este respeito, importa recordar que, segundo jurisprudência constante, as prestações médicas efectuadas em contrapartida de remuneração estão abrangidas pelo âmbito das disposições relativas à livre prestação de serviços (v., designadamente, acórdãos de 4 de Outubro de 1991, Society for the Protection of Unborn Children Ireland, C-159/90, Colect., p. I-4685, n.º 18, e Kohll, já referido, n.º 29), sem que, a este propósito, haja que distinguir consoante os cuidados sejam ministrados num quadro hospitalar ou fora desse quadro (acórdãos, já referidos, Vanbraekel e o., n.º 41; Smits e Peerbooms, n.º 53; Müller-Fauré e van Riet, n.º 38; e Inizan, n.º 16).

87 O Tribunal de Justiça também já decidiu que a livre prestação de serviços inclui a liberdade de os destinatários destes, designadamente as pessoas que devam receber tratamento médico, se deslocarem a outro Estado-Membro para neste beneficiarem desses serviços (v. acórdão de 31 de Janeiro de 1984, Luisi e Carbone, 286/82 e 26/83, Recueil, p. 377, n.º 16).

88 Importa constatar, no que respeita ao litígio no processo principal, que Y. Watts pagou directamente ao estabelecimento, situado noutro Estado-Membro, em que lhe foi dispensado um tratamento.

89 A circunstância de o reembolso dos tratamentos hospitalares em causa ser ulteriormente solicitado a um serviço nacional de saúde como o que está em causa no processo principal não é susceptível de afastar a aplicação das regras da livre prestação de serviços garantida pelo Tratado (v., nesta acepção, acórdãos, já referidos, Smits e Peerbooms, n.º 55, e Müller-Fauré e van Riet, n.º 39). O Tribunal de Justiça decidiu que uma prestação médica não perde a sua qualificação de prestação de serviços na acepção do artigo 49.º CE pelo facto de o paciente, após pagar ao prestador estrangeiro o tratamento recebido, solicitar ulteriormente que os respectivos custos sejam suportados por um serviço nacional de saúde (v. acórdão Müller-Fauré e van Riet, já referido, n.º 103).

90 Deve, portanto, admitir-se que o artigo 49.º CE se aplica à situação de um paciente que, como Y. Watts, recebe num Estado-Membro diferente do seu Estado de residência prestações médicas no âmbito hospitalar a troco de remuneração, independentemente do modo de funcionamento do sistema nacional pelo qual essa pessoa é abrangida e ao qual se solicita posteriormente que suporte os custos dessas prestações.

91 Sem que seja necessário, no caso em apreço, determinar se as prestações de tratamento hospitalar fornecidas no âmbito de um serviço nacional de saúde como o NHS constituem em si mesmas serviços na acepção das disposições do Tratado relativas à livre circulação de serviços, deve assim considerar-se que uma situação, como a que está na origem do litígio no processo principal, em que uma pessoa cujo estado de saúde necessita de tratamento hospitalar se desloca a outro Estado-Membro e neste recebe os tratamentos em causa a troco de remuneração, é abrangida pelo âmbito de aplicação das referidas disposições.

92 Embora seja pacífico que o direito comunitário não prejudica a competência dos Estados-Membros para organizarem os seus sistemas de segurança social e que, na falta de harmonização a nível comunitário, compete à legislação de cada Estado-Membro determinar as condições que conferem direito a prestações em matéria de segurança social, não deixa de ser verdade que os Estados-Membros devem, no exercício dessa competência, respeitar o direito comunitário, nomeadamente as disposições relativas à livre prestação de serviços (v., designadamente, acórdãos, já referidos, Smits e Peerbooms, n.os 44 a 46, Müller-Fauré e Van Riet, n.º 100, e Inizan, n.º 17). As referidas disposições comportam a proibição de os Estados-Membros introduzirem ou manterem restrições injustificadas ao exercício dessa liberdade no domínio dos cuidados da saúde.

93 Importa, por conseguinte, averiguar a existência duma restrição deste tipo numa situação como a que está em causa no processo principal.

94 A este respeito, cabe recordar que, segundo uma jurisprudência constante, o artigo 49.º CE se opõe à aplicação de qualquer legislação nacional que tenha como efeito tornar a prestação de serviços entre Estados-Membros mais difícil do que a prestação de serviços puramente interna a um Estado-Membro (acórdãos de 5 de Outubro de 1994, Comissão/França, C-381/93, Colect., p. I-5145, n.º 17; Kohll, já referido, n.º 33; e Smits e Peerbooms, já referido, n.º 61).

95 No caso em apreço, resulta da decisão do órgão jurisdicional de reenvio de 20 de Fevereiro de 2004 e da decisão de reenvio, em particular da terceira questão, que, embora os pacientes do NHS tenham, certamente, a possibilidade de recorrer a um estabelecimento hospitalar situado noutro Estado-Membro, na falta de autorização prévia o paciente não pode obter, a cargo do NHS, prestações médicas nesse estabelecimento.

