# ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΙΣΑΓΓΕΛΕΑ DÁMASO RUIZ-JARABO COLOMER

της 18ης Μαΐου 2000 [1]

1. Το Arrondissementsrechtbank te Roermond (Κάτω Χώρες) υπέβαλε στο Δικαστήριο, κατ' εφαρμογήν του άρθρου 234 ΕΚ, δύο ερωτήματα προς έκδοση προδικαστικής αποφάσεως, στο πλαίσιο δύο διαφορών που εκκρεμούν ενώπιόν του. Ερωτά, στην ουσία, αν τα άρθρα 49 ΕΚ και 50 ΕΚ απαγορεύουν εθνική νομοθετική ρύθμιση στον τομέα της υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας επιβάλλουσα στους ασφαλισμένους να λάβουν άδεια από το ταμείο υγείας τους προτού ζητήσουν την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από ιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα που λειτουργεί στο ίδιο κράτος ή στο εξωτερικό και με το οποίο δεν είναι συμβεβλημένο αυτό το ταμείο, και τους υποχρεώνει, ελλείψει αυτής της άδειας, να καταβάλλουν οι ίδιοι τα ιατρικά έξοδα στα οποία υποβλήθηκαν χωρίς να έχουν δικαίωμα αποδόσεώς τους.

## I — Η εθνική νομοθετική ρύθμιση στον τομέα της υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας

2. Από τα στοιχεία της δικογραφίας προκύπτει ότι οι εργαζόμενοι στις Κάτω Χώρες το εισόδημα των οποίων δεν υπερβαίνει ορισμένο όριο [2] και οι εξομοιούμενοι με αυτούς καλύπτονται από υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας σύμφωνα με τον νόμο περί των ταμείων υγείας (Ziekenfondswet), που καλύπτει την κοινή ιατρική περίθαλψη [3].

3. Σύμφωνα με το άρθρο 5, παράγραφος 1, αυτού του νόμου, τα πρόσωπα που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του υποχρεούνται να προσχωρήσουν σε ασφαλιστικό ταμείο που λειτουργεί στον δήμο κατοικίας τους [4]· το ταμείο είναι υποχρεωμένο να τους εγγράψει ως ασφαλισμένους. Πρόκειται για σύστημα που προβλέπει αποκλειστικά την παροχή ιατρικής περιθάλψεως σε είδος: οι ασφαλισμένοι δεν έχουν επομένως δικαίωμα αποδόσεως των ιατρικών εξόδων στα οποία έχουν υποβληθεί, αλλά αποκλειστικά δωρεάν λήψεως της απαιτούμενης εν όψει της καταστάσεως της υγείας τους μέριμνας.

4. Σύμφωνα με το άρθρο 3 του βασιλικού διατάγματος της 4ης Ιανουαρίου 1966 περί της παροχής υπηρεσιών (Verstrekkingenbesluit), που τροποποιήθηκε με το βασιλικό διάταγμα της 16ης Δεκεμβρίου 1997, η ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την περίθαλψη που παρέχει ο ιατρός γενικής ιατρικής και ο ιατρός ειδικότητας «η έκταση της οποίας καθορίζεται βάσει του συνηθισμένου στους σχετικούς επαγγελμα-

1 — Γλώσσα του πρωτοτύπου: η ισπανική.

2 — Η Ολλανδική Κυβέρνηση τόνισε ότι το έτος 1997 το όριο αυτό ανερχόταν σε 60 750 ολλανδικά φιορίνια (NLG).

3 — Η υγειονομική περίθαλψη που θεωρείται εξαιρετική λόγω, παραδείγματος χάριν, της μακράς διαρκείας ή του αυξημένου κόστους που δεν μπορεί να αναληφθεί από τους ιδιώτες και επιπλέον δεν μπορεί να καλυφθεί κατά τρόπο ικανοποιητικό από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες διέπεται από τον γενικό νόμο περί των ειδικών ιατρικών εξόδων (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).

4 — Εκπρόσωπος της Ολλανδικής Κυβερνήσεως, ερωτηθείς σχετικώς κατά την επ' ακροατηρίου διαδικασία, τόνισε ότι υφίστανται συνολικά τριάντα ταμεία υγείας σε ολόκληρη τη χώρα.

τικούς κύκλους». Το καθοριστικό στοιχείο εν προκειμένω είναι τι θεωρείται συνηθισμένο στους επαγγελματικούς κύκλους των Κάτω Χωρών. Σε γενικές γραμμές, η θεραπεία δεν αναγνωρίζεται ως συνηθισμένη όταν δεν έχει λάβει επαρκή αναγνώριση στους εθνικούς ή διεθνείς επιστημονικούς κύκλους και επομένως δεν συνιστάται και δεν τυγχάνει γενικής αποδοχής. Επομένως, έχει σημασία σε ποιο μέτρο η θεραπεία θεωρείται κατάλληλη επαγγελματική διαδικασία. Κατά το μέτρο που στηρίζεται σε έγκυρη επιστημονική βάση, αναγνωρίζεται ως παροχή υπηρεσιών υπό την έννοια του νόμου περί των ταμείων υγείας.

5. Το άρθρο 9 του νόμου περί των ταμείων υγείας ρυθμίζει την άσκηση του δικαιώματος για ιατρική περίθαλψη και ορίζει, μεταξύ άλλων, τα εξής:

«1. Ο ασφαλιζόμενος που θέλει να ασκήσει το δικαίωμά του για τη λήψη παροχής απευθύνεται προς τούτο [...] σε πρόσωπο ή ίδρυμα με το οποίο το Ταμείο Υγείας στο οποίο είναι ασφαλισμένος είναι συμβεβλημένο προς τον σκοπό αυτόν [...]

2. Ο ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει μεταξύ των προσώπων και ιδρυμάτων της παραγράφου 1, υπό την επιφύλαξη των διατάξεων της παραγράφου 5 και των διατάξεων [...] των σχετικών με τη μεταφορά ασθενών με ασθενοφόρο [...]

[...]

4. Κατά παρέκκλιση από τις παραγράφους 1 και 2, το Ταμείο Υγείας μπορεί να επιτρέψει σε ασφαλισμένο όπως για την άσκηση του δικαιώματός του προς λήψη παροχής απευθυνθεί σε άλλο πρόσωπο ή ίδρυμα στις Κάτω Χώρες, αν τούτο είναι αναγκαίο για την ιατρική περίθαλψή του. Με υπουργική απόφαση μπορεί να καθοριστεί σε ποιες περιπτώσεις και κάτω από ποιες προϋποθέσεις μπορεί να επιτραπεί σε ασφαλισμένο να απευθυνθεί, για την άσκηση του δικαιώματός του προς λήψη παροχής, σε πρόσωπο ή ίδρυμα εκτός των Κάτω Χωρών.»

6. Αυτή η προϋπόθεση προηγούμενης άδειας τίθεται στο άρθρο 1 του κανονισμού περί ιατρικής περιθάλψεως στο εξωτερικό στο πλαίσιο ασφαλίσεως ασθενείας (Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering), της 30ής Ιουνίου 1988 [5], κατά το οποίο:

«Ως περιπτώσεις όπου ένα Ταμείο Υγείας μπορεί να επιτρέψει σε ασφαλισμένο όπως, για την άσκηση του δικαιώματός του προς λήψη παροχής, απευθυνθεί σε πρόσωπο ή ίδρυμα εκτός των Κάτω Χωρών θεωρούνται οι περιπτώσεις όπου το Ταμείο Υγείας έχει

5 — Staatscourant 1988, αριθ. 123.

διαπιστώσει ότι τούτο είναι αναγκαίο για την ιατρική περίθαλψη του ασφαλισμένου.» [6].

7. Προκειμένου να μπορούν να παρέχουν παροχές σε είδος στους ασφαλισμένους, τα ταμεία υγείας πρέπει, σύμφωνα με το άρθρο 44, παράγραφος 1, του νόμου που τα διέπει, να συνάπτουν συμβάσεις με τους πρακτικούς ιατρούς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα που καλύπτουν έναν ή περισσότερους τύπους περιθάλψεως. Η παράγραφος 3 αυτού του άρθρου ορίζει, εν μέρει, το περιεχόμενο αυτών των συμβάσεων, μεταξύ άλλων τη φύση και την έκταση των υποχρεώσεων και δικαιωμάτων των μερών, τη μορφή της παρεχομένης περιθάλψεως, την ποιότητά της, την αποτελεσματικότητα και το κόστος της καθώς και τον έλεγχο της τηρήσεως της συμβάσεως. Αν ο πρακτικός ιατρός ή το ίδρυμα δεν πληρούν τις προϋποθέσεις που θέτει η σύμβαση, το ταμείο υγείας μπορεί να την καταγγείλει.

Η χρηματοδότηση της ιατρικής περιθάλψεως που παρέχεται στις Κάτω Χώρες δεν διέπεται από τις συμβάσεις αλλά από τον νόμο περί χρηματοδοτήσεως της ιατρικής περιθάλψεως (Wet tarieven gezondheidszorg). Τα ταμεία υγείας διαπραγματεύονται ελεύθερα τις συμβάσεις τους με τους πρακτικούς ιατρούς ή τα νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούν στο εξωτερικό.

Τα ταμεία υγείας έχουν μεγαλύτερη ευχέρεια για τη σύναψη συμβάσεων τόσο με τους πρακτικούς ιατρούς όσο και με τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Υπόκεινται, ωστόσο, σε δύο περιορισμούς, ήτοι την υποχρέωση συνάψεως συμβάσεως με νοσηλευτικό ίδρυμα που έχει υποβάλει σχετικό αίτημα και είναι εγκατεστημένο στην περιφέρειά τους ή είναι εκείνο στο οποίο απευθύνεται τακτικά ο τοπικός πληθυσμός. Ο δεύτερος περιορισμός προκύπτει από το γεγονός ότι μπορούν να συνάπτουν συμβάσεις μόνο με πρακτικούς ιατρούς που κατέχουν άδεια παροχής της συγκεκριμένης περιθάλψεως και με τα συμβεβλημένα ιδρύματα περιθάλψεως.

8. Όπως εξηγεί το εθνικό δικαστήριο στη διάταξη περί προδικαστικής παραπομπής, από τη νομολογία του Centrale Raad van Beroep προκύπτει ότι, όταν το ταμείο αρνείται στον ασφαλισμένο την άδεια περιθάλψεως στο εξωτερικό και επομένως την κάλυψη των σχετικών εξόδων, επιβάλλεται να εξεταστεί, πρώτον, αν αυτή η περίθαλψη μπορεί να θεωρηθεί παροχή υπό την έννοια της εθνικής νομοθετικής ρυθμίσεως, ενώ εφαρμοστέο κριτήριο είναι το εάν η περίθαλψη «είναι συνηθισμένη στους σχετικούς επαγγελματικούς κύκλους» [7].

6 — Δεν έχει τεθεί καμία ιδιαίτερη προϋπόθεση όσον αφορά την περίθαλψη ασφαλισμένων από πρακτικούς ιατρούς ή νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούν στο εξωτερικό με τα οποία τα ταμεία ασφαλίσεως δεν είναι συμβεβλημένα εν όψει της παροχής ιατρικής περιθάλψεως. Ο ασφαλισμένος που επιθυμεί να νοσηλευτεί στο εξωτερικό θα πρέπει να λάβει προηγουμένως σχετική άδεια από το ασφαλιστικό του ταμείο. Η άδεια είναι η ίδια με την απαιτούμενη προκειμένου να νοσηλευθεί σε πρακτικό ιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα που λειτουργεί στις Κάτω Χώρες και με το οποίο επίσης δεν είναι συμβεβλημένο το ταμείο υγείας.

7 — Αυτό το δικαστήριο έκρινε, με απόφαση της 23ης Μαΐου 1995, ότι η άδεια για την παροχή περιθάλψεως στο εξωτερικό σύμφωνα με το άρθρο 9, παράγραφος 4, του νόμου περί των ταμείων υγείας δεν χορηγείται όταν η περίθαλψη δεν μπορεί να θεωρηθεί παροχή υπηρεσιών υπό την έννοια των παραταθεισών διατάξεων. Σε εκείνη την υπόθεση, αρνήθηκε να χαρακτηρίσει παροχή υπηρεσιών περίθαλψη που είχε παρασχεθεί στη Νέα Υόρκη λόγω του πειραματικού χαρακτήρα της και του ότι δεν μπορούσε να κριθεί «συνηθισμένη στους σχετικούς επαγγελματικούς κύκλους». Με άλλη απόφαση της 19ης Δεκεμβρίου 1997, δικαίωσε το ταμείο υγείας για τον λόγο ότι η επίμαχη περίθαλψη που είχε παρασχεθεί στη Γερμανία δεν στηριζόταν (ακόμα) σε επαρκή επιστημονική βάση και θεωρούνταν, την εποχή εκείνη, πειραματική στις Κάτω Χώρες.

Αν το κριτήριο του συνηθισμένου χαρακτήρα πληρούται, επιβάλλεται να εξεταστεί αν η άδεια μπορεί να χορηγηθεί σύμφωνα με το άρθρο 9, παράγραφος 4, του νόμου περί των ταμείων υγείας σε συνδυασμό με το άρθρο 1 του κανονισμού περί της περιθάλψεως στο εξωτερικό στο πλαίσιο της ασφαλίσεως ασθενείας. Προς τον σκοπό αυτό, επιβάλλεται η εφαρμογή του παρατεθέντος κριτηρίου του «αναγκαίου της ιατρικής περιθάλψεως». Επομένως, πρέπει να εξεταστεί αν, λαμβανομένων υπόψη των υπαρχουσών στις Κάτω Χώρες μεθόδων, η περίθαλψη που παρέχεται στο εξωτερικό είναι αναγκαία από ιατρικής απόψεως.

## II — Τα πραγματικά περιστατικά στη διαφορά μεταξύ της B. S. M. Geraets-Smits και του Stichting Ziekenfonds

9. Η B. S. M. Geraets-Smits, προσφεύγουσα στο πλαίσιο της μίας από τις δύο διαφορές και γεννηθείσα στις 6 Ιουνίου 1928, πάσχει εδώ και πολλά χρόνια από τη νόσο του Πάρκινσον. Η κλινική Elena στο Κάσελ (Γερμανία) ειδικεύεται στη θεραπεία από ιατρούς πολλών ειδικοτήτων που συνεργάζονται για τη θεραπεία αυτής της νόσου. Οι ασθενείς περιθάλπονται για διάρκεια τριών έως έξι εβδομάδων στη διάρκεια των οποίων υποβάλλονται σε εξετάσεις και τους παρέχεται ιατρική περίθαλψη με σκοπό τον καθορισμό της ιδεώδους φαρμακευτικής αγωγής, φυσιοθεραπεία και εργοθεραπεία καθώς και κοινωνικοψυχολογική στήριξη. Η B. S. M. Geraets-Smits νοσηλεύθηκε και κατέβαλε σχετικώς ένα ποσό, την απόδοση του οποίου ζήτησε από το καθού Stichting Ziekenfonds στις 5 Σεπτεμβρίου 1996.

10. Με απόφαση της 30ής Σεπτεμβρίου 1996, που επιβεβαιώθηκε με απόφαση της 28ης Οκτωβρίου 1996, το Stichting Ziekenfonds πληροφόρησε την προσφεύγουσα ότι τα έξοδά της δεν θα αποδίδονταν βάσει του νόμου περί των ταμείων υγείας με το σκεπτικό ότι ικανοποιητική και κατάλληλη θεραπεία της νόσου του Πάρκινσον μπορούσε να παρασχεθεί και στις Κάτω Χώρες, και ότι, επομένως, η εκ μέρους ιατρών πολλών ειδικοτήτων θεραπεία στην κλινική Elena δεν ήταν αναγκαία.

11. Διαφωνώντας με αυτή την απόφαση, η προσφεύγουσα ζήτησε τη γνώμη του συμβουλίου των ταμείων υγείας (Ziekenfondsraad), η επιτροπή προσφυγών του οποίου (Commissie voor Beroepszaken) εξέδωσε στις 7 Απριλίου 1997 γνώμη με την οποία επιβεβαίωνε ότι η απόφαση του καθού και η αιτιολογία της ήταν επαρκείς. Η προσφεύγουσα προσέβαλε στη συνέχεια αυτή την απόφαση ενώπιον του Rechtbank και προέβαλε ότι η εκ μέρους ιατρών πολλών ειδικοτήτων θεραπεία που παρέχεται στη Γερμανία παρουσιάζει πλεονεκτήματα σε σχέση με την συνήθη στις Κάτω Χώρες αποσπασματική προσέγγιση.

12. Κατά την πρώτη συνεδρίαση, στις 25 Σεπτεμβρίου 1997, η προσφεύγουσα προσκόμισε επιστολή του θεράποντος νευρολόγου με ημερομηνία 11 Σεπτεμβρίου 1997, στην οποία τονιζόταν ότι υφίσταντο επαρκή επιχειρήματα για τη χορήγηση άδειας περιθάλψεως της προσφεύγουσας στη γερμανική κλινική. Το Rechtbank όρισε, στη συνέχεια, νευρολόγο ως πραγματογνώμονα, ο οποίος κατέθεσε, στις 3 Φεβρουαρίου 1998, έκθεση με την οποία κατέληγε ότι ούτε από κλινικής ούτε από επιστημονικής απόψεως έχει διαπιστωθεί ότι η κλινική θεραπεία από ιατρούς πολλών ειδικοτήτων είναι καλύτερη και συνήγαγε ότι δεν υφίστατο καμία αυστηρώς

ιατρική ένδειξη για την εισαγωγή και τη θεραπεία της προσφεύγουσας στη γερμανική κλινική.

## III — Τα πραγματικά περιστατικά στη διαφορά μεταξύ H. T. M. Peerbooms και του Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen

13. Ο προσφεύγων στο πλαίσιο της άλλης διαφοράς και γεννηθείς στις 8 Απριλίου 1961 H. T. M. Peerbooms, έπεσε σε κώμα συνεπεία αυτοκινητιστικού ατυχήματος στις 10 Δεκεμβρίου 1996. Στις 24 Φεβρουαρίου 1997 ο νευρολόγος του ζήτησε από το καθού Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen την απόδοση των εξόδων νοσηλείας του προσφεύγοντος στην πανεπιστημιακή κλινική του Innsbruck στην Αυστρία.