96 É verdade, como alegam os Governos do Reino Unido e espanhol, a Irlanda e os Governos maltês e finlandês, que um paciente abrangido pelo NHS não pode escolher o momento e o lugar em que os tratamentos hospitalares requeridos pelo seu estado de saúde lhe serão prestados no âmbito das infra-estruturas do NHS. No entanto, é pacífico que à obrigação imposta ao Ministro da Saúde por força dos artigos 1.º e 3.º do NHS Act (v. n.º 6 do presente acórdão) corresponde a obtenção gratuita, nos estabelecimentos do NHS, de prestações disponíveis no âmbito deste, sem que essa obtenção esteja submetida a uma autorização prévia.

97 Consequentemente, enquanto, segundo a decisão de 20 de Fevereiro de 2004 e a decisão de reenvio, a autorização prévia condiciona a assunção por parte do NHS das despesas dos tratamentos hospitalares disponíveis noutro Estado-Membro, a obtenção gratuita de prestações disponíveis no âmbito do NHS não depende, em contrapartida, desta autorização, na medida em que apenas as modalidades desta obtenção estão sujeitas a uma decisão prévia das autoridades nacionais competentes.

98 Por conseguinte, há que admitir que o sistema de autorização prévia mencionado no n.º 95 do presente acórdão desencoraja, ou mesmo impede, os pacientes em causa de se dirigirem aos prestadores de serviços médicos estabelecidos noutros Estados-Membros e constitui, tanto para estes pacientes como para os prestadores, um obstáculo à livre prestação de serviços (v., neste sentido, acórdãos, já referidos, Smits e Peerbooms, n.º 69, e Müller-Fauré e van Riet, n.º 44).

99 Esta análise não é posta em causa pelo facto, referido na primeira questão, alínea b), de o NHS não ser obrigado a autorizar e a suportar as despesas dos tratamentos hospitalares dispensados aos pacientes em estabelecimentos privados, não integrantes do NHS, situados em Inglaterra e no País de Gales.

100 Com efeito, para aplicar a jurisprudência evocada no n.º 94 do presente acórdão, as condições de assunção das despesas, pelo referido serviço, dos tratamentos hospitalares pretendidos noutro Estado-Membro não devem ser comparadas com o regime jurídico nacional das prestações de cuidados hospitalares recebidos pelos pacientes em estabelecimentos locais privados. Ao invés, a comparação deve ser efectuada com as condições em que este serviço fornece tais prestações no âmbito das suas infra-estruturas hospitalares.

101 Uma vez que está demonstrada a existência de uma restrição à livre prestação de serviços, e antes da pronúncia sobre a questão de saber se um paciente do NHS pode, ao abrigo do artigo 49.º CE, beneficiar, a cargo do serviço nacional em causa, de cuidados médicos prestados no âmbito hospitalar noutro Estado-Membro sem ser constrangido por esta restrição, importa examinar se a mesma pode ser objectivamente justificada.

102 A este respeito, importa recordar, como foi feito em grande número das observações submetidas ao Tribunal de Justiça, os imperativos susceptíveis de justificar os obstáculos à livre prestação de serviços médicos fornecidos no âmbito hospitalar.

103 O Tribunal de Justiça já anteriormente decidiu que não se pode excluir que um risco grave para o equilíbrio financeiro do sistema de segurança social possa constituir uma razão imperiosa de interesse geral susceptível de justificar um entrave ao princípio da livre prestação de serviços (acórdãos, já referidos, Kohll, n.º 41; Smits e Peerbooms, n.º 72; e Müller-Fauré e van Riet, n.º 73).

104 O Tribunal de Justiça reconheceu também que o objectivo de manutenção de um serviço médico e hospitalar equilibrado e acessível a todos pode igualmente ser abrangido por derrogações com base em razões de saúde pública previstas no artigo 46.º CE, na medida em que contribua para a realização de um nível elevado de protecção da saúde (acórdãos, já referidos, Kohll, n.º 50, Smits e Peerbooms, n.º 73, e Müller-Fauré e van Riet, n.º 67).

105 O Tribunal de Justiça precisou ainda que o artigo 46.º CE permite aos Estados-Membros restringir a livre prestação de serviços médicos e hospitalares, na medida em que a manutenção da capacidade de tratamento ou de uma especialidade médica no território nacional seja essencial para a saúde pública, ou mesmo para a sobrevivência da sua população (acórdãos, já referidos, Kohll, n.º 51; Smits e Peerbooms, n.º 74; e Müller-Fauré e van Riet, n.º 67).

106 Importa, portanto, averiguar se a restrição em causa pode efectivamente justificar-se à luz destas razões imperiosas e adquirir a certeza, se for o caso e em conformidade com uma jurisprudência constante, de que essa restrição não excede o que é objectivamente necessário para esse fim e que esse resultado não pode ser obtido por regras menos gravosas (v. acórdão Smits e Peerbooms, já referido, n.º 75 e jurisprudência aí citada).

107 Relativamente às prestações médicas dispensadas num estabelecimento hospitalar, o Tribunal de Justiça já teve oportunidade de expor, nos n.os 76 a 80 do acórdão Smits e Peerbooms, já referido, as seguintes considerações.

108 É notório que o número de infra-estruturas hospitalares, a sua repartição geográfica, a sua organização e os equipamentos de que dispõem, ou ainda a natureza dos serviços médicos que estão em condições de oferecer, devem poder ser objecto de uma planificação que responda, em regra, a diversas preocupações.

109 Por um lado, esta planificação prossegue o objectivo de garantir, no território do Estado em causa, uma acessibilidade suficiente e permanente a uma gama equilibrada de cuidados hospitalares de qualidade. Por outro lado, participa da vontade de garantir um controlo dos custos e de evitar, na medida do possível, qualquer desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos. Este desperdício é tanto mais prejudicial quanto é certo que o sector dos cuidados hospitalares gera custos consideráveis e deve responder a necessidades crescentes e que os recursos financeiros que podem ser consagrados aos cuidados de saúde não são, independentemente do modo de financiamento utilizado, ilimitados.

110 Nesta dupla perspectiva, a exigência que consiste em submeter a cobertura financeira pelo sistema nacional de segurança social dos cuidados hospitalares pretendidos noutro Estado-Membro a uma autorização prévia revela-se uma medida necessária e razoável.

111 No que respeita ao sistema neerlandês de seguro de doença, em causa nos processos em que foi proferido o acórdão Smits e Peerbooms, já referido, o Tribunal de Justiça reconheceu no n.º 81 desse acórdão que, se os pacientes pudessem livremente e em quaisquer circunstâncias recorrer a estabelecimentos hospitalares com os quais as suas caixas de seguro de doença não tivessem celebrado qualquer convénio, quer situados nos Países Baixos quer noutro Estado-Membro, todos os esforços de planificação operados através do sistema de convénios com vista a contribuir para garantir uma oferta de cuidados hospitalares racionalizada, estável, equilibrada e acessível ficariam comprometidos.

112 Estas considerações, expressas a propósito de um sistema de segurança social assente num regime de convénios entre as caixas públicas de seguro de doença e os prestadores de cuidados hospitalares, que autorizam, em nome de imperativos de planificação, a impor limites ao direito que assiste aos pacientes de recorrer, a cargo do seu sistema nacional, a prestadores de cuidados hospitalares que não fazem parte do referido sistema, podem ser tecidas também em relação a um sistema nacional de saúde como o NHS.

113 Atendendo ao anteriormente exposto e para responder à primeira questão, alínea c), o direito comunitário, em particular o artigo 49.º CE, não se opõe a que o direito que assiste a um paciente de obter tratamentos hospitalares noutro Estado-Membro a cargo do sistema por que está abrangido seja submetido a uma medida de autorização prévia.

114 É, no entanto, necessário que as condições estabelecidas para a concessão dessa autorização se justifiquem na perspectiva dos referidos imperativos e que satisfaçam a exigência de proporcionalidade recordada no n.º 106 do presente acórdão (v., neste sentido, acórdãos Smits e Peerbooms, n.º 82, e Müller-Fauré e van Riet, n.º 83).

115 Também resulta de uma jurisprudência constante que um regime de autorização administrativa prévia não pode legitimar um comportamento discricionário por parte das autoridades nacionais, susceptível de privar as disposições comunitárias, nomeadamente as relativas a uma liberdade fundamental como a que está em causa nos processos principais, do seu efeito útil (v. acórdãos, já referidos, Smits e Peerbooms, n.º 90, e Müller-Fauré e van Riet, n.º 84, e a jurisprudência citada nestes números).

116 Por conseguinte, para que um regime de autorização prévia seja justificado mesmo que derrogue uma liberdade fundamental, deve ser fundamentado em critérios objectivos, não discriminatórios e conhecidos antecipadamente, de modo a enquadrar o exercício do poder de apreciação das autoridades nacionais, a fim de

este não ser utilizado de modo arbitrário. Tal regime de autorização prévia deve, de igual modo, assentar num sistema processual facilmente acessível e adequado a garantir aos interessados que o seu pedido será tratado dentro de um prazo razoável e com objectividade e imparcialidade, devendo além disso as eventuais recusas de autorização poder ser impugnadas no quadro de um recurso jurisdicional (acórdãos, já referidos, Smits e Peerbooms, n.º 90, e Müller-Fauré e van Riet, n.º 85).

117 Para este fim, as recusas de autorização, ou os pareceres em que estas recusas eventualmente se fundamentem, devem referir as disposições específicas sobre as quais assentam e ser devidamente fundamentados à luz destas últimas. Da mesma forma, os órgãos jurisdicionais aos quais é submetido um recurso dessas decisões de recusa devem poder, se o entenderem necessário para exercer o controlo que lhes compete, pedir o parecer de peritos independentes que ofereçam todas as garantias de objectividade e de imparcialidade (v., neste sentido, acórdão Inizan, já referido, n.º 49).

118 Ora, no que respeita ao litígio no processo principal, importa referir, à semelhança da Comissão, que a regulamentação relativa ao NHS não precisa os critérios de concessão ou de recusa da autorização prévia necessária à assunção das despesas dos tratamentos dispensados num hospital situado noutro Estado-Membro. A referida regulamentação não estabelece limites ao exercício do poder de apreciação das autoridades nacionais competentes a esse respeito. Esta ausência de enquadramento jurídico dificulta, por outro lado, o controlo jurisdicional das decisões de recusa de autorização.

119 Relativamente às circunstâncias e aos factores mencionados nas terceira e quarta questões, deve considerar-se, atendendo à análise exposta nos n.^{os} 59 a 77 do presente acórdão, que uma recusa de autorização prévia não se pode basear apenas na existência de listas de espera destinadas a planificar e a gerir a oferta hospitalar em função de prioridades clínicas preestabelecidas em termos gerais, sem que se tenha efectuado, no caso individual em causa, uma avaliação médica objectiva do estado patológico do paciente, do seu historial, da evolução provável da sua doença, do grau de dor e/ou da natureza da sua deficiência no momento em que a autorização é solicitada ou renovada.