Σε αυτό το ίδρυμα παρέχεται ειδική εντατική νευροδιεγερτική θεραπεία η οποία στις Κάτω Χώρες εφαρμόζεται μόνο σε πειραματικό στάδιο σ' ένα κέντρο αποκαταστάσεως στο Tilburg και σ' ένα άλλο στην Ουτρέχτη. Ο προσφεύγων δεν έγινε δεκτός σ' αυτά τα δύο ιδρύματα διότι, στην εν λόγω θεραπεία, δεν μπορούν να γίνουν δεκτοί ασθενείς άνω των 25 ετών. Κατά συνέπεια, ο προσφεύγων μετέβη στο κέντρο αποκαταστάσεως του Hoensbroeck, που δεν εφαρμόζει αυτή τη θεραπεία. Στη συνέχεια μεταφέρθηκε, σε κατάσταση φυτού, στην πανεπιστημιακή κλινική του Innsbruck στις 22 Φεβρουαρίου 1997 [8]. Αφού παρασχέθηκε σε αυτόν νευροδιεγερτική θεραπεία, εξήλθε από την κωματώδη κατάσταση και ανέκτησε πλήρως τις αισθήσεις του. Στις 20 Ιουνίου 1997, έλαβε εξιτήριο από την κλινική αυτή και μεταφέρθηκε στο κέντρο αποκαταστάσεως του Hoensbroeck για την συνέχιση της θεραπείας του.

14. Με απόφαση της 26ης Φεβρουαρίου 1997, η αίτηση που είχε υποβάλει ο νευρολόγος απορρίφθηκε — κατόπιν γνωμοδοτήσεως του ιατρού συμβούλου — για τον λόγο ότι η αναγκαία βοήθεια μπορούσε να παρασχεθεί από ίδρυμα με το οποίο ήταν συμβεβλημένο το καθού ταμείο υγείας ή, άλλως, από μη συμβεβλημένο ίδρυμα εντός των Κάτω Χωρών. Ο νευρολόγος υπέβαλε στη συνέχεια νέο ειδικότερο και λεπτομερέστερο αίτημα, που επίσης απορρίφθηκε στις 5 Μαρτίου 1997. Η διοικητική ένσταση που υπέβαλε κατά αυτών των απορριπτικών αποφάσεων απορρίφθηκε επίσης ως αβάσιμη. Το ταμείο υγείας εξακολουθεί να ισχυρίζεται -όπως η επιτροπή ενστάσεως και κατόπιν νέας ακροάσεως του ιατρού συμβούλου —ότι, σύμφωνα με τα τότε ισχύοντα ιατρικά κριτήρια, η περίθαλψη που παρέχεται σε ασθενείς ευρισκομένους σε κωματώδη κατάσταση στο Innsbruck δεν παρουσιάζει κανένα πλεονέκτημα σε σχέση με την περίθαλψη που παρέχεται στις Κάτω Χώρες και ότι επομένως δεν ήταν αναγκαία η μετάβαση στην Αυστρία προκειμένου να παρασχεθεί επαρκής ιατρική περίθαλψη.

15. Ο προσφεύγων άσκησε στη συνέχεια έφεση κατά της αποφάσεως αυτής. Και σ' αυτήν την υπόθεση το Arrondissements-

8 — Ήτοι, δύο μέρες προτού ο νευρολόγος τού ζητήσει από το ταμείο υγείας άδεια νοσηλείας σ' αυτή την κλινική.

rechtbank όρισε πραγματογνώμονα ο οποίος κατέθεσε την έκθεσή του στις 12 Μαΐου 1998, στην οποία κατέληγε ότι στις Κάτω Χώρες δεν υφίστατο κατάλληλη και επαρκής περίθαλψη όπως η παρασχθείσα στον προσφεύγοντα στο Innsbruck, με εξαίρεση τα κέντρα αποκαταστάσεως του Tilburg και της Ουτρέχτης, στα οποία ο προσφεύγων δεν μπορούσε να γίνει δεκτός διότι είχε υπερβεί το όριο ηλικίας. Πρόσθετε ότι η παρεχόμενη στο κέντρο αποκαταστάσεως του Hoensbroeck θεραπεία δεν ήταν κατάλληλη γι'αυτόν. Ο νευρολόγος σύμβουλος του καθού αντέδρασε σ' αυτή την έκθεση τονίζοντας τον πειραματικό χαρακτήρα αυτής της θεραπείας και το γεγονός ότι δεν έχει ακόμα τύχει επιστημονικής αναγνωρίσεως. Ο πραγματογνώμονας υπέβαλε πάντως, ερωτηθείς σχετικώς, στις 31 Αυγούστου 1998, συμπληρωματική έκθεση πραγματογνωμοσύνης, στην οποία δήλωνε ότι εμμένει στα πορίσματά του.

## IV — Τα προδικαστικά ερωτήματα

16. Προκειμένου να επιλύσει αυτές τις δύο διαφορές, το Arrondissementsrechtbank de Roermond υπέβαλε στο Δικαστήριο τα ακόλουθα ερωτήματα προς έκδοση προδικαστικής αποφάσεως:

«1. α) Πρέπει τα άρθρα 59 και 60 της Συνθήκης ΕΚ να ερμηνευθούν υπό την έννοια ότι είναι ασυμβίβαστες με αυτά διατάξεις όπως αυτές του άρθρου 9, παράγραφος 4, του Ziekenfondswet, σε συνδυασμό με το άρθρο 1 του Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering, στο μέτρο που οι διατάξεις αυτές προβλέπουν ότι ο ασφαλισμένος σε Ταμείο Υγείας ο οποίος θέλει να ασκήσει το δικαίωμά του προς λήψη παροχής πρέπει να λάβει προηγούμενη άδεια από το εν λόγω Ταμείο Υγείας για να μπορέσει να απευθυνθεί σε πρόσωπο ή ίδρυμα εγκατεστημένο εκτός των Κάτω Χωρών;

β) Ποια πρέπει να είναι η απάντηση στο ερώτημα 1α όταν αντιτάσσεται άρνηση σχετικά με την πιο πάνω άδεια ή η άδεια αυτή δεν χορηγείται, καθότι η εν λόγω θεραπεία η οποία παρέχεται εντός του άλλου κράτους μέλους δεν θεωρείται "συνηθισμένη στον σχετικό επαγγελματικό κύκλο" και συνεπώς δεν θεωρείται παροχή υπό την έννοια του άρθρου 8 του Ziekenfondswet; Είναι διαφορετική η κατάσταση όταν λαμβάνονται υπόψη μόνον οι αντιλήψεις των Ολλανδών επαγγελματιών και όταν εφαρμόζονται, στο σημείο αυτό, εθνικά ή διεθνή επιστημονικά κριτήρια και, αν ναι, από ποια άποψη; Περαιτέρω, έχει σημασία ότι το εκ του νόμου σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως αυτού του άλλου κράτους μέλους προβλέπει την απόδοση των εξόδων για την εν λόγω θεραπεία;

γ) Ποια πρέπει να είναι η απάντηση στο ερώτημα 1α όταν η θεραπεία που παρέχεται στο εξωτερικό θεωρείται συνηθισμένη και συνεπώς θεωρείται ως παροχή, αλλά αντιτάσσεται άρνηση όσον αφορά τη σχετική άδεια με την αιτιολογία ότι κατάλληλη βοήθεια μπορεί να

παρασχεθεί εγκαίρως από Ολλανδό συμβεβλημένο θεραπευτή και συνεπώς η υποβολή σε θεραπεία στο εξωτερικό δεν είναι αναγκαία για την ιατρική περίθαλψη;

2. Αν η απαίτηση άδειας συνιστά εμπόδιο αντίθετο προς την αρχή της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών η οποία διατυπώνεται στα άρθρα 59 και 69, της Συνθήκης ΕΚ, αρκούν οι επιτακτικοί λόγοι γενικού συμφέροντος τους οποίες επικαλέστηκαν τα καθών Ταμεία Υγείας [...] για να θεωρηθεί ότι το εμπόδιο αυτό είναι δικαιολογημένο;»

## V — Η κοινοτική νομοθεσία

17. Το άρθρο 49 ΕΚ ορίζει: «Στο πλαίσιο των κατωτέρω διατάξεων, οι περιορισμοί της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών στο εσωτερικό της Κοινότητος καταργούνται προοδευτικώς κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου, όσον αφορά τους υπηκόους των Κρατών μελών που είναι εγκατεστημένοι σε κράτος της Κοινότητος άλλο από εκείνο του αποδέκτου της παροχής.

[...]»

18. Το άρθρο 50 ΕΚ ορίζει ότι: «Κατά την έννοια της παρούσης συνθήκης, ως υπηρεσίες νοούνται οι παροχές που κατά κανόνα προσφέρονται αντί αμοιβής, εφ'όσον δεν διέπονται από τις διατάξεις τις σχετικές με την ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των κεφαλαίων και των προσώπων.

Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν ιδίως:

[...]

δ) δραστηριότητες των ελευθέρων επαγγελμάτων.

[...]»

19. Το άρθρο 22 του κανονισμού (ΕΟΚ) 1408/71[9] που ορίζει, μεταξύ άλλων, τους εφαρμοστέους κανόνες σε περίπτωση ανάγκης μεταβάσεως ενός μισθωτού εργαζομένου ανεξάρτητου επαγγελματία ή μέλους της

9 — Κανονισμός του Συμβουλίου, της 14ης Ιουνίου 1971, περί εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφαλίσεως στους μισθωτούς και τις οικογένειές τους που διακινούνται εντός της Κοινότητας, όπως τροποποιήθηκε με τον κανονισμό (ΕΚ) 118/97 του Συμβουλίου, της 2ας Δεκεμβρίου 1996 (ΕΕ 1997, L 28, σ. 1).

οικογενείας του σε άλλο κράτος μέλος για την κατάλληλη ιατρική περίθαλψη, ορίζει τα εξής:

«1. Ο μισθωτός ή μη μισθωτός, ο οποίος πληροί τις απαιτούμενες από τη νομοθεσία του αρμοδίου κράτους προϋποθέσεις για να έχει δικαίωμα παροχών, αφού ληφθούν υπόψη ενδεχομένως οι διατάξεις του άρθρου 18, και:

[...]

γ) ο οποίος έλαβε την έγκριση του αρμοδίου φορέα να μεταβεί στο έδαφος άλλου κράτους μέλους, για να υποβληθεί στην κατάλληλη για την κατάστασή του θεραπεία,

έχει δικαίωμα:

i) παροχών εις είδος που χορηγούνται, για λογαριασμό του αρμοδίου φορέα από το φορέα του τόπου διαμονής ή κατοικίας, σύμφωνα με τη νομοθεσία που εφαρμόζεται από το φορέα αυτόν, σαν να ήταν ασφαλισμένος σε αυτόν· η διάρκεια χορηγήσεως των παροχών αυτών διέπεται πάντως από τη νομοθεσία του αρμοδίου κράτους·

[...]

2. [...]

Η έγκριση που απαιτείται δυνάμει της παραγράφου 1 στοιχείο γ) δεν δύναται να μη δοθεί εφόσον η σχετική θεραπεία περιλαμβάνεται στις παροχές που προβλέπονται από τη νομοθεσία του κράτους μέλους, στο έδαφος του οποίου κατοικεί ο ενδιαφερόμενος, και εφόσον η θεραπεία αυτή δεν δύναται να του παρασχεθεί μέσα στα χρονικά όρια που είναι κανονικά αναγκαία για την παροχή της στο κράτος μέλος του τόπου κατοικίας του εάν ληφθεί υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειας.

[...]»

## VI — Η πρόσφατη νομολογία του Δικαστηρίου στον τομέα της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών σχετικά με την απόδοση ιατρικών εξόδων σε άλλο κράτος μέλος

20. Στις 28 Απριλίου 1998, το Δικαστήριο εξέδωσε τις αποφάσεις στις υποθέσεις Decker [10] και Kohll [11]. Κατά την έκδοση των δύο αυτών αποφάσεων, στις οποίες οι θεωρητικοί του δικαίου αφιέρωσαν πολλά άρθρα [12], υφίστατο ο φόβος ότι θα προκαλούσαν ανυπολόγιστη οικονομική ζημία στα

10 — C-120/95, Συλλογή 1998, σ. I-1831.

11 — C-158/96, Συλλογή 1998, σ. I-1931.

12 — Ο αριθμός των συγγραφέων που έχουν σχολιάσει αυτές τις δύο αποφάσεις μέχρι σήμερα υπερβαίνει ήδη τους 40.

εθνικά συστήματα κοινωνικής ασφαλίσεως[13]. Δεν θα επεκταθώ στην απόφαση Decker εφόσον τα σχετικά με την υπόθεση αυτή πραγματικά περιστατικά αφορούν την αγορά γιαλιών και περιορίζονται επομένως στον τομέα της ελεύθερης κυκλοφορίας των εμπορευμάτων[14].

21. Η απόφαση Kohll, αντιθέτως, αφορούσε διασυνοριακή παροχή υπηρεσιών. Τα προδικαστικά ερωτήματα είχε υποβάλει το ακυρωτικό δικαστήριο του Λουξεμβούργου προκειμένου να αποφανθεί επί της προσφυγής της M. Kohll κατά της αποφάσεως του ταμείου υγείας της που αρνήθηκε να της χορηγήσει άδεια προκειμένου να παρασχεθεί στην κόρη της ορθοδοντική περίθαλψη στη Γερμανία, για την οποία το ταμείο υγείας είχε κρίνει ότι δεν ήταν επείγουσα και ότι μπορούσε να γίνει στο Λουξεμβούργο.

22. Το Δικαστήριο έκρινε, όσον αφορά την εφαρμογή των κανόνων για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών σε παρεχόμενη περίθαλψη, εκτός κάθε νοσοκομειακού ιδρύματος, από ορθοδοντικό εγκατεστημένο σε άλλο κράτος μέλος ότι, δεδομένου ότι αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται έναντι αμοιβής, πρέπει να θεωρηθούν υπηρεσίες υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης, που αφορά ρητώς τη δραστηριότητα ασκήσεως ελευθέρων επαγγελμάτων.

23. Όσον αφορά τα περιοριστικά αποτελέσματα της νομοθετικής ρυθμίσεως του Λουξεμβούργου, το Δικαστήριο παρατήρησε ότι, αν και δεν στερούσε τους ασφαλισμένους από τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε φορέα παροχής υπηρεσιών εγκατεστημένο σε άλλο κράτος μέλος, ωστόσο εξαρτούσε την απόδοση των εξόδων στα οποία προέβησαν σ' αυτό το κράτος από την προϋπόθεση χορηγήσεως προηγουμένης αδείας ενώ η απόδοση των εξόδων στα οποία υποβλήθηκαν στο κράτος ασφαλίσεως δεν εξαρτώνταν από αυτήν την προϋπόθεση. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο έκρινε ότι μια τέτοια νομοθετική ρύθμιση αποθάρρυνε τους ασφαλισμένους από του να απευθυνθούν στους φορείς παροχής ιατρικών υπηρεσιών που είναι εγκατεστημένοι σε άλλο κράτος μέλος και συνιστούσε, τόσο για τους τελευταίους όσο και για τους ασθενείς τους, εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών[15].

24. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας προβλήθηκαν διάφοροι λόγοι προκειμένου να δικαιολογηθεί αυτή η νομοθετική ρύθμιση, ήτοι ότι έχει ως αντικείμενο τη διατήρηση της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως και την προστασία

13 — Nourissat, C., «Quand Panacée rejoint Europe ou comment la Cour de justice consacre la liberté des soins dans la Communauté», *La Semaine juridique*, γενική έκδοση 1999 II 10002, εκτιμά ότι: «Το ζευγάρι γιαλιών του Nicolas Decker και η ορθοδοντική αγωγή της Aline Kohll καλούνται να αποτελέσουν μέρος της κοινοτικής δικαστικής μυθολογίας πλάι στον λογαριασμό ηλεκτρικού του M. Costa ή του ηδύποτου cassis de Dijon», και ο Gosseries, Ph., *Journal des Tribunaux du Travail*, 1999, σ. 446 έως 449, ιδίως σ. 446, βεβαιώνει: «Οι δύο αποφάσεις της 28ης Απριλίου 1998 του ΔΕΚ [...] είχαν το αποτέλεσμα "βόμβας" στην οργάνωση των καθεστώτων κοινωνικής πρόνοιας στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ενώσεως. Ορισμένοι είπαν ότι το ΔΕΚ προκάλεσε, με τις δύο αυτές αποφάσεις, πανικό σε όλους τους διαχειριστές οργανισμών κοινωνικής ασφαλίσεως στα κράτη μέλη της ενώσεως [...]».

14 — Με την απόφαση εκείνη, το Δικαστήριο έκρινε ότι η εθνική νομοθετική ρύθμιση βάσει της οποίας ο οργανισμός κοινωνικής ασφαλίσεως κράτους μέλους αρνείται σε ασφαλισμένο την κατ' αποκοπήν απόδοση ποσού που καταβλήθηκε για ζευγάρι γιαλιών με διορθωτικούς φακούς σε οπτικό εγκατεστημένο σε άλλο κράτος μέλος, με την αιτιολογία ότι η αγορά κάθε ιατρικού προϊόντος στο εξωτερικό πρέπει να υποβάλλεται σε προηγούμενη έγκριση αντιβαίνει στα άρθρα 30 και 36 της Συνθήκης ΕΚ (νυν, κατόπιν τροποποιήσεως, άρθρα 28 ΕΚ και 30 ΕΚ).

15 — Το Δικαστήριο ενέμεινε, έτσι, στη νομολογία που είχε διαμορφώσει με τις αποφάσεις της 31ης Ιανουαρίου 1994, 286/82 και 26/83, Luisi et Carbone (Συλλογή 1994, σ. 377, σκέψη 16), και της 28ης Ιανουαρίου 1992, C-204/90, Bachmann (Συλλογή 1992, σ. I-249, σκέψη 31).

της δημοσίας υγείας, στις οποίες περιλαμβάνεται η ανάγκη διασφαλίσεως της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών και της παροχής ισόρροπης και προσιτής σε όλους ιατρικής και νοσοκομειακής περιθάλψεως.

25. Όσον αφορά τη διατήρηση της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως, το Δικαστήριο έκρινε ότι η απόδοση των εξόδων, βάσει των τιμών στο κράτος ασφαλίσεως, της περιθάλψεως που παρασχέθηκε σε άλλα κράτη μέλη δεν ασκεί σημαντική επιρροή στη χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως, εφόσον το εν λόγω λουξεμβουργιακό ταμείο υγείας θα βαρυνόταν με τα ίδια έξοδα αν ο ασφαλισμένος είχε απευθυνθεί σε λουξεμβουργιανό ορθοδοντικό όπως αν περίθαλψη παρεχόταν από ορθοδοντικό εγκατεστημένο σε άλλο κράτος μέλος.

26. Όσον αφορά την προστασία της δημοσίας υγείας, το Δικαστήριο υπενθύμισε, στις σκέψεις 45 και 46 της αποφάσεώς του, ότι, εάν τα κράτη μέλη έχουν την ευχέρεια να περιορίσουν την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών για λόγους δημοσίας υγείας, αυτή η ευχέρεια δεν τους επιτρέπει ωστόσο να αποκλείουν τον τομέα της δημοσίας υγείας, ως οικονομικό τομέα και από απόψεως ελεύθερης παροχής υπηρεσιών, από τη θεμελιώδη αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας [16]. Εν πάση περιπτώσει, δεδομένου ότι οι συνθήκες προσβάσεως και ασκήσεως της δραστηριότητας του ιατρού και του οδοντιάτρου έχουν αποτελέσει αντικείμενο πολλών οδηγιών συντονισμού και εναρμονίσεως [17], το Δικαστήριο έκρινε ότι στους ιατρούς και οδοντιάτρους που είναι εγκατεστημένοι σε άλλα κράτη μέλη πρέπει να αναγνωριστούν, εν όψει της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών, εγγυήσεις ισοδύναμες με τις χορηγούμενες στους εγκατεστημένους στην ημεδαπή ιατρούς και οδοντιάτρους. Πρόσθεσε ότι μία νομοθετική ρύθμιση όπως η λουξεμβουργιανή δεν μπορεί να δικαιολογηθεί από λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας εφόσον δεν έχει ως αντικείμενο, ούτε ως αποτέλεσμα, τη διασφάλιση της ποιότητας παροχών ιατρικής περιθάλψεως σε άλλα κράτη μέλη.

Το Δικαστήριο αναγνώρισε στη συνέχεια ότι, ακόμα και αν ο στόχος της διατηρήσεως ισόρροπης και προσιτής σε όλους ιατρικής και νοσοκομειακής περιθάλψεως είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τον τρόπο χρηματοδοτήσεως του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως, μπορεί επίσης να συνάγεται από τις εξαιρέσεις που προβλέπει το άρθρο 56 της Συνθήκης ΕΚ (νυν, κατόπιν τροποποιήσεως, άρθρο 46 ΕΚ) βάσει της δημοσίας υγείας κατά το μέτρο που συμβάλλει στην επίτευξη υψηλοτέρου επιπέδου προστασίας της δημοσίας υγείας. Το Δικαστήριο έκρινε, τέλος, ότι αυτό το άρθρο της Συνθήκης επιτρέπει στα κράτη μέλη να περιορίσουν την ελεύθερη παροχή ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών κατά το μέτρο που η διατήρηση της ικανότητας περιθάλψεως ή της παροχής ιατρικής περιθάλψεως στο οικείο κράτος μέλος είναι ουσιαστικής σημασίας για τη δημόσια υγεία, ήτοι για την ίδια την επιβίωση των κατοίκων του.

16 — Απόφαση της 7ης Μαΐου 1986, 131/85, Gül, (Συλλογή 1986, σ. 1573, σκέψη 17).

17 — Το δικαστήριο παραθέτει την οδηγία 78/686/ΕΟΚ του Συμβουλίου, της 25ης Ιουλίου 1978 περί της αμοιβαίας αναγνωρίσεως των διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων τίτλων του οδοντιάτρου και περί των μέτρων προς διευκόλυνση της πραγματικής ασκήσεως του δικαιώματος εγκαταστάσεως και του δικαιώματος της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών (ΕΕ ειδ. έκδ. 005/003, σ.12), την οδηγία 78/687/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 25ης Ιουλίου 1978 περί του συντονισμού των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων που αφορούν τις δραστηριότητες του οδοντιάτρου (ΕΕ ειδ. έκδ. 005/003, σ.21) και την οδηγία 93/16/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 5ης Απριλίου 1993 για τη διευκόλυνση της ελεύθερης κυκλοφορίας των ιατρών και της αμοιβαίας αναγνώρισης των διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων τίτλων τους.

Κρίνοντας ότι δεν αποδείχτηκε ότι η επίμαχη διάταξη ήταν αναγκαία προκειμένου να επιτευχθούν αυτοί οι δύο στόχοι, το Δικαστήριο απεφάνθη ότι δεν δικαιολογούνταν από λόγους προστασίας της δημοσίας υγείας.

## VII — Η διαδικασία ενώπιον του Δικαστηρίου

27. Η πλειονότητα των συγγραφέων που έχουν σχολιάσει τις αποφάσεις Decker και Kohll επιδοκιμάζουν τη λύση που έδωσε το Δικαστήριο [18] καθόσον εντάσσεται στη λογική της νομολογίας στον τομέα της ελεύθερης κυκλοφορίας των εμπορευμάτων και της ελεύθερης παροχής των υπηρεσιών [19]. Αυτές οι δύο αποφάσεις άφησαν ωστόσο πολλά ερωτηματικά, αφού το Δικαστήριο δεν έκρινε το ζήτημα εάν αυτή η νομολογία εφαρμόζεται και στην ιατρική περίθαλψη που παρέχεται στα νοσοκομεία [20] ούτε το ζήτημα αν το πεδίο εφαρμογής της περιορίζεται στα συστήματα κοινωνικής ασφαλίσεως τα οποία, όπως το λουξεμβουργιανό, καταβάλλουν, εν όλω ή εν μέρει, για λογαριασμό του ασθενούς, τα έξοδα της ιατρικής και νοσοκομειακής του περιθάλψεως ή του αποδίδουν, εν όλω ή εν μέρει, τα έξοδα στα οποία υποβλήθηκε για την περίθαλψη που του παρασχέθηκε [21] ή εάν, αντιθέτως, εκτείνεται επίσης στα συστήματα τα οποία, όπως το ολλανδικό είναι οργανωμένα ώστε να παρέχουν στους ασφαλισμένους ιατρική περίθαλψη σε είδος [22]. Αυτά ακριβώς είναι τα ερωτήματα που το Δικαστήριο καλείται να απαντήσει στην παρούσα υπόθεση [23].

18 — Η μόνη διαφωνία φαίνεται ότι προέρχεται από τον González Vaqué, L., στο «Aplicación del principio fundamental de la libre circulación al ámbito de la seguridad social: la sentencia Decker», *Revista de derecho comunitario europeo*, 1999, σ. 129 έως 139, ιδίως σ. 139, ο οποίος βεβαιώνει ωστόσο ότι αυτή η νομολογία περιέχει αρκετά στοιχεία που επιτρέπουν τον περιορισμό των ενδεχομένων «αντιθέτων» αποτελεσμάτων που θα μπορούσε να έχει βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα, στην οικονομία αυτού του ευαίσθητου τομέα.

19 — Ο Π. Μαυρίδης στο «Libéralisation des soins de santé: un premier diagnostic», *Revue du marché unique européen*, 1998, αριθ. 3, σ. 145 έως 196, ιδίως σ. 195, δηλώνει ότι «[...] η προηγούμενη νομολογία επί των άρθρων 30 και 59 έως 60 ενείχε ήδη την παρούσα. Οι αποφάσεις Kohll και Decker δεν αποτελούν επομένως "bing bang", ούτε επανάσταση ούτε έκρηξη ούτε άλλη φυσική καταστροφή. Απλούστατα είχαν προαναγγελθεί από καιρό». Ο J. Ph. Lhernould, στο «Υποχρεούται ταμείο υγείας στην απόδοση των ιατρικών εξόδων στα οποία είχε υποβληθεί ασφαλισμένος σε άλλο κράτος μέλος;», *Revue de droit sanitaire et social*, 1998, σ. 616 έως 623, ιδίως σ. 622, θεωρεί ότι αυτές οι δύο αποφάσεις είχαν ως θετικό αποτέλεσμα την απελευθέρωση μιας δυναμικής αντιστάσεως κατά της συνήθειας των κρατών μελών να αρνούνται, κατά τρόπο σχεδόν συστηματικό, στους ασφαλισμένους στο σύστημά τους κοινωνικής ασφαλίσεως την άδεια παροχής ιατρικής περιθάλψεως σε άλλο κράτος μέλος με δαπάνες του ταμείου υγείας τους, και ο R. Giesen στο *Common Market Law Review*, 1999, σ. 841 έως 850, ιδίως σ. 850, βεβαιώνει ότι αυτές οι δύο αποφάσεις αξίζουν μόνον επαίνους παρά την έκπληξη που προκάλεσαν, ιδίως στη Γερμανία, με την έκδοσή τους.

20 — Ο P. Cabral στο «Cross-Border medical care in the European Union-bringing down a first wall», *European Law Review*, 1999, σ. 387 έως 395, ιδίως σ. 395, εκτιμά ότι αυτή η διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής τους περιέχεται σιωπηρώς στις δύο αποφάσεις.

21 — Ο A. Bosscher στο «La seguridad social de los trabajadores migrantes en la perspectiva del establecimiento del mercado interior», *Los sistemas de seguridad social y el Mercado único europeo*, Μαδρίτη, 1993, σ. 23 έως 33, ιδίως σ. 32, εκτιμά ότι το απεριόριστο δικαίωμα μεταβάσεως σε άλλο κράτος μέλος προκειμένου να παρασχεθεί περίθαλψη εις βάρος του αρμόδιου κράτους είναι δυσανάλογο σε σχέση με τις οικονομικές δυνατότητες των οργανισμών κοινωνικής ασφαλίσεως των διαφόρων κρατών μελών.

22 — Αυτές τις αμφιβολίες εκφράζει ο van der Mei, A. P., στο «Cross-Border Access to Medical Care within the European Union — Some Reflections on the Judgments in Decker and Kohll», *Maastricht Journal of European and Comparative Law*, 1998, σ. 277 έως 297, ιδίως σ. 293: «But what are the implications of the judgments? For which types of "foreign" treatment are patients entitled to be reimbursed? In which cases can Member States refuse to pay the "medical bill"? Do Member States have the right to protect themselves against a possible large influx of patients coming from abroad?» Ο ίδιος συγγραφέας, όπως ο Bonomo, A., *Giustizia Civile*, 1998, I σ. 2391 έως 2401, ιδίως σ. 2401, εκτιμά ότι η υλοποίηση της ενιαίας αγοράς είναι ασυμβίβαστη με τόσο περιοριστικές εθνικές νομοθετικές ρυθμίσεις που υποβάλλουν την απόδοση των ιατρικών δαπανών που έχουν γίνει σε άλλο κράτος μέλος από τη λήψη προηγουμένης αδείας για την παροχή της περιθάλψεως στην αλλοδαπή και που επιβραδύνουν, κατά τρόπο αδικαιολόγητο, την ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών εντός της Κοινότητας.

23 — Όπως ο Thill στο «"Decker" et "Kohll" ou la libre circulation des patients à l'intérieur de l'Union européenne et ses limites», *Feuillet de liaison de la Conférence Saint-Yves*, 1999, αριθ. 92/93, σ. 57 έως 89, ιδίως σ. 84.

28. Εκτός από την Επιτροπή και το Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, το ταμείο υγείας κατά του οποίου στρέφεται ο H. T. M. Peerbooms ενώπιον του Arrondissementsrechtbank te Roermond, δέκα από τα δεκαπέντε κράτη μέλη υπέβαλαν γραπτές παρατηρήσεις σ' αυτή την υπόθεση [24] εντός της σχετικώς ταχθείσας από το άρθρο 20 του Κανονισμού ΕΚ του Δικαστηρίου προθεσμίας, ήτοι το Βασίλειο του Βελγίου, το Βασίλειο της Δανίας, η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, η Γαλλική Δημοκρατία, η Ιρλανδία, το Βασίλειο των Κάτω Χωρών, η Πορτογαλική Δημοκρατία, η Δημοκρατία της Φινλανδίας, το Βασίλειο της Σουηδίας και το Ηνωμένο Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας και Βόρειας Ιρλανδίας. Στις παρατηρήσεις αυτών των δέκα κρατών μελών προστίθενται οι παρατηρήσεις δύο κρατών μελών του συμφώνου για τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, ήτοι της Δημοκρατίας της Ισλανδίας και του Βασιλείου της Νορβηγίας. Μια τέτοια κινητοποίηση αποδεικνύει πόσο ενδιαφέρουν τις κυβερνήσεις οι απαντήσεις στα ερωτήματα και με πόσο ενδιαφέρον αναμένεται η απόφαση του Δικαστηρίου.

29. Κατά την επ' ακροατηρίου διαδικασία της 4ης Απριλίου 2000 εμφανίστηκαν επίσης για να υποβάλουν προφορικά τις παρατηρήσεις τους οι εκπρόσωποι των δύο καθών στην κύρια δίκη ταμείων υγείας, οι εκπρόσωποι της Δανικής Κυβερνήσεως, της Γερμανικής Κυβερνήσεως, της Γαλλικής Κυβερνήσεως, της Ιρλανδικής Κυβερνήσεως, της Κυβερνήσεως των Κάτω Χωρών, της Αυστριακής Κυβερνήσεως, της Φινλανδικής Κυβερνήσεως, της Σουηδικής Κυβερνήσεως, της Κυβερνήσεως του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ισλανδικής Κυβερνήσεως καθώς και εκπρόσωπος της Επιτροπής.

30. Το Stichting Ziekenfonds VGZ, που είναι το ταμείο στο οποίο είναι ασφαλισμένη η B. S. M. Smits, θεωρεί ότι τα κράτη μέλη είναι ελεύθερα να οργανώσουν τα συστήματά τους κοινωνικής ασφαλίσεως και ότι οι διατάξεις της Συνθήκης δεν μπορούν να εμποδίσουν ένα από τα συστήματα αυτά να λειτουργεί βάσει συμβάσεων μεταξύ των ταμείων υγείας με τους πρακτικούς ιατρούς ή με τα νοσηλευτικά ιδρύματα, που μπορούν να παρέχουν περίθαλψη στους ασφαλισμένους. Συνάγει από αυτή τη θέση ότι οι σύμφυτοι με ένα σύστημα όπως η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στις Κάτω Χώρες περιορισμοί, το οποίο παρέχει αποκλειστικά υπηρεσίες σε είδος, δεν μπορούν επομένως να είναι ασυμβίβαστοι με τη Συνθήκη.

Προσθέτει, για την περίπτωση που το Δικαστήριο κρίνει το αντίθετο, ότι οι προϋποθέσεις χορηγήσεως αδείας προκειμένου ένας ασφαλισμένος να απευθυνθεί σε μη συμβεβλημένο πρακτικό ιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα δεν συνιστούν δυσμενή διάκριση, τονίζει τις διαφορές μεταξύ της υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας στις Κάτω Χώρες και του λουξεμβουργιανού συστήματος και ισχυρίζεται ότι η νομολογία Kohll δεν μπορεί να έχει εφαρμογή στην πρώτη.

31. Το ταμείο υγείας όπου είναι ασφαλισμένος ο H. T. M. Peerbooms τονίζει ότι η ολλανδική νομοθεσία έχει οργανώσει την ιατρική περίθαλψη βάσει κλίμακας παροχής υπηρεσιών που περιορίζεται στις θεωρούμενες συνηθισμένες στους επαγγελματικούς κύκλους και στις βασιζόμενες σε θεραπεία η

24 — Μία τέτοια ανησυχία δεν πρέπει να εκπλήσσει κατόπιν παραπομπής σε απόψεις όπως εκείνη του Π. Μαυρίδη στο «Libéralisation des soins de santé: un premier diagnostic», *Revue du marché unique européen*, 1998, αριθ. 3, σ. 145 έως 196, ιδίως σ. 171, ο οποίος επιβεβαιώνει ότι οι αποφάσεις Kohll και Decker αναγνώρισαν άμεσο δικαίωμα στους ασφαλισμένους, ανεξαρτήτως του εθνικού νόμου και του κανονισμού 1408/71, κατά τρόπον ώστε να μπορούν στο εξής να μεταβούν σε άλλο κράτος μέλος για να αγοράσουν σ' αυτό ιατρικά προϊόντα και να λάβουν την ιατρική περίθαλψη που απαιτεί η κατάσταση της υγείας τους και να απαιτήσουν την απόδοση των εξόδων τους σύμφωνα με τις τιμές του κράτους στο οποίο είναι ασφαλισμένοι. Σε περίπτωση αρνήσεως αποδόσεως των ιατρικών εξόδων από τα ταμεία υγείας, θυμίζει στους αναγνώστες τη νομολογία Factortame και Brasserie du pêcheur σχετικά με την αρχή της αποκαταστάσεως από το κράτος των ζημιών που προκλήθησαν στους ιδιώτες από τη μη τήρηση του κοινοτικού δικαίου.

χρησιμότητα της οποίας έχει αποδειχθεί επιστημονικά. Εκτιμά ότι είναι αδιάφορο, συναφώς, αν μια παροχή υπηρεσιών που δεν πληροί αυτές τις προϋποθέσεις στις Κάτω Χώρες καλύπτεται από το σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως σε άλλο κράτος μέλος. Οι συμβάσεις που συνάπτουν τα ταμεία υγείας με τους πρακτικούς ιατρούς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα ρυθμίζουν το κόστος και την ποιότητα της περιθάλψεως. Εγγυώνται τη διατήρηση της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος ορίζοντας ένα οικονομικό πλαίσιο, περιορίζοντας τη δυνατότητα υποδοχής των ιδρυμάτων και βασιζόμενες σε μέτρα χρηματοδοτήσεως που προβλέπονται με νόμο. Σύμφωνα με το εν λόγω ταμείο υγείας, αυτό που έχει σημασία εν προκειμένω δεν είναι το ζήτημα εάν, προκειμένου να επιτραπεί σε ασφαλισμένο να μεταβεί στο εξωτερικό για να λάβει εκεί ιατρική περίθαλψη, η ίδια περίθαλψη μπορεί να του παρασχεθεί στις Κάτω Χώρες σε εύλογο χρόνο, αλλά εάν τούτο μπορεί να γίνει από συμβεβλημένο πρακτικό ιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα, όποιο και αν είναι το κράτος μέλος λειτουργίας τους. Αντιθέτως, η προηγούμενη άδεια είναι πάντοτε αναγκαία προτού ζητηθεί η παροχή ιατρικής περιθάλψεως σε πρακτικό ιατρό ή ίδρυμα μη συμβεβλημένο με το ταμείο υγείας.

Ο καθού οργανισμός τόνισε ότι η παροχή διασυνοριακής περιθάλψεως, τόσο σε νοσοκομείο όσο και σε εξωτερικό ιατρείο, έχει ήδη ξεκινήσει σε περιοχές της Euregio Rhin/Waal της της Euregio Meuse/Rhin, και ότι δεν έχει διαπιστωθεί μαζική εισροή ασθενών προς το Βέλγιο ή τη Γερμανία [25].