120 Consequentemente, quando o prazo que decorre destas listas de espera excede, no caso individual em causa, um prazo que se possa considerar aceitável atendendo a uma avaliação médica objectiva de todas as circunstâncias que caracterizam a situação e as necessidades clínicas do interessado, a instituição competente não pode recusar a autorização solicitada baseando-se em motivos relativos à existência destas listas de espera, a um pretenso prejuízo para a ordem normal das prioridades relacionado com o grau de urgência respectivo dos casos a tratar, à gratuitidade dos cuidados hospitalares dispensados no âmbito do sistema nacional em causa, à obrigação de prever meios financeiros específicos para fins da assunção das despesas do tratamento pretendido noutro Estado-Membro e/ou a uma comparação dos custos deste tratamento com os de um tratamento equivalente no Estado-Membro competente.

121 Quanto aos elementos referidos na primeira questão, alínea a), e na terceira questão, alínea d), importa acrescentar à análise desenvolvida nos n.os 59 a 77 do presente acórdão que, embora o direito comunitário não prejudique a competência dos Estados-Membros para organizarem os seus sistemas de segurança social e para decidirem o nível de recursos a afectar ao seu funcionamento, o exercício das liberdades fundamentais garantidas pelo Tratado obriga inevitavelmente os Estados-Membros a neles introduzirem algumas adaptações, sem que por isso se possa considerar que tal facto viola a sua competência soberana na matéria (v., acórdão Müller-Fauré e van Riet, já referido, n.os 100 e 102).

122 Como refere o advogado-geral no n.º 88 das suas conclusões, importa portanto reconhecer que a necessidade para os Estados-Membros de conciliar os princípios e a economia do seu sistema de cuidados de saúde, por um lado, e as exigências decorrentes das liberdades comunitárias, por outro, comporta, do mesmo modo que as exigências decorrentes do artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71, a obrigação, para as autoridades responsáveis por um serviço nacional de saúde como o NHS, de prever os mecanismos de cobertura financeira das despesas dos tratamentos hospitalares dispensados noutro Estado-Membro a pacientes aos quais o referido serviço não possa fornecer o tratamento requerido num prazo clinicamente aceitável na acepção precisada no n.º 68 do presente acórdão.

123 Atendendo às considerações precedentes, deve responder-se às quatro primeiras questões da seguinte forma:

— O artigo 49.º CE aplica-se a uma situação em que uma pessoa cujo estado de saúde necessita de tratamento hospitalar se desloca a outro Estado-Membro e neste recebe esse tratamento a troco de remuneração, sem que seja necessário examinar se as prestações de tratamento hospitalar fornecidas no âmbito do sistema nacional a que essa pessoa pertence constituem em si mesmas serviços na acepção das disposições sobre a livre prestação de serviços.

— O artigo 49.º CE deve ser interpretado no sentido de que não se opõe a que a assunção das despesas resultantes dos tratamentos hospitalares que se pretende receber num estabelecimento situado noutro Estado-Membro seja submetida à obtenção de uma autorização prévia da instituição competente.

— Uma recusa de autorização prévia não se pode basear apenas na existência de listas de espera destinadas a planificar e a gerir a oferta hospitalar em função de prioridades clínicas preestabelecidas em termos gerais, sem que se tenha efectuado uma avaliação médica objectiva do estado patológico do paciente, do seu historial, da evolução provável da sua doença, do grau de dor e/ou da natureza da sua deficiência no momento em que a autorização é solicitada ou renovada.

Quando o tempo de espera que decorre dessas listas excede um prazo que se possa considerar aceitável atendendo a uma avaliação médica objectiva dos elementos já referidos, a instituição competente não pode recusar a autorização solicitada baseando-se em motivos relativos à existência das listas de espera, a um pretenso prejuízo para a ordem normal das prioridades relacionado com o grau de urgência respectivo dos casos a tratar, à gratuitidade dos cuidados

hospitalares dispensados no âmbito do sistema nacional em causa, à obrigação de prever meios financeiros específicos para permitir a assunção das despesas do tratamento pretendido noutro Estado-Membro e/ou a uma comparação dos custos deste tratamento com os de um tratamento equivalente no Estado-Membro competente.

Quanto à sexta questão

124 Com esta questão, o órgão jurisdicional de reenvio pergunta, no essencial, se a assunção, à qual segundo ele está obrigado um Estado-Membro por força do direito comunitário, do custo de tratamentos hospitalares dispensados noutro Estado-Membro, deve ser calculada, nos termos do artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71, em conformidade com a legislação do Estado-Membro onde o tratamento é prestado (Estado-Membro de estada), ou, nos termos do artigo 49.º CE, em conformidade com a legislação do Estado-Membro de residência do paciente (Estado-Membro competente). Pretende também conhecer a incidência, sobre a questão desta assunção de custos, da gratuitidade do tratamento hospitalar dispensado no âmbito do serviço nacional de saúde em causa e da correlativa inexistência de uma tabela de reembolso na legislação do Estado-Membro competente. Pergunta ainda se a obrigação de assunção dos custos de um tratamento hospitalar dispensado no Estado-Membro de estada cobre as despesas de viagem e alojamento.