25 — Ακριβώς αυτές οι εμπειρίες παρατίθενται από τον Mei, A. P., όπ.π., σ. 278 και 279: «[...] in a number of border regions health insurers and health providers have concluded agreements which are aimed at giving patients the right to obtain care 'on the other side of the border'».

32. Δεν θα εκθέσω χωριστά τις απόψεις που εξέφρασαν τα κράτη με τις παρατηρήσεις τους και θα περιοριστώ να τις συνοψίσω διότι εν πολλοίς συμπίπτουν.

Κρίνοντας από τις θέσεις που έλαβαν με τα υπομνήματά τους ή κατά την ενώπιον του ακροατηρίου διαδικασία, τα κράτη διαιρούνται σε δύο μεγάλες ομάδες. Στην πρώτη, που αποτελείται από το Βασίλειο του Βελγίου, τη Γαλλική Δημοκρατία και τη Δημοκρατία της Αυστρίας, υπάγονται όσοι θεωρούν ότι η ιατρική περίθαλψη που παρέχεται στο πλαίσιο δημόσιου συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως θεωρείται υπηρεσία βάσει του άρθρου 60 της Συνθήκης. Τα κράτη της δεύτερης ομάδας, ήτοι η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, η Ιρλανδία, το Βασίλειο των Κάτω Χωρών, το Ηνωμένο Βασίλειο, το Βασίλειο της Δανίας, το Βασίλειο της Σουηδίας, η Δημοκρατία της Φινλανδίας και η Δημοκρατία της Ισλανδίας εκτιμούν, αντιθέτως, ότι η ιατρική περίθαλψη που παρέχεται από σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως οργανωμένο σύμφωνα με σύστημα παροχής υπηρεσιών σε είδος δεν θεωρείται υπηρεσία υπό την έννοια αυτής της διατάξεως. Η Πορτογαλική Δημοκρατία και το Βασίλειο της Νορβηγίας δεν έλαβαν θέση επ' αυτού.

Οι διαφορές στις απόψεις μεταξύ των κρατών σταματούν εδώ εφόσον όλοι συμφωνούν ότι, παρά το γεγονός ότι πρόκειται για εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή των υπηρεσιών, η υποχρέωση του ασθενή που επιθυμεί να τύχει ιατρικής περιθάλψεως σε άλλο κράτος μέλος να λάβει προηγούμενη άδεια από το ταμείο υγείας του κράτους όπου είναι ασφαλισμένος είναι δικαιολογημένη.

33. Μετά το πέρας της έγγραφης διαδικασίας, το Δικαστήριο ρώτησε την Κυβέρνηση των Κάτω Χωρών αν είχε τροποποιήσει την εθνική νομοθεσία προκειμένου να την προσαρμόσει στη νομολογία που είχε διαμορφωθεί με τις προπαρατεθείσες αποφάσεις Decker και Kohll. Η Κυβέρνηση των Κάτω Χωρών απάντησε ότι αυτή η νομολογία δεν συνεπάγεται καμία ανάγκη τροποποιήσεως των διατάξεων του νόμου περί των ταμείων υγείας που διέπουν τη σύναψη των συμβάσεων των ταμείων υγείας με τους πρακτικούς ιατρούς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα που παρέχουν ιατρική περίθαλψη. Πρόσθεσε ότι τα σχέδια που αποσκοπούν στην ανάπτυξη της διασυνοριακής παροχής ιατρικών υπηρεσιών είχαν ξεκινήσει πριν από τον χρόνο των πραγματικών περιστατικών στα οποία στηρίζονται οι υποθέσεις Geraets-Smits και Peerbooms, αλλά ότι οι αποφάσεις Decker και Kohll συνέβαλαν στην αύξηση του αριθμού των συμβάσεων με νοσηλευτικά ιδρύματα σε άλλα κράτη μέλη.

Κατά την επ' ακροατηρίου συζήτηση, το Stichting Ziekenfonds VGZ πληροφόρησε το Δικαστήριο ότι είχε αρχίσει διαπραγματεύσεις με τους πρακτικούς ιατρούς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα σε άλλα κράτη μέλη, προκειμένου να συνάψει με αυτά συμβάσεις που θα τους επέτρεπαν να παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες στους ασφαλισμένους σ'αυτό. Το Stichting CZ Groep Zorgverzkeringen τόνισε ότι είχε ήδη συνάψει συμφωνίες με το ίδιο αντικείμενο τόσο με πρακτικούς ιατρούς όσο και με νοσηλευτικά ιδρύματα στο Βέλγιο και στη Γερμανία.

34. Η Επιτροπή εκτιμά ότι καταρχήν τόσο το κριτήριο της παροχής της συνηθισμένης στον σχετικό επαγγελματικό κύκλο περιθάλψεως και θεραπείας όσο και το κριτήριο του αναγκαίου αυτών, που εφαρμόζεται στη νομοθεσία των Κάτω Χωρών, είναι σύμφωνο με το άρθρο 22 του κανονισμού 1408/71 και ότι, κατά την εφαρμογή του πρώτου, το κράτος μέλος διαθέτει ευρεία διακριτική ευχέρεια προκειμένου για τον καθορισμό των υπηρεσιών που καλύπτονται από σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως. Παρατηρεί, ωστόσο, ότι η εφαρμογή των δύο αυτών κριτηρίων στην πράξη πρέπει να γίνεται με γνώμονα την τήρηση του κοινοτικού δικαίου.

Η Επιτροπή υποστηρίζει ότι το δίκαιο των Κάτω Χωρών περιέχει ορισμένα στοιχεία που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι προϋποθέσεις χορηγήσεως της αδείας που επιτρέπει τη μετάβαση στο εξωτερικό για την παροχή ιατρικής περιθάλψεως διαφέρουν από εκείνες από τις οποίες εξαρτάται η περίθαλψη του ασθενή στις Κάτω Χώρες. Ισχυρίζεται ότι η απαίτηση λήψεως προηγουμένης αδείας μπορεί επομένως να συνιστά ειδικό εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών.

## VIII — Ανάλυση των προδικαστικών ερωτημάτων

### Α — *Επί της ιατρικής περιθάλψεως που αφορά η υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας στις Κάτω Χώρες και επί της έννοιας των υπηρεσιών υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης*

35. Με τα προδικαστικά ερωτήματα που υπέβαλε στο Δικαστήριο, και που πρέπει να εξεταστούν από κοινού κατά την άποψή μου,

το ολλανδικό δικαστήριο ζητεί να διευκρινιστεί αν τα άρθρα 59 και 60 της Συνθήκης εμποδίζουν μία ρύθμιση στον τομέα της κοινωνικής ασφαλίσεως όπως η επίδικη στην κύρια δίκη η οποία, βάσει συμβάσεων που συνάπτουν τα ταμεία υγείας με τους πρακτικούς ιατρούς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα, οργανώνει σύστημα παροχής υπηρεσιών σε είδος που υποχρεώνει τους ασφαλισμένους να λάβουν προηγούμενη άδεια προκειμένου να τύχουν περιθάλψεως από μη συμβεβλημένο πρακτικό ιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα, είτε εντός του κράτους μέλους είτε στο εξωτερικό.

36. Προκειμένου να δοθεί απάντηση σ' ένα ούτως διατυπωθέν ερώτημα, πρέπει, πρώτον, να διασαφηνιστεί το ζήτημα αν η παροχή ιατρικής και νοσοκομειακής περιθάλψεως όπως οργανώνεται από το σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας των Κάτω Χωρών εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών. Πρόκειται, ούτε λίγο ούτε πολύ, για τον καθορισμό του ζητήματος αν οι παροχές στις οποίες έχουν δικαίωμα οι ασφαλισμένοι βάσει του νόμου περί των ταμείων υγείας συνιστούν υπηρεσίες υπό την έννοια του άρθρου 60.

Στο σημείο II.3 της διατάξεως περί προδικαστικής παραπομπής το Arrondissementsrechtbank δηλώνει ότι θεωρεί ότι η περίθαλψη που παρασχέθηκε στη Γερμανία και στην Αυστρία στις δύο καθών στην κύρια δίκη συνιστά υπηρεσία υπό την έννοια αυτού του άρθρου 60 της Συνθήκης. Δεν διαθέτω επαρκή στοιχεία για να λάβω θέση επί του ζητήματος, αλλά θεωρώ ότι τούτο δεν είναι κρίσιμο προκειμένου να δοθεί απάντηση στα ερωτήματα του αιτούντος δικαστηρίου. Στην περίπτωση που αυτή η περίθαλψη αποτελεί πράγματι υπηρεσία υπό την έννοια αυτής της διατάξεως, η ελευθερία των δύο ασθενών να μεταβούν σε άλλο κράτος μέλος ως αποδέκτες των υπηρεσιών προκειμένου να λάβουν την περίθαλψη είναι απεριόριστη. Ούτε ο ένας ούτε ο άλλος ισχυρίζονται ότι υπέστησαν δυσμενέστερη μεταχείριση απ' ό,τι οι υπήκοοι αυτών των δύο κρατών [26]. Στο μέτρο που επικαλούνται το άρθρο 60 της Συνθήκης για να ζητήσουν από τον ασφαλιστικό οργανισμό τους να αναλάβει τα έξοδα στα οποία υποβλήθηκαν, μου φαίνεται ωστόσο αναγκαία η εξέταση του ζητήματος εάν η νομική σχέση που τους συνδέει με τον οργανισμό τους παρέχει δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών υπό την έννοια της Συνθήκης.

37. Θέλω να τονίσω ότι η ανάλυση που ακολουθεί αφορά ακριβώς την ιατρική περίθαλψη που διασφαλίζουν τα συστήματα κοινωνικής ασφαλίσεως τα οποία, όπως το επίδικο, προβλέπουν αποκλειστικά παροχές σε είδος και δεν αφορούν τη δυνατότητα αποδόσεως στους ασφαλισμένους των εξόδων που κατέβαλαν για την περίθαλψή τους. Θεωρώ ότι είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί αυτό το σημείο προκειμένου να αποφευχθεί κάθε αμφιβολία, εφόσον σε ορισμένες περιπτώσεις το Δικαστήριο απεφάνθη ρητώς ότι ορισμένες παροχές ιατρικών υπηρεσιών πρέπει να θεωρηθούν υπηρεσίες υπό την έννοια του άρθρου 60 και ότι οι ασθενείς που μεταβαίνουν σε άλλο κράτος μέλος για την

26 — Στην υπόθεση Ferlini, C-411/98 (ΕΕ 1999, C 20, σ. 18), που εκκρεμεί ενώπιον του Δικαστηρίου, αποδείχθηκε ότι στο Λουξεμβούργο, ο χρήζων ιατρικής περιθάλψεως που δεν είναι ασφαλισμένος στο σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως πρέπει να καταβάλλει ιατρικά έξοδα μεγαλύτερου ύψους σε σχέση με τους ασφαλισμένους. Στην έκθεση ακροατηρίου αυτής της υποθέσεως διαβάζουμε ότι κατά το χρόνο των πραγματικών περιστατικών (το 1989), οι ασφαλισμένοι στο λουξεμβουργιανό σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως χρεώνονταν με ποσό 36 859 λουξεμβουργιανών φράγκων (LUF) για έναν τοκετό ενώ οι μη ασφαλισμένοι έπρεπε να καταβάλλουν 59 306 LUF (ήτοι 71,43 % παραπάνω) για τις ίδιες υπηρεσίες που παρέχονταν στο ίδιο νοσοκομειακό κέντρο. Στις προτάσεις που ανέπτυξε στις 21 Σεπτεμβρίου 1999 στο πλαίσιο αυτής της υποθέσεως, ο γενικός εισαγγελέας Κοσμάς δήλωσε ότι αυτή η διαφορά στη μεταχείριση αντιβαίνει στο άρθρο 7, παράγραφος 2, του κανονισμού (ΕΟΚ) 1612/68 του Συμβουλίου, της 15ης Οκτωβρίου 1968, περί της ελεύθερης κυκλοφορίας των εργαζομένων στο εσωτερικό της Κοινότητας (ΕΟ L 257, σ. 2).

παροχή περιθάλψεως είναι οι αποδέκτες των υπηρεσιών.

Ένα παράδειγμα αυτής της νομολογίας απαντά στο σημείο 29 της ήδη παρατεθείσας αποφάσεως Kohll, η οποία αφορούσε περίθαλψη που παρείχε ορθοδοντικός, στην απόφαση Society for the Protection of Unborn Children Ireland [27], στην οποία το Δικαστήριο έκρινε ότι η ιατρική διακοπή της εγκυμοσύνης που πραγματοποιείται σύμφωνα με το δίκαιο του κράτους όπου λαμβάνει χώρα αποτελεί υπηρεσία υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης, καθώς και στην απόφαση Luisi et Carbone [28], στην οποία έκρινε ότι η ελευθερία παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνει την ελευθερία των αποδεκτών των υπηρεσιών να μεταβούν σε άλλο κράτος μέλος και να τύχουν μιας υπηρεσίας, χωρίς να εμποδίζονται από περιορισμούς, ακόμα και όσον αφορά τις πληρωμές, και ότι οι αιτούντες ιατρική περίθαλψη πρέπει να θεωρούνται αποδέκτες υπηρεσιών.

Σε όλα αυτά τα παραδείγματα, το Δικαστήριο υπογράμμισε επανειλημμένως είτε ότι η συγκεκριμένη παροχή υπηρεσιών παρασχέθηκε έναντι αμοιβής, όπως στο πρώτο από τα παρατεθέντα παραδείγματα είτε, όπως στο δεύτερο παράδειγμα, ότι η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι ιατρική δραστηριότητα που ασκείται γενικώς έναντι αμοιβής και μπορεί να ασκηθεί στο πλαίσιο ελευθέρου επαγγέλματος. Στην τρίτη και τελευταία περίπτωση, μία Ιταλίδα υπήκοος είχε εξαγάγει σε συνάλλαγμα ποσό που υπερέβαινε το επιτρεπόμενο από την εθνική νομοθεσία περί ελέγχου του συναλλάγματος, με σκοπό, μεταξύ άλλων, να της παρασχεθεί ιατρική περίθαλψη στη Γερμανία, παράβαση για την οποία της επιβλήθηκε πρόστιμο.

38. Υπηρεσίες υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης είναι οι υπηρεσίες που παρέχονται υπό κανονικές συνθήκες έναντι αμοιβής στο μέτρο που δεν διέπονται από διατάξεις σχετικά με την ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των κεφαλαίων και των προσώπων. Αυτές οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, δραστηριότητες που προσιδιάζουν στα ελεύθερα επαγγέλματα, ενώ το Δικαστήριο έχει προσθέσει ότι η ιδιαίτερη φύση αυτών των υπηρεσιών δεν μπορεί να αποκλείσει αυτές τις δραστηριότητες από την υπαγωγή στους κανόνες σχετικά με την ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών [29].

Παρά το γεγονός ότι το ιατρικό επάγγελμα είναι κατά παράδοση ελεύθερο επάγγελμα, ωστόσο στις μέρες μας έχει παύσει να είναι αποκλειστικά τέτοιο, εφόσον πολλοί ιατροί εργάζονται ως μισθωτοί στους οργανισμούς κοινωνικής ασφαλίσεως ορισμένων κρατών μελών ή συνδυάζουν μια τέτοια μισθωτή δραστηριότητα με την άσκηση του ελευθέρου επαγγέλματος.

39. Το Δικαστήριο έχει αναγνωρίσει επανειλημμένως ότι το κοινοτικό δίκαιο δεν θίγει την αρμοδιότητα των κρατών μελών να ρυθμίζουν τα συστήματά τους κοινωνικής ασφαλίσεως [30].

27 — Απόφαση της 4ης Οκτωβρίου 1991, C-159/90, (Συλλογή 1991, σ. I-4685, σκέψη 21).

28 — Προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 15, σκέψη 16.

29 — Αποφάσεις της 17ης Δεκεμβρίου 1981, 279/80, Webb (Συλλογή 1981, σ. 3305, σκέψεις 8 και 10), και Kohll, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 11, σκέψη 20.

30 — Αποφάσεις της 7ης Φεβρουαρίου 1984, 238/82, Duphar κ.λπ. (Συλλογή 1984, σ. 523, σκέψη 16)· της 17ης Ιουνίου 1997, C-70/95, Sodemare κ.λπ., (Συλλογή 1997, σ. I-3395, σκέψη 27), και Kohll, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 11, σκέψη 17.

40. Στο πλαίσιο της ασκήσεως αυτής της αρμοδιότητας, το Βασίλειο των Κάτω Χωρών οργάνωσε σύστημα υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας στο οποίο είναι ασφαλισμένοι όσοι διαθέτουν εισοδήματα που δεν υπερβαίνουν ορισμένο όριο. Αυτό το σύστημα ρυθμίζεται από τα ταμεία υγείας, που είναι οργανισμοί με ίδια νομική προσωπικότητα. Η χρηματοδότησή του διασφαλίζεται μέσω εισφορών των ασφαλισμένων και των εργοδοτών, καθώς και με ετήσια εισφορά του κράτους, εις βάρος του προϋπολογισμού, στο γενικό ταμείο κοινωνικής ασφαλίσεως. Τα ταμεία υγείας συνάπτουν συμβάσεις με τους πρακτικούς ιατρούς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα και διαπραγματεύονται μεταξύ τους την παροχή ιατρικών υπηρεσιών στους ασφαλισμένους τους.

41. Αντιθέτως με ό,τι κρίθηκε στην υπόθεση Kohll όσον αφορά το σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως του Λουξεμβούργου, χώρα στην οποία οι ασφαλισμένοι μπορούν να επιλέγουν τον γενικό ή ειδικό ιατρό, εν πλήρη ελευθερία και οφείλουν να καταβάλουν τα σχετικά έξοδα και να ζητούν στη συνέχεια την απόδοσή τους από το ταμείο υγείας, εκτός αν το τελευταίο αναλαμβάνει απευθείας τα έξοδα νοσηλείας, η βοήθεια που προβλέπει το υποχρεωτικό σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας στις Κάτω Χώρες παρέχεται δωρεάν στους ασφαλισμένους [31] αλλά οι τελευταίοι είναι υποχρεωμένοι, προκειμένου τους παρασχεθούν οι αναγκαίες ιατρικές υπηρεσίες, να απευθύνονται σε έναν από τους πρακτικούς ιατρούς ή σε ένα από τα νοσηλευτικά ιδρύματα με τα οποία το ταμείο τους είναι συμβεβλημένο. Αν αποφασίσουν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών μη συμβεβλημένων πρακτικών ιατρών ή ιδρυμάτων, πρέπει να αναλάβουν οι ίδιοι τα έξοδα και δεν έχουν δικαίωμα αποδόσεώς τους.

42. Αυτή η θεμελιώδης διαφορά με οδήγησε να διερωτηθώ αν η περίθαλψη που παρέχεται από πρακτικούς ιατρούς ή ιδρύματα υπό αυτές τις συνθήκες πρέπει να θεωρηθεί υπηρεσία υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης εφόσον ο δικαιούχος της παροχής δεν τη λαμβάνει έναντι καταβολής αμοιβής.

43. Βεβαίως το Δικαστήριο έκρινε, με την απόφαση Bond van Adverteerders κ.λπ. [32] ότι το άρθρο 60 της Συνθήκης δεν απαιτεί ο δικαιούχος της υπηρεσίας να καταβάλλει αμοιβή γι' αυτήν.

Ωστόσο πιστεύω ότι, στο πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως των Κάτω Χωρών, δεν πρόκειται απλώς για το γεγονός ότι οι δικαιούχοι δεν καταβάλλουν αμοιβή για την ιατρική περίθαλψη, αλλά για το ότι τρίτος (εν προκειμένω το ταμείο υγείας) την καταβάλλει αντ' αυτών στον πρακτικό ιατρό ή στο νοσηλευτικό ίδρυμα.

44. Στην πράξη [33], φαίνεται ότι, προκειμένου να υπολογιστεί η συνεισφορά που τα ταμεία

31 — Παρέχεται δωρεάν, στην ουσία σε όλες τις περιπτώσεις, αλλά ορισμένες παροχές μπορούν να συνοδεύονται από καταβολή εισφοράς που βαρύνει τον ασθενή. Το σύστημα προβλέπει ωστόσο ότι αυτή η εισφορά δεν πρέπει να είναι η ίδια για όλους τους ασφαλισμένους.

32 — Απόφαση της 26ης Απριλίου 1988, 352/85, Συλλογή 1988, σ. 2085, σκέψη 16.

33 — Οι πληροφορίες σχετικά με τον υπολογισμό των τιμών προέρχονται από το τεύχος «Wat is het CTG [College Tarieven Gezondheidszorg]», Ουτρέχτη, Ιανουάριος 2000, ιδίως από την παράγραφο 5 αυτού που φέρει τίτλο «Hoe komen budgetten en tarieven tot stand (Rekenvoorbeeld A: ziekenhuisbudget) (Rekenvoorbeeld B: Tarief voor huisartsbezoek)». Μέρος αυτού του τεύχους δημοσιεύθηκε στην αγγλική υπό τον τίτλο «What is the National Health Tariffs Authority», από το COTG, Ουτρέχτη 1995.

υγείας καταβάλλουν στα νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει πρώτα να καθοριστεί ο προϋπολογισμός κάθε ιδρύματος προκειμένου να καταστούν γνωστές οι σχετικές δαπάνες [34] και, στη συνέχεια, να εξεταστούν συμπληρωματικές τιμές [35] καθώς και το κόστος της περιθάλψεως [36], που είναι η δαπάνη για κάθε ημέρα νοσηλείας ενός ασθενή αλλά δεν αντανακλά το πραγματικό κόστος της. Αυτές οι τιμές αποσκοπούν στη χρηματοδότηση του προϋπολογισμού κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος. Αναθεωρούνται ετησίως: αν τα έσοδα υπερβαίνουν τις δαπάνες, η ενιαία τιμή ανά ημέρα νοσηλείας μειώνεται και αντιθέτως αυξάνεται αν οι δαπάνες υπερβαίνουν τα έσοδα.

45. Οι τιμές που τα ταμεία υγείας διαπραγματεύονται κάθε χρόνο με τους πρακτικούς ιατρούς διαφέρουν βάσει της εν λόγω ειδικότητας. Δεν πρόκειται για κατάλογο ποσών που καταβάλλονται για κάθε ιατρική πράξη και βάσει της φύσεως αυτής. Οι τιμές υπολογίζονται σύμφωνα με τον ακόλουθο αριθμητικό τύπο: ένα ποσό, που αντιπροσωπεύει το μέσο εισόδημα [37], προστίθεται σ' ένα άλλο ποσό, που αντιπροσωπεύει το μέσο κόστος εκμεταλλεύσεως ενός ιατρείου [38]· το αποτέλεσμα διαιρείται κατόπιν με συντελεστή που αντιπροσωπεύει τον φόρτο εργασίας (εκτιμάται, για παράδειγμα, ότι ένας γενικός ιατρός δέχεται 2 350 ασθενείς κατ' έτος: για μια μαία βάση αποτελεί ο αριθμός των τοκετών ανά έτος). Ο υπολογισμός αυτός έχει ως αποτέλεσμα ένας γενικός ιατρός να λαμβάνει από το ταμείο υγείας με το οποίο έχει συνάψει σύμβαση παροχής ιατρικής περιθάλψεως ποσό 133 NLG για καθέναν από τους ασφαλισμένους που επέλεξαν να απευθυνθούν σ'αυτόν για το έτος 2000. Αυτό το ποσό, που ονομάζεται πάγιο συνδρομής [39], καταβάλλεται στον ιατρό ανεξαρτήτως του αριθμού των ασθενών που δέχεται, δεδομένου ότι ορισμένοι ασθενείς χρειάζονται την παροχή περιθάλψεως συχνότερα από άλλους ενώ ορισμένοι δεν συμβουλεύονται τον ιατρό τους ούτε μία φορά τον χρόνο [40].

46. Στο πλαίσιο αυτού του συστήματος υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας, τα ταμεία

34 — Ο προϋπολογισμός υπολογίζεται βάσει τεσσάρων στοιχείων: τα έξοδα υποδομής· τα έξοδα λειτουργίας, που παραμένουν σταθερά όποιο και αν είναι το ποσοστό απασχολήσεως των εγκαταστάσεων· τα εν μέρει σταθερά έξοδα που βασίζονται στη δυνατότητα υποδοχής, τον αριθμό δωματίων και τον αριθμό ειδικευμένων ιατρών· τέλος, το μεταβλητό κόστος, που εξαρτάται από τον όγκο της δραστηριότητας κάθε νοσοκομείου.

35 — Πρόκειται για τιμές που εφαρμόζονται σε εθνική κλίμακα για διάφορες δραστηριότητες των νοσοκομείων. Υφίστανται περίπου 1 600 βάσει του τύπου της περιθάλψεως: εγχείριση, διαγνωστική, εξετάσεις, κ.λπ.

36 — Αυτή η τιμή διαφέρει για κάθε νοσοκομείο και διαφέρει αισθητά από το ένα νοσοκομείο στο άλλο. Υπολογίζεται βάσει του προϋπολογισμού του νοσοκομείου κατά τον ακόλουθο τρόπο: τα εισοδήματα που προέρχονται από τις συμπληρωματικές τιμές αφαιρούνται από τον προϋπολογισμό, και η διαφορά διαιρείται με τον εκτιμώμενο αριθμό των ημερών νοσηλείας, που είναι οι ημέρες καταλήψεως μιας κλίνης από έναν ασθενή. Αυτή η τιμή δεν αντιπροσωπεύει το πραγματικό κόστος μιας ημέρας νοσηλείας αλλά χρησιμοποιείται για την εξισορρόπηση της χρηματοδοτήσεως κάθε νοσοκομείου. Στο παράδειγμα του τεύχους που παρατίθεται στην υποσημείωση 33 ανωτέρω, ο εκτιμώμενος αριθμός ημερών νοσηλείας σ' ένα νοσοκομείο Χ είναι 115 000, το οποίο, στο πλαίσιο ενός προϋπολογισμού 104 940 000 ολλανδικών φιορινίων (NLG), με τα εισοδήματα βάσει των συμπληρωματικών τιμών που εκτιμώνται σε 36 355 000 NLG, δίνει ως αποτέλεσμα ποσό 596 NLG ανά ημέρα νοσηλείας.

37 — Περιλαμβάνει τον μισθό, το επίδομα αδείας, τις ασφαλίσεις, δώρα, και συνταξιοδοτική προοπτική. Ο μισθός καθορίζεται βάσει σχετικών κριτηρίων που εφαρμόζονται στους υπαλλήλους και προσαρμόζονται ετησίως.

38 — Υφίστανται γενικές οδηγίες για τον υπολογισμό του κόστους λειτουργίας των αναγκαίων για κάθε ιατρική ειδικότητα εγκαταστάσεων. Λαμβάνονται υπόψη οι δαπάνες στέγης, αυτοκινήτου, οι μισθοί των βοηθών, τα έξοδα του τηλεφώνου και του υλικού, η έκταση της καλυπτόμενης ζώνης. Αυτές οι δαπάνες προσαρμόζονται βάσει αναγκών που μπορούν να εμφανιστούν όπως, για παράδειγμα, εφοδιασμός των ιατρείων με ηλεκτρονικό υπολογιστή.

39 — Αυξημένο σε 157 NLG για κάθε ασφαλιζόμενο που έχει συμπληρώσει το 64ο έτος της ηλικίας του.

40 — Το σύστημα αναδιανομής των συμβεβλημένων πρακτικών ιατρών που παρέχουν ιατρική περίθαλψη στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας διαφοροποιείται σαφώς από το ισχύον σύστημα για τους ιδιωτικούς ασθενείς. Γι' αυτούς τους ασθενείς δεν υφίστατα πάγιο ποσό συνδρομής, εφόσον ο καθένας πληρώνει κάθε επίσκεψή του στον ιατρό.

συνάπτουν συμβάσεις με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και τους ανεξάρτητους πρακτικούς ιατρούς, βάσει των οποίων καθορίζουν εκ των προτέρων το περιεχόμενο και την ποιότητα των υπηρεσιών καθώς και την οικονομική συμβολή του συμβαλλομένου ταμείου. Για τους πρακτικούς ιατρούς, πρόκειται για καθορισμένο ποσό ενώ για τα νοσηλευτικά ιδρύματα για τιμολόγιο παροχής νοσηλείας που έχει ως αντικείμενο περισσότερο τη χρηματοδότηση των ιδρυμάτων που την παρέχουν παρά την κάλυψη του πραγματικού κόστους της νοσηλείας.

Υπ' αυτό το πρίσμα, αυτό το σύστημα προσεγγίζει σε μεγάλο βαθμό τα υφιστάμενα σε ορισμένα κράτη μέλη συστήματα όπου οι οργανισμοί κοινωνικής ασφαλίσεως αποκτούν ίδια μέσα και προσωπικό που προσλαμβάνουν απευθείας [41] και το οποίο εργάζεται σύμφωνα με προκαθορισμένο ωράριο και εισπράττει μισθό. Κατά την άποψή μου, διαφοροποιείται σαφώς από άλλα συστήματα, όπως το επίδικο στην υπόθεση Kohll λουξεμβουργιανό σύστημα [42], το οποίο περιέγραψα ήδη. Στο πλαίσιο του τελευταίου συστήματος, όπως άλλωστε επιβεβαίωσε το Δικαστήριο, η σχέση μεταξύ του ασφαλισμένου και του πρακτικού ιατρού είναι σχέση παροχής υπηρεσιών υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης [43], αλλά είμαι επίσης πεπεισμένος ότι αυτή η σχέση δεν απαντά στο υπό εξέταση σύστημα εφόσον ελλείπει το στοιχείο της αμοιβής που απαιτεί το άρθρο 60 της Συνθήκης [44].

47. Παρόμοια κατάσταση επικρατεί στον τομέα των εθνικών εκπαιδευτικών συστημάτων, επί των οποίων το Δικαστήριο είχε την ευκαιρία να αποφανθεί βάσει της αρχής της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών. Έτσι, στην απόφαση Humbel [45], έκρινε ότι, σύμφωνα με το άρθρο 60, πρώτο εδάφιο, της Συνθήκης, στο κεφάλαιο που αφορά τις υπηρεσίες δεν περιλαμβάνονται «οι υπηρεσίες που παρέχονται υπό κανονικές συνθήκες έναντι αμοιβής» και ότι, αν και η έννοια της αμοιβής δεν ορίζεται ρητώς από τα άρθρα 59 επ. της Συνθήκης, το νομικό της περιεχόμενο μπορεί να συναχθεί από τις διατάξεις του άρθρου 60, δεύτερο εδάφιο, της Συνθήκης, καθόσον το ουσιώδες χαρακτηριστικό της αμοιβής έγκειται στο γεγονός ότι συνιστά οικονομική αντιπαροχή της εν λόγω παροχής υπηρεσιών, αντιπαροχή που υπό κανονικές συνθήκες καθορίζουν ο παρέχων τις υπηρεσίες και ο αποδέκτης αυτών. Το Δικαστήριο παρατήρησε ότι ένα τέτοιο χαρακτηριστικό ελλείπει στην περίπτωση των μαθημάτων στο πλαίσιο του εθνικού συστήματος εκπαιδεύσεως διότι, αφενός, θεσπίζοντας και διατηρώντας ένα τέτοιο σύστημα, το κράτος δεν θέλει να παράσχει αμειβόμενες δραστηριότητες αλλά εκπληρώνει το καθήκον του έναντι του πληθυσμού στον κοινωνικό, τον πολιτιστικό και τον εκπαιδευτικό τομέα

41 — Η υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού είναι εκείνη ή ομοιάζει με εκείνη των δημοσίων υπαλλήλων και, σε ορισμένα κράτη μέλη, οι σχέσεις του με τους οργανισμούς κοινωνικής ασφαλίσεως που τους απασχολούν διέπονται από το δημόσιο δίκαιο.

42 — Το γαλλικό και το βελγικό σύστημα λειτουργούν σύμφωνα με τις ίδιες αρχές.

43 — Αυτή η εκτίμηση ισχύει και για την περίθαλψη σε νοσοκομειακό ίδρυμα, εφόσον, ακόμα και αν την αμοιβή δεν καταβάλλει ο ίδιος ο ασφαλισμένος αλλά το ταμείο υγείας, η περίθαλψη πληρώνεται ανά ιατρική πράξη βάσει του κόστους των υπηρεσιών.

44 — Για την εξέταση των νομικών συστημάτων κοινωνικής ασφαλίσεως που ισχύουν στα κράτη μέλη, βλ. R. Langer: «Grenzüberschreitende Behandlungsleistungen — Reformbedarf für die Verordnung 1408/71», *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*, 11/1999, σ. 537 έως 542, ιδίως σ. 537 έως 539. Ο συγγραφέας διακρίνει μεταξύ των «sogenannte reine Versicherungsmodelle», που περιλαμβάνουν το λουξεμβουργιανό, το βελγικό και το γαλλικό σύστημα, τα «staatliche Gesundheidssysteme», που περιλαμβάνουν τα συστήματα της πλειονότητας των κρατών μελών και τα «sogenannte Mischsysteme», στα οποία περιλαμβάνονται το γερμανικό σύστημα, το αυστριακό σύστημα και το σύστημα των Κάτω Χωρών.

45 — Απόφαση της 27ης Σεπτεμβρίου 1988, 263/86, Συλλογή 1988, σ. 5365, σκέψεις 15 έως 19.

και, αφετέρου, το εν λόγω σύστημα χρηματοδοτείται, κατά γενικό κανόνα, από τον δημόσιο προϋπολογισμό και όχι από τους μαθητές ή τους γονείς τους.

Στην απόφαση Wirth [46], το Δικαστήριο έκρινε ότι αυτή η συλλογιστική ισχύει επίσης για την εκπαίδευση σε ανώτερο εκπαιδευτικό ίδρυμα, η χρηματοδότηση της οποίας διασφαλίζεται, στην ουσία, από δημόσιους πόρους, αλλά υπογράμμισε ότι, καίτοι αληθεύει ότι η πλειονότητα των ανωτέρω εκπαιδευτικών ιδρυμάτων χρηματοδοτείται κατ' αυτόν τον τρόπο, ωστόσο υφίστανται ιδρύματα που χρηματοδοτούνται στην ουσία από ιδιωτικούς πόρους, μεταξύ άλλων από σπουδαστές και τους γονείς τους και που έχουν κερδοσκοπικό προσανατολισμό. Όταν παρέχονται σε τέτοια ιδρύματα, τα μαθήματα αποτελούν υπηρεσίες υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης διότι ο σκοπός τους συνίσταται στην παροχή υπηρεσίας έναντι αμοιβής.

48. Το Δικαστήριο αποφάνθηκε επί της υπηρεσιακής καταστάσεως των οργανισμών κοινωνικής ασφαλίσεως εν όψει του δικαίου του ανταγωνισμού στην απόφαση Poucet και Pistre [47]. Αφού υπενθύμισε ότι, στο πλαίσιο του δικαίου του ανταγωνισμού, η έννοια της επιχειρήσεως περιλαμβάνει κάθε οντότητα που ασκεί οικονομική δραστηριότητα, ανεξαρτήτως της νομικής καταστάσεως αυτής και του τρόπου χρηματοδοτήσεώς της [48], έκρινε ότι τα ταμεία υγείας ή οι οργανισμοί που διαχειρίζονται τη δημόσια περιουσία και την κοινωνική ασφάλιση επιτελούν λειτουργία αποκλειστικά κοινωνικού χαρακτήρα εφόσον αυτή η δραστηριότητα βασίζεται στην αρχή της εθνικής αλληλεγγύης και στερείται κάθε κερδοσκοπικού σκοπού, εφόσον οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι νομικές και ανεξαρτήτως του ποσού της εισφοράς.

49. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του συστήματος υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας στις Κάτω Χώρες που μόλις περιέγραψα, θεωρώ ότι οι παροχές σε είδος που διασφαλίζει στους ασφαλισμένους του δεν περιλαμβάνουν κανένα στοιχείο αμοιβής και επομένως, δεν αποτελούν υπηρεσίες υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης.

Εφόσον δεν αποτελούν υπηρεσίες, πρέπει να δοθεί στο Arrondissementsrechtbank de Roermond η απάντηση ότι το άρθρο 59 της Συνθήκης δεν απαγορεύει στα ταμεία υγείας ενός κράτους μέλους να υποχρεώνουν τους ασφαλισμένους σ' αυτά να ζητούν άδεια προκειμένου να τους παρασχεθεί περίθαλψη σε ίδρυμα με το οποίο τα ταμεία δεν είναι συμβεβλημένα, ανεξαρτήτως του ζητήματος αν το εν λόγω ίδρυμα βρίσκεται στην ημεδαπή ή σε άλλο κράτος μέλος.