125 A este respeito, deve, em primeiro lugar, recordar-se que o paciente que, tendo solicitado uma autorização ao abrigo do artigo 22.º, n.º 1, alínea c), i), do Regulamento n.º 1408/71, recebeu essa autorização ou a que quem foi oposta a uma recusa cujo carácter infundado foi posteriormente demonstrado deve beneficiar, nos próprios termos desta disposição, das prestações em espécie concedidas, por conta da instituição competente, pela instituição do Estado-Membro de estada, de acordo com as disposições da legislação deste, como se estivesse inscrito nesta última instituição (v. acórdãos, já referidos, Vanbraekel e o., n.º 32; Inizan, n.º 20; e Keller, n.º 65).

126 Do que precede resulta que, em hipótese semelhante, as modalidades de intervenção previstas pela legislação do Estado-Membro de estada devem ser aplicadas, ficando a instituição competente com o ónus de posteriormente reembolsar a instituição do referido Estado nas condições previstas no artigo 36.º do Regulamento n.º 1408/71 (v. acórdão Vanbraekel e o., já referido, n.º 33).

127 A circunstância de, em razão da gratuitidade dos tratamentos hospitalares no serviço nacional de saúde em causa, a legislação do Estado-Membro competente não comportar uma tabela de reembolso não é susceptível de impedir a aplicação das disposições dos artigos 22.º, n.º 1, alínea c), i), e 36.º do Regulamento n.º 1408/71. Com efeito, a obrigação que recai sobre a instituição competente, no âmbito do sistema instituído por estas disposições, consiste em reembolsar a instituição do Estado-Membro de estada até ao montante das prestações efectuadas por esta última em aplicação das disposições do referido Estado, sem que seja necessário, para este efeito, reportar-se a qualquer tabela de reembolso nos termos da legislação do Estado-Membro competente.

128 Importa, em seguida, examinar se um paciente abrangido pelo NHS pode obter da instituição competente, ao abrigo do artigo 49.º CE, uma assunção dos custos do tratamento hospitalar recebido no Estado-Membro de estada superior à decorrente da aplicação das disposições da legislação desse Estado.

129 A este respeito, importa recordar que o Tribunal de Justiça já decidiu que o facto da legislação do Estado-Membro competente não garantir, a um paciente, abrangido por essa legislação, que foi autorizado a hospitalizar-se noutro Estado-Membro em conformidade com o artigo 22.º , n.º 1, alínea c), do Regulamento n.º 1408/71, um nível de assunção de custos análogo àquele de que beneficiaria se tivesse sido hospitalizado no Estado-Membro competente, constitui uma restrição injustificada à livre prestação de serviços na acepção do artigo 49.º CE (v. acórdão Vanbraekel e o., já referido, n.^{os} 43 a 52).

130 À luz desta jurisprudência, no contexto de uma regulamentação nacional que, como a que está em causa no processo principal, prevê a gratuitidade do tratamento hospitalar dispensado nos estabelecimentos do serviço nacional de saúde que institui, importa considerar que a existência de um entrave à livre prestação de serviços está excluída no caso de um paciente abrangido pelo referido serviço, que tenha sido autorizado a receber um tratamento hospitalar noutro Estado-Membro em conformidade com o artigo 22.°, n.° 1, alínea c), i), do Regulamento n.° 1408/71 ou ao qual tenha sido oposta uma recusa de autorização cujo carácter infundado tenha sido posteriormente demonstrado, ter direito à assunção integral do custo do referido tratamento por aplicação das disposições da legislação do Estado-Membro de estada. Com efeito, o interessado não está obrigado, neste caso, a qualquer contribuição financeira relacionada com o custo desse tratamento.

131 Em contrapartida, no caso da falta de assunção integral, nos termos da legislação do Estado-Membro de estada, do custo do tratamento hospitalar dispensado neste, o restabelecimento da situação em que o paciente se encontraria se o serviço nacional de saúde que o abrange lhe tivesse podido conceder gratuitamente, num prazo clinicamente aceitável, um tratamento equivalente ao recebido no Estado-Membro de estada implica, para a instituição competente, uma obrigação de intervenção complementar em favor do interessado até ao valor da diferença entre, por um lado, o montante correspondente ao custo, objectivamente calculado, deste tratamento equivalente, eventualmente limitado ao valor do montante global facturado pelo tratamento recebido no Estado-Membro de estada, e, por outro, o montante da intervenção da instituição do referido Estado decorrente da aplicação da legislação desse Estado, quando o primeiro montante seja superior ao segundo.

132 Contrariamente à posição defendida por Y. Watts nas suas observações, a obrigação que eventualmente fosse imposta à instituição competente de cobrir em qualquer caso e integralmente a diferença entre o montante do custo do tratamento hospitalar dispensado no Estado-Membro de estada e o de intervenção da instituição do referido Estado-Membro por aplicação das disposições deste, inclusivamente quando o custo desse tratamento é superior ao custo de um tratamento equivalente no Estado-Membro competente, levaria a que o paciente em causa beneficiasse de um nível de cobertura que excederia a extensão do direito que lhe assiste face ao serviço nacional de saúde por que está abrangido.