46 — Απόφαση της 7ης Δεκεμβρίου 1993, C-109/92, Συλλογή 1993, σ. I-6447, σκέψεις 16 και 17.

47 — Απόφαση της 17ης Φεβρουαρίου 1993, C-159/91 και C-160/91, Συλλογή 1993, σ. I-637, σκέψεις 17 και 18.

48 — Απόφαση της 23ης Απριλίου 1991, C-41/90, Höfner και Elser, Συλλογή 1991, σ. I-1979, σκέψη 21.

50. Στην περίπτωση που το Δικαστήριο δεν συμμερίζεται αυτή την άποψη και εκτιμά ότι πρόκειται για υπηρεσίες υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης, θα εξετάσω ωστόσο τα περιοριστικά αποτελέσματα που αυτή η υποχρέωση λήψεως προηγουμένης αδείας από το ταμείο υγείας μπορεί να έχει στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών.

μογή του κριτηρίου του αναγκαίου της θεραπείας όταν, παρά το γεγονός ότι η παροχή υπηρεσιών καλύπτεται από την ασφάλιση, το ταμείο υγείας αρνείται να χορηγήσει στον ασφαλισμένο άδεια μεταβάσεως στο εξωτερικό προκειμένου να τύχει ιατρικής περιθάλψεως για τον λόγο ότι υφίσταται στις Κάτω Χώρες συμβεβλημένος πρακτικός ιατρός ή συμβεβλημένο νοσηλευτικό ίδρυμα που μπορούν να του παράσχουν επαρκή περίθαλψη.

Β — *Επί των περιοριστικών αποτελεσμάτων που οι διατάξεις της υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας μπορούν να έχουν στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών*

51. Αποτελεί η προϋπόθεση της προηγούμενης αδείας του ασφαλιστικού οργανισμού στην οποία οι διατάξεις του άρθρου 9, παράγραφος 4, του νόμου περί των ταμείων υγείας, σε συνδυασμό με το άρθρο 1 του κανονισμού περί ιατρικής περιθάλψεως στο εξωτερικό υποβάλλουν τη δυνατότητα για τον ασφαλισμένο να απευθυνθεί σε μη συμβεβλημένο και λειτουργούντα στο εξωτερικό πρακτικό ιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα περιορισμό στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών;

52. Πιστεύω ότι, αν το ερώτημα διατυπωθεί κατ' αυτόν τον τρόπο, η απάντηση πρέπει να είναι καταφατική. Πράγματι, η υποχρέωση χορηγήσεως και λήψεως αυτής της άδειας συνιστά, στην ουσία, περιορισμό στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών εφόσον καθιστά δυσχερέστερη και λιγότερο ελκυστική τη μετακίνηση των ασφαλισμένων που επιθυμούν να μεταβούν σε άλλο κράτος μέλος για την παροχή ιατρικής περιθάλψεως.

Η συλλογιστική μου θα επεκταθεί τόσο στα σημεία βάσει των οποίων το Arrondissementsrechtbank διατύπωσε τα υπό β' και γ' του πρώτου προδικαστικού ερωτήματος ερωτήματά του προς το Δικαστήριο, δηλαδή στη σημασία που μπορεί να έχει το κριτήριο του «συνηθισμένου στους σχετικούς επαγγελματικούς κύκλους» κατά τον χρόνο βάσει του οποίου θα κριθεί αν η συγκεκριμένη παροχή υπηρεσιών καλύπτεται από την ασφάλιση, στη σημασία που μπορεί να έχει το γεγονός ότι η ίδια παροχή υπηρεσιών καλύπτεται από το σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως σε άλλο κράτος μέλος και στην εφαρ-

53. Το Δικαστήριο απεφάνθη, σχετικά, ότι, ενόψει της ενιαίας αγοράς, και προκειμένου να επιτραπεί η υλοποίηση των στόχων αυτής, το άρθρο 59 της Συνθήκης απαγορεύει την εφαρμογή κάθε εθνικής νομοθετικής ρυθμίσεως που έχει ως αποτέλεσμα να καταστήσει την παροχή υπηρεσιών μεταξύ κρατών μελών δυσχερέστερη απ' ό,τι την παροχή υπηρεσιών αποκλειστικά εντός ενός κράτους μέλους [49]. Παρά το γεγονός ότι η αμφισβητούμενη νομοθετική ρύθμιση στις Κάτω

49 — Αποφάσεις της 5ης Οκτωβρίου 1994, C-381/93, Επιτροπή κατά Γαλλίας, Συλλογή 1994, σ. I-5145, σκέψη 17, και Kohll, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 11, σκέψη 33.

Χώρες δεν στερεί τους ασφαλισμένους του δικαιώματός τους περιθάλψεως σε άλλο κράτος μέλος, ωστόσο απαιτεί άδεια που δεν παρέχεται παρά υπό πολύ αυστηρές προϋποθέσεις. Συνεπώς, μπορεί να τους αποθαρρύνει από του να απευθυνθούν στους φορείς παροχής ιατρικών υπηρεσιών που είναι εγκατεστημένοι σε άλλο κράτος μέλος και συνιστά, τόσο για τους τελευταίους όσο και για τους ασθενείς τους, εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών [50].

54. Πρέπει τώρα να εξεταστεί αν, υπό το φως της νομολογίας του Δικαστηρίου, αυτό το εμπόδιο είναι ή όχι δικαιολογημένο.

Γ — *Επί της δικαιολογήσεως της προηγουμένης αδείας που απαιτείται για τους ασφαλισμένους που επιθυμούν να τύχουν ιατρικής περιθάλψεως σε άλλο κράτος μέλος*

55. Το Δικαστήριο έκρινε ότι η υποχρέωση άρσεως όλων των περιορισμών στην ελεύθερη παροχή των υπηρεσιών περιλαμβάνει την απαγόρευση όλων των διακρίσεων σε σχέση με τον φορέα παροχής των υπηρεσιών λόγω της ιθαγένειάς του ή του γεγονότος ότι είναι εγκατεστημένος σε κράτος μέλος άλλο από εκείνο που πραγματοποιείται η παροχή [51]. Πράγματι, η αρχή της ίσης μεταχειρίσεως, που εκφράζεται συγκεκριμένα στο άρθρο 59, απαγορεύει όχι μόνο την πρόδηλη διάκριση λόγω ιθαγενείας, αλλά ακόμα οποιαδήποτε συγκεκαλυμμένη μορφή διακρίσεως η οποία, κατ' εφαρμογή άλλων κριτηρίων διακρίσεως, καταλήγει στην πραγματικότητα στο ίδιο αποτέλεσμα [52].

56. Το Δικαστήριο έκρινε ότι εθνικές νομοθετικές ρυθμίσεις που δεν έχουν αδιακρίτως εφαρμογή στις παροχές υπηρεσιών ανεξαρτήτως της προελεύσεώς τους και που εισάγουν, ως εκ τούτου, δυσμενείς διακρίσεις συμβιβάζονται με το κοινοτικό δίκαιο μόνον αν μπορούν να υπαχθούν σε ρητή εξαιρετική διάταξη [53]. Βάσει του άρθρου 66 της Συνθήκης ΕΚ (νυν άρθρου 55 ΕΚ), τα άρθρα 55 έως 58, που περιέχονται στο κεφάλαιο που είναι αφιερωμένο στην ελευθερία εγκαταστάσεως, έχουν εφαρμογή στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών. Το άρθρο 56 προβλέπει εξαιρέσεις σ' αυτές τις δύο ελευθερίες υπέρ των μέτρων που περιέχουν οι νομοθετικές, κανονιστικές και διοικητικές διατάξεις που προβλέπουν ειδικό καθεστώς για τους αλλοδαπούς υπηκόους και δικαιολογούνται από λόγους δημοσίας τάξεως, δημοσίας ασφαλείας και δημοσίας υγείας. Οι σκοποί οικονομικής φύσεως δεν μπορούν να στοι-

50 — Αποφάσεις Luisi et Carbone και Bachmann, προπαρατεθείσες στην υποσημείωση 15, σκέψεις 16 και 31 αντιστοίχως, και Kohll, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 11, σκέψη 35.

51 — Απόφαση της 3ης Δεκεμβρίου 1974, 33/74, Van Binsbergen (Συλλογή τόμος 1974, σ. 513). Βλ., επίσης, αποφάσεις της 18ης Ιανουαρίου 1979, 110/78 και 111/78, Van Wesemael κ.λπ. (Συλλογή τόμος 1979, σ. 29, σκέψη 27), και Webb, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 29, σκέψη 14.

52 — Αποφάσεις της 5ης Δεκεμβρίου 1989, C-3/88, Επιτροπή κατά Ιταλίας (Συλλογή 1989, σ. 4035, σκέψη 8), και της 3ης Ιουνίου 1992, C-360/89, Επιτροπή κατά Ιταλίας, Συλλογή 1992, σ. I-3401, σκέψη 11.

53 — Αποφάσεις Bond van Adverteerders κ.λπ., προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 32, σκέψη 32, και της 18ης Ιουνίου 1991, C-260/89, ERT (Συλλογή 1991, σ. I-2925, σκέψη 24.)

χειοθετούν λόγους δημοσίας τάξεως υπό την έννοια του άρθρου 56 της Συνθήκης [54].

57. Οι ίδιοι οι όροι της διατάξεως περί προδικαστικής παραπομπής φαίνονται να τονίζουν ότι το Arrondissementsrechtbank φρονεί ότι η εφαρμογή του κριτηρίου του «συνηθισμένου στους σχετικούς επαγγελματικούς κύκλους» και το κριτήριο του «αναγκαίου της θεραπείας» από τα ολλανδικά ταμεία υγείας προκειμένου για την έγκριση των αιτήσεων παροχής περιθάλψεως στο εξωτερικό, η οποία επιβεβαιώνεται από τη νομολογία του Centrale Raad van Beroep, συνιστά δυσμενή διάκριση βάσει του τόπου εγκαταστάσεως του παρέχοντος τις υπηρεσίες.

58. Η Επιτροπή εκτιμά ότι το πρώτο κριτήριο ευνοεί τους πρακτικούς ιατρούς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούν στις Κάτω Χώρες, διότι στηρίζεται αποκλειστικά στη γνώμη των εθνικών ιατρών. Πρόκειται για ουδέτερο κριτήριο, που επιβάλλεται αδιακρίτως στους ημεδαπούς και αλλοδαπούς φορείς παροχής υπηρεσιών αλλά που, στην πράξη, εφαρμόζεται εις βάρος των φορέων παροχής υπηρεσιών των άλλων κρατών μελών. Το δεύτερο κριτήριο εφαρμόζεται, σύμφωνα με αυτήν, διαφορετικά αναλόγως του εάν ο μη συμβεβλημένος φορέας παροχής ιατρικής περιθάλψεως, στον οποίο ο ασφαλισμένος επιθυμεί να απευθυνθεί, είναι εγκατεστημένος στις Κάτω Χώρες ή στο εξωτερικό διότι, σύμφωνα με αυτήν, η εθνική νομοθεσία απαιτεί ο ασφαλισμένος να εξετάζει, προτού απευθυνθεί σε μη συμβεβλημένο και εγκατεστημένο στο εξωτερικό νοσηλευτικό ίδρυμα, εάν η ίδια περίθαλψη μπορεί να του παρασχεθεί σε μη συμβεβλημένο ίδρυμα στις Κάτω Χώρες.

Εκτιμά, συνεπώς, ότι το δεύτερο κριτήριο περιέχει τυπική δυσμενή διάκριση βάσει του τόπου εγκαταστάσεως.

Κατά την άποψη της Επιτροπής, η προϋπόθεση χορηγήσεως προηγούμενης αδείας συνιστά σώρευση των δύο κριτηρίων, ενώ ο χαρακτήρας της τυπικής δυσμενούς διακρίσεως του δεύτερου έχει καθοριστικό ρόλο. Ως εκ τούτου, προτείνει η προηγούμενη άδεια να θεωρηθεί ως εισάγουσα τυπικώς δυσμενή διάκριση και δυνάμενη να δικαιολογηθεί μόνο βάσει μιας από τις εξαιρέσεις που αφορά το άρθρο 56 της Συνθήκης, δηλαδή βάσει λόγων δημοσίας τάξεως, δημοσίας ασφαλείας και δημοσίας υγείας.

59. Δεν συμφωνώ απολύτως με αυτή την άποψη. Το κριτήριο του «συνηθισμένου στους σχετικούς επαγγελματικούς κύκλους», έννοιας που πρέπει να οριστεί βάσει αντικειμενικών ιατρικών λόγων και χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο τόπος παροχής της περιθάλψεως, χρησιμοποιείται για τον χαρακτηρισμό των υπηρεσιών που καλύπτει το υποχρεωτικό σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας. Παρά το γεγονός ότι κατά τον χρόνο εκδόσεως αυτής της αποφάσεως ελήφθησαν υπόψη μόνον οι γνώμες των ημεδαπών ιατρών δεν μπορεί να αγνοηθεί η επιρροή που ασκούν οι γνώσεις των αλλοδαπών ειδικευμένων ιατρών μέσω της συνεισφοράς τους στην ιατρική επιστήμη στη διάρκεια διεθνών συνεδρίων και στην ειδική βιβλιογραφία.

Επιπλέον, προκειμένου να καθοριστούν οι παροχές που πρέπει να καλύπτονται από την

54 — Απόφαση Bond van Adverteerders, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 32, σκέψη 34.

ασφάλεια ασθενείας, δεν λαμβάνονται υπόψη μόνον οι τεχνικές δυνατότητες στον τομέα της ιατρικής, αλλά επίσης οι οικονομικές δυνατότητες. Έτσι, οι υπηρεσίες που καλύπτονται από το σύστημα, η έκτασή τους και οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ορισμένων παθολογιών διαφέρουν σημαντικά από το ένα κράτος μέλος στο άλλο όπως αποδεικνύουν επαρκώς οι δύο εκκρεμούσες ενώπιον του Arrondissementsrechtbank de Roermond υποθέσεις [55]. Όταν αυτοί οι αρχικώς εθνικού χαρακτήρα οργανισμοί κοινωνικής ασφαλίσεως αποκεντρώνονται, προκαλούνται αποκλίσεις βάσει των δυνατοτήτων των τοπικών οργανισμών σε επίπεδο προϋπολογισμού [56]. Αυτός είναι ο λόγος που μια συγκεκριμένη θεραπεία που δεν καλύπτεται από σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας δεν μπορεί να μετατραπεί σε παροχή καλυπτόμενη από αυτήν βάσει μόνο του γεγονότος ότι ένας ασθενής την ακολούθησε σε μη συμβεβλημένο ίδρυμα, είτε στην ημεδαπή είτε στην αλλοδαπή [57].

60. Το Δικαστήριο αποφάνθηκε ότι το κοινοτικό δίκαιο δεν θίγει την αρμοδιότητα των κρατών μελών να ρυθμίζουν τα συστήματά τους κοινωνικής ασφαλίσεως [58] και ότι ελλείψει εναρμονίσεως σε κοινοτική κλίμακα εναπόκειται στο κράτος μέλος να καθορίσει τις προϋποθέσεις του δικαιώματος ή της υποχρεώσεως υπαγωγής σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως [59] καθώς και τις προϋποθέσεις που απονέμουν το δικαίωμα παροχής υπηρεσιών [60] και εφόσον δεν γίνονται διακρίσεις μεταξύ ημεδαπών και υπηκόων των άλλων κρατών μελών [61].

Εκτιμώ ότι το κριτήριο του «συνηθισμένου στους σχετικούς επαγγελματικούς κύκλους», που τα ταμεία χρησιμοποιούν προκειμένου να χαρακτηρίσουν τις παροχές που καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας, δεν θεσπίζει δυσμενή διάκριση διότι δεν σημαίνει ότι μόνον η περίθαλψη που μπορεί να παρασχεθεί στις Κάτω Χώρες καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση και δεν θίγει ούτε σε μεγαλύτερη κλίμακα ούτε σε όλες τις περιπτώσεις τους φορείς παροχής υπηρεσιών που είναι εγκατεστημένοι σε άλλα κράτη μέλη. Εν πάση περιπτώσει, το κοινοτικό δίκαιο δεν μπορεί, ως έχει, να υποχρεώσει κράτος μέλος να περιλάβει στην κάλυψη υποχρεωτικής

55 — Για να καταστήσουμε σαφείς αυτές τις διαφορές μπορούμε να παραθέσουμε, για παράδειγμα, το γενικό σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως στην Ισπανία το οποίο δεν καλύπτει, για την περίθαλψη στον τομέα της στοματολογίας και της οδοντολογίας, τις οδοντικές συγκλίσεις (εκτός για παιδιά μικρότερα των δεκατεσσάρων ετών), την ενδοδοντία, τις οδοντικές προσθήκες, τα οστικά εμφυτεύματα και την ορθοδοντική, όποιο και αν είναι το κόστος αυτής της περιθάλψεως ή ο τόπος παροχής της.

56 — Στην Ισπανία, για παράδειγμα, φαίνεται ότι η υπηρεσία υγείας της Ανδαλουσίας ήταν ο πρώτος οργανισμός δημοσίας υγείας που περιέλαβε την αλλαγή φύλου στον αριθμό των υπηρεσιών που καλύπτει.

57 — Για να δοθεί ένα παράδειγμα αυτών των διαφορών στην κάλυψη, η Kohll θα μπορούσε να είχε ακολουθήσει την ορθοδοντική θεραπεία σε ιδιωτικό ειδικευμένο ιατρό στην Ισπανία και να ζητήσει την απόδοση των εξόδων στο Λουξεμβούργο, ενώ ένας ασφαλισμένος στο σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως της Ισπανίας δεν θα μπορούσε να τύχει της ίδιας περιθάλψεως πουθενά αλλού εκτός αν αναλάμβανε ο ίδιος το σύνολο του κόστους.

58 — Αποφάσεις Duphar κ.λπ. και Sodemare κ.λπ., παρατεθείσα στην υποσημείωση 30, σκέψεις 16 και 27, αντιστοίχως.

59 — Απόφαση της 24ης Απριλίου 1980, 110/79, Coonan (Συλλογή τόμος 1980, σ. II-1445, σκέψη 12)· της 4ης Οκτωβρίου 1991, C-349/87, Paraschi (Συλλογή 1991, σ. I-4501, σκέψη 15), και Kohll, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 11, σκέψη 17.

60 — Αποφάσεις της 30ής Ιανουαρίου 1997, C-4/95 et C-5/95, Stöber και Piosa Pereira (Συλλογή 1997, σ. I-511, σκέψη 36), και Kohll, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 11, σκέψη 18.

61 — Αποφάσεις Coonan, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 59, σκέψη 12· της 18ής Μαΐου 1989, 368/87, Hartmann Troiani (Συλλογή 1989, σ. 1333, σκέψη 21)· της 21ης Φεβρουαρίου 1991, C-245/88, Daalmeijer (Συλλογή 1991, σ. I-555, σκέψη 15)· της 20ής Οκτωβρίου 1993, C-297/92, Baglieri (Συλλογή 1993, σ. I-5211, σκέψη 13), και της 30ής Ιανουαρίου 1997, C-340/94, De Jaeck (Συλλογή 1997, σ. I-461, σκέψη 36).

ασφαλίσεως ασθενείας όλες τις μορφές περιθάλψεως και θεραπείας που καλύπτουν οι ασφαλίσεις ασθενείας των άλλων κρατών μελών.

Για τους ίδιους λόγους, θεωρώ ότι το γεγονός ότι μία παροχή καλύπτεται από το σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας ενός κράτους μέλους ενώ δεν καλύπτεται σε άλλο στερείται σημασίας για τους σκοπούς του παρόντος προδικαστικού ερωτήματος.

61. Όσον αφορά το κριτήριο του «αναγκαίου της θεραπείας» για τον ασφαλισμένο, το άρθρο 9, παράγραφος 4, του νόμου περί των ταμείων υγείας, σε συνδυασμό με το άρθρο 1 του κανονισμού περί της περιθάλψεως στο εξωτερικό στο πλαίσιο της ασφαλίσεως ασθενείας, δεν ερμηνεύεται, κατά την άποψή μου, όπως το ερμήνευσε η Επιτροπή. Πράγματι, από αυτή την ανάγνωση δεν συνάγεται, κατά την άποψή μου, ότι αυτές οι διατάξεις εφαρμόζονται διαφορετικά αναλόγως του εάν η θεραπεία, που θεωρείται καλυπτόμενη παροχή, πρέπει να ακολουθηθεί σε μη συμβεβλημένο ίδριμα που βρίσκεται στις Κάτω Χώρες ή στο εξωτερικό. Και στη μία και στην άλλη περίπτωση, η μόνη προϋπόθεση στην οποία υπόκειται ο ασφαλισμένος είναι η λήψη προηγουμένης αδείας από το ταμείο υγείας.

Ωστόσο, επιβάλλεται να τονιστεί ότι το ερώτημα του εθνικού δικαστηρίου αφορά διαφορετική περίπτωση, ήτοι εκείνη κατά την οποία ο ασφαλισμένος δεν λαμβάνει την άδεια παροχής περιθάλψεως στο εξωτερικό η οποία θεωρείται καλυπτόμενη, από το ταμείο υγείας παροχή, για τον λόγο ότι υφίσταται στις Κάτω Χώρες πρακτικός ιατρός ή συμβεβλημένο νοσηλευτικό ίδρυμα ικανά να του παράσχουν εγκαίρως την ίδια περίθαλψη. Αυτή η πτυχή του ερωτήματος είναι άνευ αντικειμένου αν το Δικαστήριο κρίνει ότι η ιατρική περίθαλψη που διασφαλίζεται στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας στις Κάτω Χώρες δεν αποτελεί υπηρεσία υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης. Ωστόσο, θα την εξετάσω, για παν ενδεχόμενο, στο πλαίσιο της συλλογιστικής που ανέπτυξα προκειμένου για τους λόγους βάσει των οποίων δικαιολογείται η προϋπόθεση χορηγήσεως προηγουμένης αδείας.

62. Θεωρώ ότι επιβάλλοντας στον ασφαλισμένο την υποχρέωση λήψεως αδείας από το ταμείο υγείας, η ολλανδική ρύθμιση της υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας δεν θεσπίζει δυσμενή διάκριση βάσει ιθαγενείας μεταξύ των αποδεκτών των υπηρεσιών, διότι αυτή η υποχρέωση επιβάλλεται σε όλα τα πρόσωπα που επιθυμούν να μεταβούν σε άλλο κράτος μέλος για να τους παρασχεθεί εκεί περίθαλψη και ότι θεσπίζοντας διαφορετική ρύθμιση αποκλειστικά όσον αφορά τους συμβεβλημένους φορείς παροχής υπηρεσιών σε σχέση με τους μη συμβεβλημένους ανεξαρτήτως του εάν είναι εγκατεστημένοι στις Κάτω Χώρες ή στο εξωτερικό, δεν θεσπίζει επίσης δυσμενή διάκριση μεταξύ των ασφαλισμένων αναλόγως του τόπου παροχής των υπηρεσιών [62].

62 — Αυτή η κατάσταση διαφέρει σαφώς από εκείνη που οδήγησε στην έκδοση της αποφάσεως στην υπόθεση C-353/89, Επιτροπή κατά Κάτω Χωρών, στην οποία το Δικαστήριο έκρινε στις 25 Ιουλίου 1991 (Συλλογή 1991, σ. I-4069), ότι δεν είναι αναγκαίο όλες οι επιχειρήσεις ενός κράτους μέλους να ευνοούνται έναντι των αλλοδαπών επιχειρήσεων και ότι αρκεί το σύστημα να παρέχει πλεονεκτήματα σε ημεδαπό φορέα παροχής υπηρεσιών. Σε εκείνη την υπόθεση, η Επιτροπή καταδίκασε το Βασίλειο των Κάτω Χωρών με την αιτιολογία ότι επέβαλε στους εγκατεστημένους στο έδαφός του εθνικούς ραδιοτηλεοπτικούς οργανισμούς την υποχρέωση να αναθέτουν το σύνολο ή μέρος της υλοποιήσεως του προγράμματός τους σε ολλανδική επιχείρηση.

63. Το εθνικό δικαστήριο φαίνεται να αμφιβάλλει για την απουσία δυσμενούς διακρίσεως, αφού διαπιστώνει ότι συμβάσεις συνάπτονται κατά κύριο λόγο με νοσηλευτικά ιδρύματα στις Κάτω Χώρες.

Στο σημείο 56 των παρατηρήσεών της, η Ολλανδική Κυβέρνηση δήλωσε ότι φορέας παροχής ιατρικών υπηρεσιών που κατέχει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος σε άλλο κράτος μέλος αναγνωρίζεται αυτομάτως στις Κάτω Χώρες και μπορεί να συνάψει σύμβαση με ολλανδικό ταμείο υγείας. Λαμβανομένων υπόψη επίσης των υποχρεώσεων που υπέχουν τα κράτη μέλη βάσει της οδηγίας 93/16[63], δεν φαίνεται να υφίσταται νομικό εμπόδιο λόγω του οποίου τα ταμεία υγείας να μην μπορούν να συνάπτουν τέτοιες συμβάσεις με τους πρακτικούς ιατρούς ή τα νοσηλευτικά ιδρύματα σε άλλα κράτη μέλη. Το γεγονός ότι προσπαθούν να συνάπτουν τέτοιες συμβάσεις με τους παρέχοντες περίθαλψη που συνεπάγεται ελάχιστη μετακίνηση αποτελεί κοινή λογική, δεδομένου ότι τα ταμεία προσπαθούν να απλουστεύσουν τη ζωή των ασθενούντων ασφαλισμένων τους. Η σύναψη συμβάσεων με πρακτικούς ιατρούς και νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούν σε συνοριακές περιοχές του Βελγίου και της Γερμανίας κοντά στις Κάτω Χώρες εντάσσεται στην ίδια λογική και δεν συνεπάγεται για τους ασθενείς πολλά προβλήματα σε επίπεδο γλώσσας.

64. Για να επανέλθουμε στην εξέταση της υποχρεώσεως χορηγήσεως αδείας, που δεν επιβάλλει τυπικά διάφορο σύστημα για τους εγκατεστημένους σε άλλα κράτη μέλη ιατρούς, το Δικαστήριο αποφάνθηκε ότι το άρθρο 59 της Συνθήκης δεν απαιτεί μόνο την κατάργηση κάθε δυσμενούς διακρίσεως έναντι του παρέχοντος υπηρεσίες λόγω της ιθαγένειάς του, αλλά επίσης την κατάργηση κάθε περιορισμού, ακόμα και αν αυτός εφαρμόζεται αδιακρίτως στους ημεδαπούς παρέχοντες υπηρεσίες και σ' αυτούς των άλλων κρατών μελών, οσάκις αυτός μπορεί να διακόψει ή να παρεμποδίσει κατ' άλλον τρόπο τις δραστηριότητες του παρέχοντος υπηρεσίες που είναι εγκατεστημένος σε άλλο κράτος μέλος, όπου νομίμως παρέχει τις ανάλογες υπηρεσίες[64].

65. Υπό το πνεύμα των προεκτεθέντων, το Δικαστήριο έκρινε:

1) ότι η ελεύθερη κυκλοφορία υπηρεσιών, ως θεμελιώδης αρχή της Συνθήκης, δεν μπορεί να περιοριστεί παρά από κανονισμούς που δικαιολογούνται βάσει του γενικού συμφέροντος και έχουν εφαρμογή σε κάθε πρόσωπο ή επιχείρηση που ασκεί δραστηριότητα στην επικράτεια του κράτους μέλους αποδέκτη, κατά το μέτρο που αυτό το συμφέρον διασφαλίζεται με τους κανόνες στους οποίους υπόκειται ο φορέας παροχής των υπηρεσιών στο κράτος μέλος όπου είναι εγκατεστημένος·

63 — Προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 17.

64 — Αποφάσεις της 25ης Ιουλίου 1991, C-76/90, Säger (Συλλογή 1991, σ. I-4221, σκέψη 12), και της 5ης Ιουνίου 1997, C-398/95, SETTG (Συλλογή 1997, σ. I-3091, σκέψη 16).

2) ότι αυτοί οι περιορισμοί πρέπει να είναι αντικειμενικώς αναγκαίοι εν όψει της διασφαλίσεως της υλοποιήσεως του στόχου τους· και

3) ότι δεν μπορούν να βαίνουν πέραν του αναγκαίου για την επίτευξη αυτού του στόχου [65].

66. Το Arrondissementsrechtbank ερωτά αν οι υπέρτεροι λόγοι δημοσίου συμφέροντος που επικαλούνται οι καθών οργανισμοί αρκούν για να δικαιολογήσουν το εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών που συνιστά η υποχρέωση προηγουμένης αδείας.

67. Στη διάρκεια των ετών δημιουργήθηκε πλούσια νομολογία όσον αφορά τους υπέρτερους λόγους. Θα αναφέρω μόνον ορισμένα παραδείγματα χωρίς να ισχυρίζομαι ότι η απαρίθμηση είναι εξαντλητική. Το Δικαστήριο αναγνώρισε, έτσι, ως υπέρτερους λόγους δημοσίου συμφέροντος τη μέριμνα για την προστασία της πνευματικής ιδιοκτησίας [66] και την ανάγκη προστασίας των αποδεκτών των υπηρεσιών, προστασία που μπορεί να δικαιολογήσει το γεγονός ότι ο φορέας παροχής των υπηρεσιών υπόκειται στους επαγγελματικούς κανόνες του κράτους μέλους υποδοχής [67], την κοινωνική προστασία των εργαζομένων [68], την προστασία των καταναλωτών [69], την εντιμότητα των εμπορικών συναλλαγών [70], μία πολιτισμική πολιτική που συνίσταται στη διατήρηση εθνικού συστήματος ραδιοφωνίας και τηλεοράσεως που διασφαλίζει τον πλουραλισμό [71], τη θέληση να διασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία της δικαιοσύνης [72], τη διασφάλιση της ενότητας του φορολογικού συστήματος [73], τη διατήρηση της καλής φήμης του εθνικού τομέα [74], τη διαφύλαξη της ιστορικής και καλλιτεχνικής πολιτιστικής κληρονομιάς [75], την αξιοποίηση του αρχαιολογικού, ιστορικού και καλλιτεχνικού πλούτου και την καλύτερη δυνατή διάδοση των γνώσεων σχετικά με την καλλιτεχνική και πολιτιστική κληρονομιά μιας χώρας [76] καθώς και τη μέριμνα για την αποφυγή κάθε κινδύνου σοβαρής ζημίας για την οικονομική ισορροπία του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως [77].

65 — Αποφάσεις της 4ης Δεκεμβρίου 1986, 205/84, Επιτροπή κατά Γερμανίας (Συλλογή 1986, σ. 3755, σκέψη 27)· της 26ης Φεβρουαρίου 1991, C-180/89, Επιτροπή κατά Ιταλίας (Συλλογή 1991, σ. I-709, σκέψεις 17 και 18), και της 20ής Μαΐου 1992, C-106/91, Ramrath (Συλλογή 1992, σ. I-3351, σκέψεις 29 έως 31).

66 — Απόφαση της 18ης Μαρτίου 1980, 62/79, Coditel (Συλλογή τόμος 1980, σ. 881, σκέψη 18).

67 — Απόφαση Van Wesemael κ.λπ., προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 51, σκέψη 28.

68 — Αποφάσεις Webb, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 29, σκέψη 19· της 3ης Φεβρουαρίου 1982, 62/81 και 63/81, Seco και Desquenne & Giral (Συλλογή 1982, σ. 223, σκέψη 14)· της 27ης Μαρτίου 1990, C-113/89, Rush Portuguesa (Συλλογή 1990, σ. I-1417, σκέψη 18)· της 9ης Αυγούστου 1994, C-43/93, Vander Elst (Συλλογή 1994, σ. I-3803, σκέψη 23), και της 28ης Μαρτίου 1996, C-272/94, Guiot (Συλλογή 1996, σ. I-1905, σκέψη 16).

69 — Αποφάσεις της 4ης Δεκεμβρίου 1986, 220/83, Επιτροπή κατά Γαλλίας (Συλλογή 1986, σ. 3663, σκέψη 20)· 252/83, Επιτροπή κατά Δανίας (Συλλογή 1986, σ. 3713, σκέψη 20)· προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 65, Επιτροπή κατά Γερμανίας, σκέψη 30· 206/84, Επιτροπή κατά Ιρλανδίας (Συλλογή 1986, σ. 3817, σκέψη 20)· της 26ης Φεβρουαρίου 1991, C-198/89, Επιτροπή κατά Ελλάδος (Συλλογή 1991, σ. I-727, σκέψη 21), και της 9ης Ιουλίου 1997, C-222/95, Parodi (Συλλογή 1995, σ. I-3899, σκέψη 32).

70 — Απόφαση της 9ης Ιουλίου 1997, C-34/95 έως C-36/95, De Agostini και TV-Shop (Συλλογή 1997, σ. I-3843, σκέψη 53).

71 — Αποφάσεις της 25ης Ιουλίου 1991, C-288/89, Collectieve Antennevoorziening Gouda (Συλλογή 1991, σ. I-4007, σκέψεις 23 και 25)· Επιτροπή κατά Κάτω Χωρών, παρατεθείσα στην υποσημείωση 62, σκέψη 30, και της 3ης Φεβρουαρίου 1993, C-148/91, Veronica Omroep Organisatie (Συλλογή 1993, σ. I-487, σκέψη 15).

72 — Απόφαση της 12ης Δεκεμβρίου 1996, C-3/95, Reisebüro Broede (Συλλογή 1996, σ. I-6511, σκέψη 36).

73 — Αποφάσεις της 28ης Ιανουαρίου 1992, C-300/90, Επιτροπή κατά Βελγίου (Συλλογή 1992, σ. 305, σκέψη 21· Bachmann, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 14, σκέψη 28, και της 14ης Νοεμβρίου 1995, C-484/93, Svensson και Gustavsson (Συλλογή 1995, σ. I-3955, σκέψη 16).

74 — Απόφαση της 10ης Μαΐου 1995, C-384/93, Alpine Investments (Συλλογή 1995, σ. I-1141, σκέψη 44).

75 — Απόφαση της 26ης Φεβρουαρίου 1991, Επιτροπή κατά Ιταλίας, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 65, σκέψη 20.

76 — Αποφάσεις της 26ης Φεβρουαρίου 1991, C-154/89, Επιτροπή κατά Γαλλίας (Συλλογή 1991, σ. I-659, σκέψη 17), και Επιτροπή κατά Ελλάδος, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 69, σκέψη 21.

77 — Απόφαση Kohll, προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 11, σκέψη 41.

68. Οι υπέρτεροι λόγοι γενικού συμφέροντος που επικαλούνται οι καθών οργανισμοί είναι εν συντομία οι εξής:

— η διατήρηση της δομής και της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος συμβάσεων, που επιτρέπει τον έλεγχο των δαπανών, του όγκου και της ποιότητας της περιθάλψεως·

— η διασφάλιση προσιτής σε όλους ιατρικής περιθάλψεως·

— η διασφάλιση επαρκούς αριθμού ιατρών, εγκαταστάσεων και δωματίων νοσοκομείου στην αναζήτηση μίας ισορροπίας και η αποφυγή των καταλόγων αναμονής (που προϋποθέτουν μειωμένη πρόσβαση στην περίθαλψη) καθώς και κατασπατάληση των οικονομικών πόρων (που είναι πολύ περιορισμένοι στον τομέα της υγείας), στόχοι που επιβάλλουν τη ρύθμιση της προσβάσεως στα νοσοκομεία·

— ο περιορισμός του αριθμού των ασθενών που μεταβαίνουν στο εξωτερικό και η αποφυγή ρεύματος αλλοδαπών ασθενών, που μπορούν να προκαλέσουν στρεβλώσεις στη χρήση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων.

Τα κράτη μέλη που υπέβαλαν παρατηρήσεις σ' αυτή την υπόθεση προσθέτουν σ' αυτούς τους υπέρτερους λόγους γενικού συμφέροντος που δικαιολογούν τη διατήρηση του συστήματος προηγουμένης αδείας την ανάγκη των ταμείων ασφαλίσεως ασθενείας να μπορούν να ελέγχουν τις δαπάνες για την υγεία, τη διατήρηση της εξουσίας κάθε κράτους μέλους να ορίζει τις υγειονομικές προτεραιότητες βάσει των μέσων που διαθέτει και των αναγκών του πληθυσμού του καθώς και την τήρηση της αρχής της ισότητας μεταξύ των ασφαλισμένων χωρίς την οποία οι λιγότερο ευνοηθέντες από την τύχη ασθενείς θα υφίσταντο δυσμενή μεταχείριση, διότι δεν θα μπορούσαν να τυγχάνουν περιθάλψεως στο εξωτερικό με την ίδια ευκολία, λόγω των εξόδων που αυτή συνεπάγεται.