133 Importa ainda precisar que, no contexto de uma legislação que, como a que está em causa no processo principal, contém, segundo as indicações contidas no despacho de reenvio (v. n.º 22 do presente acórdão), regras destinadas a determinar o montante das despesas que devem em princípio ser facturadas a certos paciente estrangeiros, e por estes pagas, por tratamentos dispensados num estabelecimento hospitalar do serviço nacional de saúde, as referidas regras podem constituir instrumentos de referência úteis para determinar, para efeitos do cálculo referido no n.º 131 do presente acórdão, o custo que representa, no Estado-Membro competente, um tratamento hospitalar num estabelecimento integrante do serviço em causa, equivalente ao dispensado ao paciente no Estado-Membro de estada.

134 No que respeita aos custos de viagem e de alojamento, importa referir, quanto ao regime de autorização instituído no artigo 22.º, n.º 1, alínea c), i), do Regulamento n.º 1408/71, que esta disposição confere ao paciente o direito a beneficiar de «prestações em espécie» concedidas, por conta da instituição competente, pela instituição do Estado-Membro de estada, de acordo com as disposições adoptadas por esta última.

135 Como é confirmado pelo teor do artigo 22.º, n.º 2, segundo parágrafo, do Regulamento n.º 1408/71, o n.º 1, alínea c), i), do mesmo artigo tem por objectivo conferir aos pacientes abrangidos pela legislação de um Estado-Membro, munidos de uma autorização da instituição competente, um acesso aos «cuidados» noutro Estado-Membro em condições tão favoráveis como aquelas de que beneficiam os pacientes abrangidos pela legislação deste último Estado-Membro (v. acórdãos, já referidos, Vanbraekel e o., n.º 32, e Inizan, n.º 21).

136 A obrigação que incumbe à instituição competente por força dos artigos 22.º e 36.º do Regulamento n.º 1408/71 reporta-se exclusivamente às despesas resultantes dos cuidados de saúde obtidos pelo paciente no Estado-Membro de estada, que consistem, tratando-se de cuidados de natureza hospitalar, nos custos das prestações médicas propriamente ditas e nas despesas, indissociavelmente ligadas, relativas à estadia do interessado no estabelecimento hospitalar para os tratamentos necessários.

137 A característica essencial das «prestações em espécie» na acepção do Regulamento n.º 1408/71 é, com efeito, a de que estas são «destinadas a cobrir cuidados prestados ao segurado», sob a forma de pagamento directo ou de reembolso das «despesas médicas» ocasionadas pelo seu estado (v., no contexto de um regime legal relativo à segurança social contra o risco de dependência, acórdão de 5 de Março de 1998, Molenaar, C-160/96, Colect., p. I-843, n.os 32 e 34).

138 Embora não tenha por objecto regular a questão das despesas acessórias, como as despesas de deslocação e, eventualmente, de alojamento fora do próprio estabelecimento hospitalar, realizadas por um paciente autorizado pela instituição competente a deslocar-se a outro Estado-Membro para neste receber tratamentos adequados ao seu estado de saúde, o artigo 22.º do Regulamento n.º 1408/71 não impõe, mas também não proíbe, a assunção dessas despesas. Nestas condições, há que averiguar se a obrigação dessa assunção pode decorrer do artigo 49.º CE (v., por analogia, acórdão Vanbraekel e o., já referido, n.º 37).

139 A este respeito, decorre da jurisprudência recordada no n.º 94 do presente acórdão que a legislação de um Estado-Membro não pode, sem violação do artigo 49.º CE, excluir a assunção das despesas acessórias efectuadas por um paciente autorizado a deslocar-se a outro Estado-Membro para neste receber um tratamento hospitalar, quando prevê a assunção destas despesas no caso de o tratamento ser dispensado num estabelecimento do sistema nacional em causa.

140 Em contrapartida, um Estado-Membro não é obrigado, nos termos do 49.º CE, a determinar que as suas instituições competentes são obrigadas a assumir as despesas acessórias relativas a uma deslocação transfronteiriça autorizada para fins médicos, quando essa obrigação não existe em relação a essas despesas no caso de resultarem de uma deslocação no interior do território nacional.

141 Nestas condições, compete ao órgão jurisdicional de reenvio averiguar se a regulamentação britânica prevê a assunção de despesas acessórias resultantes de uma tal deslocação no interior do Reino Unido.

142 Sendo esse o caso, o paciente que foi autorizado a deslocar-se a um outro Estado-Membro para neste receber tratamentos hospitalares, ou ao qual foi recusada uma autorização cujo carácter infundado foi posteriormente demonstrado, tem direito, como afirmou o Governo belga nas suas observações e refere o advogado-geral no n.º 118 das suas conclusões, a solicitar a assunção das despesas acessórias resultantes desta deslocação médica transfronteiriça nas mesmas condições e limites, objectivos e transparentes, que os fixados pela legislação competente para a assunção das despesas acessórias resultantes de um tratamento médico dispensado no Estado-Membro competente (v., neste sentido, acórdão de 18 de Março de 2004, Leichtle, C-8/02, Colect., p. I-2641, em especial, n.os 41 a 48).

143 Atendendo às considerações precedentes, há que responder à sexta questão como segue:

— O artigo 49.º CE deve ser interpretado no sentido de que, no caso de a legislação do Estado-Membro competente prever a gratuitidade dos tratamentos hospitalares dispensados no âmbito do serviço nacional de saúde e de a legislação do Estado-Membro no qual o paciente abrangido pelo referido serviço foi, ou devia ter sido, autorizado a receber um tratamento hospitalar a expensas desse serviço não prever a assunção integral do custo do referido tratamento, deve ser concedido a esse paciente, pela instituição competente, um reembolso correspondente à eventual diferença entre, por um lado, o montante do custo, objectivamente calculado, de um tratamento equivalente num estabelecimento do serviço em causa, limitado, sendo esse o caso, ao valor do montante global facturado pelo tratamento dispensado no Estado-Membro de estada, e, por outro, o montante até ao qual a instituição deste último Estado-Membro é obrigada a intervir, por força do artigo 22.º, n.º 1, alínea c), i), do Regulamento n.º 1408/71, por conta da instituição competente, em aplicação das disposições da legislação desse Estado-Membro.

— O artigo 22.º, n.º 1, alínea c), i), do Regulamento n.º 1408/71 deve ser interpretado no sentido de que o direito que confere ao paciente em causa se reporta exclusivamente às despesas resultantes dos cuidados de saúde recebidos por este paciente no Estado-Membro de estada, que consistem, tratando-se de

cuidados de natureza hospitalar, nos custos das prestações médicas propriamente ditas e nas despesas, indissociavelmente ligadas, relativas à estadia do interessado no estabelecimento hospitalar.

— O artigo 49.° CE deve ser interpretado no sentido de que um paciente que foi autorizado a deslocar-se a outro Estado-Membro para neste receber tratamentos hospitalares ou ao qual foi oposta uma recusa de autorização que se demonstrou posteriormente ser infundada apenas pode exigir à instituição competente a assunção das despesas acessórias resultantes desta deslocação transfronteiriça para fins médicos se a legislação do Estado-Membro competente impuser ao sistema nacional uma correspondente obrigação de assunção de despesas no âmbito de um tratamento dispensado num estabelecimento local do referido sistema.

Quanto à sétima questão

144 Com esta questão, o órgão jurisdicional de reenvio pergunta se os artigos 49.° CE e 22.° do Regulamento n.° 1408/71 devem ser entendidos no sentido de que impõem aos Estados-Membros o financiamento dos tratamentos hospitalares dispensados noutros Estados-Membros com abstracção de imperativos orçamentais e, sendo esse o caso, se essa obrigação é compatível com o artigo 152.°, n.° 5, CE.

145 A este respeito, deve sublinhar-se, em primeiro lugar, que, como resulta das considerações expostas no âmbito das respostas dadas às seis primeiras questões, as exigências decorrentes dos artigos 49.° CE e 22.° do Regulamento n.° 1408/71 não podem ser entendidas no sentido de que impõem aos Estados-Membros a assunção das despesas dos tratamentos hospitalares dispensados noutros Estados-Membros com abstracção de qualquer consideração de ordem orçamental, assentando, pelo contrário, na procura de um equilíbrio entre o objectivo da livre circulação dos pacientes, por um lado, e os imperativos nacionais de planificação das capacidades hospitalares disponíveis, de controlo das despesas da saúde e de equilíbrio financeiro dos sistemas de segurança social, por outro.

146 Em seguida, importa referir que, nos termos do artigo 152.°, n.° 5, CE, a acção da Comunidade no domínio da saúde pública deve respeitar plenamente as competências dos Estados-Membros em matéria de organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos.

147 Esta disposição não exclui, porém, que os Estados-Membros sejam obrigados, por força de outras disposições do Tratado, como o artigo 49.° CE, ou de medidas comunitárias adoptadas com base noutras disposições do Tratado, como o artigo 22.° do Regulamento n.° 1408/71, a introduzir adaptações no seu sistema nacional de segurança social, sem que por isso se possa considerar que tal facto viola a sua competência soberana na matéria. (v., neste sentido, acórdão Müller-Fauré e van Riet, já referido, n.° 102; v. também, por analogia, acórdão de 5 de Outubro de 2000, Alemanha/Parlamento e Conselho, C-376/98, Colect., p. I-8419, n.° 78).

148 Atendendo às considerações precedentes, há que responder à sétima questão que a obrigação de a instituição competente, nos termos tanto do artigo 22.° do Regulamento n.° 1408/71 como do artigo 49.° CE, autorizar um paciente abrangido por um serviço nacional de saúde a obter, a cargo da referida instituição, um tratamento hospitalar noutro Estado-Membro, quando o tempo de espera excede um prazo que se possa considerar aceitável atendendo a uma avaliação médica objectiva do estado e das necessidades clínicas do paciente em causa, não viola o artigo 152.°, n.° 5, CE.

Quanto às despesas

149 Revestindo o processo, quanto às partes na causa principal, a natureza de incidente suscitado perante o órgão jurisdicional de reenvio, compete a este decidir quanto às despesas. As despesas efectuadas pelas outras partes com a apresentação de observações ao Tribunal de Justiça não são reembolsáveis.

Pelos fundamentos expostos, o Tribunal de Justiça (Grande Secção) declara:

1) **O artigo 22.º, n.º 2, segundo parágrafo, do Regulamento (CEE) n.º 1408/71 do Conselho, de 14 de Junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade, na redacção alterada e actualizada pelo Regulamento (CE) n.º 118/97 do Conselho, de 2 de Dezembro de 1996, deve ser interpretado no sentido de que, para poder recusar a autorização referida no n.º 1, alínea c), i), deste mesmo artigo por um motivo relativo à existência de um tempo de espera para um tratamento hospitalar, a instituição competente deve provar que este prazo não excede o prazo aceitável assente numa avaliação médica objectiva das necessidades clínicas do interessado à luz dos parâmetros que caracterizam o seu estado patológico no momento em que o pedido de autorização é apresentado ou, eventualmente, renovado.**

2) **O artigo 49.º CE aplica-se a uma situação em que uma pessoa cujo estado de saúde necessita de tratamento hospitalar se desloca a outro Estado-Membro e neste recebe esse tratamento a troco de remuneração, sem que seja necessário examinar se as prestações de tratamento hospitalar fornecidas no âmbito do sistema nacional a que essa pessoa pertence constituem em si mesmas serviços na acepção das disposições sobre a livre prestação de serviços.**

O artigo 49.º CE deve ser interpretado no sentido de que não se opõe a que a assunção das despesas resultantes dos tratamentos hospitalares que se pretende receber num estabelecimento situado noutro Estado-Membro seja submetida à obtenção de uma autorização prévia da instituição competente.

Uma recusa de autorização prévia não se pode basear apenas na existência de listas de espera destinadas a planificar e a gerir a oferta hospitalar em função de prioridades clínicas preestabelecidas em termos gerais, sem que

se tenha efectuado uma avaliação médica objectiva do estado patológico do paciente, do seu historial, da evolução provável da sua doença, do grau de dor e/ou da natureza da sua deficiência no momento em que a autorização é solicitada ou renovada.

Quando o tempo de espera que decorre dessas listas excede um prazo que se possa considerar aceitável atendendo a uma avaliação médica objectiva dos elementos já referidos, a instituição competente não pode recusar a autorização solicitada baseando-se em motivos relativos à existência das listas de espera, a um pretenso prejuízo para a ordem normal das prioridades relacionado com o grau de urgência respectivo dos casos a tratar, à gratuitidade dos cuidados hospitalares dispensados no âmbito do sistema nacional em causa, à obrigação de prever meios financeiros específicos para permitir a assunção das despesas do tratamento pretendido noutro Estado-Membro e/ou a uma comparação dos custos deste tratamento com os de um tratamento equivalente no Estado-Membro competente.

3) **O artigo 49.º CE deve ser interpretado no sentido de que, no caso de a legislação do Estado-Membro competente prever a gratuitidade dos cuidados hospitalares dispensados no âmbito do serviço nacional de saúde, e de a legislação do Estado-Membro no qual o paciente abrangido pelo referido serviço foi, ou devia ter sido, autorizado a receber um tratamento hospitalar a expensas desse serviço não prever a assunção integral do custo do referido tratamento, deve ser concedido a esse paciente, pela instituição competente, um reembolso correspondente à eventual diferença entre, por um lado, o montante do custo, objectivamente calculado, de um tratamento equivalente num estabelecimento do serviço em causa, limitado, sendo esse o caso, ao valor do montante global facturado pelo tratamento dispensado no Estado-Membro de estada, e, por outro, o montante até ao qual a instituição deste último Estado-Membro é obrigada a intervir, por força do artigo 22.º, n.º 1, alínea c), i), do Regulamento n.º 1408/71, na sua redacção alterada e actualizada pelo Regulamento n.º 118/97, por conta da instituição competente, em aplicação das disposições da legislação desse Estado-Membro.**

O artigo 22.°, n.° 1, alínea c), i), do referido Regulamento n.° 1408/71 deve ser interpretado no sentido de que o direito que confere ao paciente em causa se reporta exclusivamente às despesas resultantes dos cuidados de saúde recebidos por este paciente no Estado-Membro de estada, que consistem, tratando-se de cuidados de natureza hospitalar, nos custos das prestações médicas propriamente ditas e nas despesas, indissociavelmente ligadas, relativas à estadia do interessado no estabelecimento hospitalar.

O artigo 49.° CE deve ser interpretado no sentido de que um paciente que foi autorizado a deslocar-se a outro Estado-Membro para neste receber tratamentos hospitalares ou ao qual foi oposta uma recusa de autorização que se demonstrou posteriormente ser infundada apenas pode exigir à instituição competente a assunção das despesas acessórias resultantes desta deslocação transfronteiriça para fins médicos se a legislação do Estado-Membro competente impuser ao sistema nacional uma correspondente obrigação de assunção de despesas no âmbito de um tratamento dispensado num estabelecimento local do referido sistema.

4) **A obrigação de a instituição competente, nos termos tanto do artigo 22.° do Regulamento n.° 1408/71, na sua redacção alterada e actualizada pelo Regulamento n.° 118/97, como do artigo 49.° CE, autorizar um paciente abrangido por um serviço nacional de saúde a obter, a cargo da referida instituição, um tratamento hospitalar noutro Estado-Membro quando o tempo de espera excede um prazo que se possa considerar aceitável atendendo a uma avaliação médica objectiva do estado e das necessidades clínicas do paciente em causa, não viola o artigo 152.°, n.° 5, CE.**

Assinaturas