69. Όλοι αυτοί οι λόγοι μπορούν να συνοψιστούν σε τρεις, ήτοι τη διατήρηση της οικονομικής ισορροπίας του υποχρεωτικού συστήματος ασφαλίσεως ασθενείας, τη διασφάλιση ισόρροπης και προσιτής σε όλους τους ασφαλισμένους ιατρικής και νοσοκομειακής περιθάλψεως και τη διατήρηση της δυνατότητας περιθάλψεως και του επιπέδου των παρεχομένων των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών στην ημεδαπή.

70. Το Δικαστήριο εξέτασε ήδη αυτούς τους τρεις λόγους στο πλαίσιο της αποφάσεως Kohll όταν έκρινε ότι ο κίνδυνος σοβαρού πλήγματος στη χρηματοοικονομική ισορροπία του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως δεν αποκλείεται να συνιστά επιτακτικό λόγο γενικού συμφέροντος ικανό να δικαιολογήσει την υποχρέωση των ασφαλισμένων να αποκτούν προηγούμενη άδεια προτού μεταβούν στο εξωτερικό προς περίθαλψη [78]. Όσον αφορά την ανάγκη διασφαλίσεως

78 — Προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 11, σκέψη 41.

ισόρροπης και προσιτής σε όλους παροχής ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών, καθώς και της ικανότητας περιθάλψεως ή του επιπέδου των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών εντός της εθνικής επικράτειας, το Δικαστήριο έκρινε ότι μπορούν επίσης να εμπίπτουν στις εξαιρέσεις για λόγους δημόσιας υγείας σύμφωνα με το άρθρο 56 της Συνθήκης, που επιτρέπει τον περιορισμό της ελεύθερης παροχής ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών [79].

71. Επομένως, δεν αμφισβητείται ότι αυτοί οι τρεις λόγοι αποτελούν βάσιμους λόγους που δικαιολογούν την ύπαρξη εμποδίου στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών όπως η αντιφαντική προϋπόθεση προηγουμένης αδείας όταν, όπως εν προκειμένω, αυτό το εμπόδιο εφαρμόζεται αδιακρίτως στους φορείς παροχής ιατρικών υπηρεσιών στην ημεδαπή και στην αλλοδαπή. Αυτό ισχύει λιγότερο για την αναγκαιότητα αυτής της προϋποθέσεως για τη διασφάλιση της υλοποιήσεως των στόχων που επιδιώκει καθώς και για το συμβατό της με την αρχή της αναλογικότητας.

72. Θα προσπαθήσω να διαλύσω αυτές τις αμφιβολίες. Στα συστήματα όπως το υπό ανάλυση, τα οποία διασφαλίζουν παροχές σε είδος στους ασφαλισμένους, τα ταμεία υγείας διαχειρίζονται τον προϋπολογισμό τους με τη σύναψη συμβάσεων με τους πρακτικούς ιατρούς και τα νοσοκομειακά ιδρύματα. Σε αυτές τις συμβάσεις, τα μέρη αποφασίζουν για τις παροχές που καλύπτονται και ορίζουν τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών καθώς και την οικονομική συνεισφορά που δεσμεύονται να πραγματοποιήσουν τα ταμεία. Αυτό το σύστημα επιτρέπει την εκ των προτέρων διασφάλιση εκ των προτέρων της χρηματοδοτήσεως όλων των ειδών ιατρικής περιθάλψεως που χρειάζονται οι ασφαλισμένοι κατά τη διάρκεια του έτους, καθώς και των γνωματεύσεων των ιατρών που δεν υπάγονται στο σύστημα υγείας και της περιθάλψεως σε νοσοκομειακό ίδρυμα, κατά τρόπον ώστε τα ταμεία δεν χρειάζεται, καταρχήν, να αντιμετωπίζουν συμπληρωματικές δαπάνες.

Υπ' αυτές τις συνθήκες, η απαίτηση προηγουμένης αδείας συνιστά, κατά την άποψή μου, όχι μόνο μέσο αναγκαίο και ανάλογο προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος διατηρήσεως της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος, αλλά επίσης το μόνο μέσο που διαθέτουν τα ταμεία υγείας για να ελέγχουν τις εισφορές που πρέπει να κάνουν στους πρακτικούς ιατρούς ή στα νοσηλευτικά ιδρύματα που δεν είναι συμβεβλημένα για την περίθαλψη για την οποία έχουν ήδη καταβάλει τίμημα στους συμβεβλημένους φορείς παροχής υπηρεσιών, διότι αυτές οι εισφορές συνεπάγονται πρόσθετο οικονομικό βάρος. Μου φαίνεται προφανές ότι, στο πλαίσιο συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως που ορίζει εκ των προτέρων όχι μόνο τα μέσα διασφαλίσεως της ιατρικής περιθάλψεως, αλλά επίσης τους πρακτικούς ιατρούς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα που θα την παράσχουν, τα ταμεία υγείας μπορούν να βασίζονται στο γεγονός ότι, εκτός από σπάνιες εξαιρέσεις, η περίθαλψη που χρειάζονται οι ασφαλισμένοι θα τους παράσχεται ακριβώς από τους πρακτικούς ιατρούς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα, ανεξαρτήτως του εάν ασκούν τις δραστηριότητες τους στην ημεδαπή ή στην αλλοδαπή.

79 — Όπ.π., σκέψεις 50 και 51.

73. Θα ήθελα να προσθέσω ότι, στο πλαίσιο συστήματος παροχών σε είδος όπως το ολλανδικό σύστημα, δεν υφίσταται λόγος για τη διάκριση που κάνει ο γενικός εισαγγελέας Tesauro στο σημείο 59 των προτάσεων που ανέπτυξε στις υποθέσεις Decker [80] και Kohll [81] μεταξύ των παροχών ιατρικών υπηρεσιών που πραγματοποιούνται από τους πρακτικούς ιατρούς που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα και εκείνων που ενεργούν στο πλαίσιο νοσοκομειακής περιθάλψεως. Φρονώ ότι το ταμείο πρέπει να αναλαμβάνει το πρόσθετο οικονομικό κόστος οσάκις ο ασφαλισμένος προσφεύγει σε ιατρική περίθαλψη που δεν καλύπτεται από άλλη σύμβαση. Αυτός είναι ο λογος για τον οποίο θεωρώ ότι η απαίτηση προηγουμένης αδείας είναι δικαιολογημένη.

74. Πιστεύω ότι εκτός από το γεγονός ότι συνδέονται άρρηκτα με τον τρόπο χρηματοδοτήσεως του συστήματος, ο στόχος της διασφαλίσεως ισόρροπης και προσιτής σε όλους παροχής ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών και ο στόχος της διατηρήσεως της δυνατότητας περιθάλψεως και του επιπέδου των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών επί εθνικού εδάφους μπορούν να καλυφθούν από λόγους δημόσιας υγείας οι οποίοι, σύμφωνα με το άρθρο 56 της Συνθήκης, μπορούν να δικαιολογήσουν περιορισμό στην ελεύθερη παροχή των υπηρεσιών, όπως έχει ήδη κρίνει το Δικαστήριο στις σκέψεις 50 και 51 της αποφάσεως Kohll [82]. Αντιθέτως με ό,τι συνέβη στο πλαίσιο εκείνης της υποθέσεως, ωστόσο, εν προκειμένω αποδείχθηκε ότι λόγω της δομής του συστήματος υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας στις Κάτω Χώρες, που βασίζεται σε προηγούμενη και συνολική συμφωνία με τους ασθενείς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα όσον αφορά τα τεχνικά μέσα, τις δυνατότητες υποδοχής των νοσοκομείων και τους ανθρώπινους πόρους, η προϋπόθεση προηγουμένης αδείας δικαιολογείται εφόσον πρέπει να επιτρέψει στα ταμεία υγείας να πληροφορούνται σχετικά με τις συμπληρωματικές ανάγκες που μπορούν να εμφανιστούν στον τομέα της νοσηλείας κατά τρόπον ώστε αυτά να μπορούν να διορθώσουν τις ανισότητες που έχουν εντοπίσει.

75. Από τα προαναφερθέντα πρέπει να συναχθεί το συμπέρασμα ότι ένα ταμείο υγείας μπορεί νομίμως να αρνηθεί να χορηγήσει σε ασφαλισμένο άδεια μεταβάσεως στην αλλοδαπή για την παροχή ιατρικής περιθάλψεως σε μη συμβεβλημένο πρακτικό ιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα όταν συμβεβλημένος πρακτικός ιατρός ή συμβεβλημένο νοσοκομειακό ίδρυμα που λειτουργεί στην ημεδαπή μπορούν να του παράσχουν την αναγκαία περίθαλψη.

*Δ — Επί της εφαρμογής του άρθρου 22 του κανονισμού 1408/71*

76. Παρά το γεγονός ότι το αιτούν δικαστήριο δεν υποβάλλει στο Δικαστήριο ερώτημα σχετικά με το άρθρο 22, παράγραφος 1, υπό γ', i, και παράγραφος 2, δεύτερο εδάφιο, του κανονισμού 1408/71, επιβάλλεται να εξεταστεί συνοπτικά η ερμηνεία της. Θυμίζουμε ότι αυτή η διάταξη αναγνωρίζει στον ασφαλισμένο σε ταμείο υγείας ενός κράτους μέλους εργαζόμενο που έχει λάβει από το αρμόδιο όργανο άδεια μεταβάσεως σε άλλο κράτος μέλος για την παροχή της αναγκαίας για την κατάσταση της υγείας του

80 — Προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 10.

81 — Προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 11.

82 — Όπ.π.

περιθάλψεως, το δικαίωμα λήψεως των εν λόγω παροχών για λογαριασμό του αρμοδίου οργανισμού, από τον οργανισμό του τόπου διαμονής, σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας που εφαρμόζει, σαν να ήταν ασφαλισμένος βάσει αυτής της νομοθεσίας. Η άδεια μεταβάσεως σε άλλο κράτος μέλος πρέπει να χορηγείται όταν η ιατρική περίθαλψη εντάσσεται μεταξύ των παροχών που προβλέπει η νομοθεσία του κράτους μέλους κατοικίας του ασφαλισμένου και στην περίπτωση που αυτή η περίθαλψη δεν μπορεί, λαμβανομένης υπόψη της τωρινής καταστάσεως της υγείας του και της πιθανής εξελίξεως της νόσου, να του παρασχεθεί σε εύλογο χρόνο στο κράτος μέλος κατοικίας του.

77. Αυτή η διάταξη θέτει τους κανόνες που εφαρμόζονται στην προκειμένη περίπτωση όπου ο ασφαλισμένος μεταβαίνει σε άλλο κράτος μέλος για να τύχει ιατρικής περιθάλψεως σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν σε εκείνο το κράτος, τα έξοδα των οποίων αναλαμβάνει ο αρμόδιος οργανισμός. Αυτή η περίπτωση διαφέρει σαφώς από την περίπτωση επί της οποίας αποφάνθηκε το Δικαστήριο στο πλαίσιο της υποθέσεως Kohll, όπου ο δικαιούχος είχε τύχει περιθάλψεως σε άλλο κράτος μέλος αλλά ο αρμόδιος οργανισμός είχε αποδώσει μόνον τα έξοδα που προβλέπονταν από τις ισχύουσες ρυθμίσεις στο κράτος ασφαλίσεως.

78. Οι προϋποθέσεις στις οποίες τα ολλανδικά ταμεία υγείας υπάγουν τη χορήγηση της άδειας παροχής περιθάλψεως από μη συμβεβλημένο πρακτικό ιατρό ή νοσοκομειακό ίδρυμα ήτοι η θεραπεία να θεωρείται παροχή καλυπτόμενη από την υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας και ο ασθενής να μην μπορεί, στο πλαίσιο της συμβάσεως, να λάβει την αναγκαία για την κατάσταση της υγείας του περίθαλψη εντός εύλογης προθεσμίας, συμπίπτουν με τις προϋποθέσεις στις οποίες το άρθρο 22 του κανονισμού 1408/71 υποβάλλει τη χορήγηση της άδειας παροχής περιθάλψεως στο εξωτερικό. Παρατηρώ επίσης ότι, στην πρόταση που παρουσίασε η Επιτροπή στο Συμβούλιο προκειμένου να απολοποιήσει τον κανονισμό 1408/71 [83], το άρθρο 22 έγινε το άρθρο 18 και η αρνητική διατύπωση που απαντά εφεξής «η άδεια δεν δύναται να μη χορηγηθεί» αντικαθίσταται από την καταφατική διατύπωση «η άδεια πρέπει να χορηγείται». Αντιθέτως, οι υφιστάμενες προϋποθέσεις διατηρούνται, δηλαδή πρέπει να πρόκειται για παροχή καλυπτόμενη από την ασφάλεια ασθενείας και η θεραπεία να είναι επείγουσα [84].

79. Κατά την άποψή μου πρόκειται για κανόνα που παραμένει εν ισχύ και πρέπει να εφαρμόζεται [85] παράλληλα με τη νομολογία

83 — Πρόταση κανονισμού (ΕΟΚ) του Συμβουλίου σχετικά με τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφαλίσεως COM/98/0779 τελικό (ΕΕ C 38, σ. 10).

84 — Το κείμενο που προτείνει η Επιτροπή είναι το εξής: «Το πρόσωπο για το οποίο ο αρμόδιος οργανισμός έχει χορηγήσει άδεια μεταβάσεως σε άλλο κράτος μέλος για την αναγκαία για την κατάστασή του περίθαλψη απολαύει των παροχών σε είδος για λογαριασμό του αρμοδίου οργανισμού, από τον οργανισμό του τόπου διαμονής, σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας που εφαρμόζει, σαν να ήταν ασφαλισμένος βάσει αυτής της νομοθεσίας. Η έγκριση πρέπει να παρέχεται όταν η περίθαλψη για την οποία πρόκειται εντάσσεται μεταξύ των προβλεπομένων από τη νομοθεσία του αρμοδίου κράτους μέλους παροχών ή από εκείνη του κράτους μέλους κατοικίας του ενδιαφερομένου και στην περίπτωση που η περίθαλψη αυτή δεν μπορεί, λαμβανομένης υπόψη της τωρινής καταστάσεως της υγείας του και της πιθανής εξελίξεως της νόσου, να του παρασχεθούν σε εύλογο χρόνο».

85 — Βλ., υπό αυτή την έννοια, Cornelissen, R.,: «The principle of territoriality and the Community regulations on social security (Regulations 1408/71 and 574/72)», *Common Market Law Review*, 1996, 33, σ. 439 έως 471, ιδίως σ. 465 και 466.

του Δικαστηρίου στις αποφάσεις Decker [86] και Kohll [87] για ένα σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως όπως το λουξεμβουργιανό και ότι, λαμβανομένης υπόψη της διαφορετικότητας που τα χαρακτηρίζει, δεν μπορεί να μεταφερθεί σε όλα τα συστήματα των άλλων κρατών μελών.

Θα ήθελα να προσθέσω, συναφώς, ότι μου φαίνεται ανεπίτρεπτο οι αρμόδιοι οργανισμοί των κρατών μελών να εφαρμόζουν αυτόν τον κανόνα κατά τρόπο τόσο περιοριστικό και να χορηγούν τόσο λίγες άδειες κατ'έτος ενώ, υπό τον έλεγχό τους, θα μπορούσε να πρόκειται για ανεκτίμητο εργαλείο για τη μείωση των μακροσκελών πινάκων αναμονής που αντιμετωπίζουν ασθενείς σε ορισμένα κράτη μέλη. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι ασθενείς θα μπορούσαν να τυγχάνουν ιατρικής περιθάλψεως σε άλλο κράτος μέλος βασιζόμενοι στο άρθρο 22 του κανονισμού 1408/71 ή επικαλούμενοι απευθείας τη νομολογία Decker και Kohll χωρίς να πρέπει να αναλάβουν τον κίνδυνο αντιμετωπίσεως αρνήσεως της αποδόσεως των εξόδων που κατέβαλαν για την περίθαλψη κατά την επιστροφή στο κράτος κατοικίας τους [88].

80. Το φαινόμενο που καλείται «κλινικο-κοινωνικός τουρισμός», κατά το οποίο οι ασθενείς, κατά γενικό κανόνα εύποροι, αναζητούν καλύτερη ιατρική περίθαλψη στο εξωτερικό, υπήρχε πάντοτε, και πριν τη δημιουργία της Ευρωπαϊκής Ενώσεως. Το 1911, ο Γερμανός συγγραφέας Thomas Mann, συνοδευόμενος από τη σύζυγό του, που ασθενούσε, εγκαταστάθηκε σε ένα σανατόριο στο Νταβός της Ελβετίας. Κατόπιν συναναστροφής με τους ασθενείς που κατέφθαναν απ' όλες τις χώρες για να φροντίσουν την υγεία τους σ' αυτό το ίδρυμα που βρισκόταν στην ορεινή και άγρια φύση έγραψε το έργο του *Der Zauberberg* (Το μαγικό βουνό) το 1924. Εκεί περιγράφει τις μετακινήσεις των αλλοδαπών ασθενών προς αναζήτηση καταλληλότερης ιατρικής περιθάλψεως [89]. Αυτός ο «κλινικο-κοινωνικός τουρισμός» είναι ένας επιπλέον λόγος για τον οποίο οι αρμόδιοι οργανισμοί διστάζουν κάπως να χορηγήσουν στους ασφαλισμένους τους άδεια μεταβάσεως σε άλλο κράτος μέλος για την παροχή ιατρικής περιθάλψεως, προκειμένου να διασφαλιστεί η τήρηση της αρχής της ισότητας στο πλαίσιο της προσβάσεως στην ιατρική περίθαλψη της καλύτερης δυνατής ποιότητας για όλους τους ασφαλισμένους χωρίς να διακυβεύεται η οικονομική ισορροπία των συστημάτων [90].

86 — Προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 10.

87 — Προπαρατεθείσα στην υποσημείωση 11.

88 — Van der Mei, A. P., όπ.π., σ. 286 και 287, βεβαιώνει συναφώς: «In all other cases authorisation may be refused. The Regulation thus leaves it largely to the Member States to decide whether or not authorisation is given and in practice, authorisation is indeed usually refused. National laws and regulations limit the number of circumstances in which the health (insurance) institutions may grant authorisation, and within these limits the relevant institutions appear to follow rather strict authorisation policies».

89 — «Il y avait là des habitués du solarium, de nationalités différentes... des jeunes gens de dix-sept ans portant monocle; un jeune Hollandais à lunettes avec un visage rose et une passion de monomane pour l'échange des timbres-poste; plusieurs Grecs, pommadés...,le méxicain bossu, à qui son ignorance des langues ici représentées prêtait l'expression d'un sourd [...]» Mann, T.: «Der Zauberberg» («Το μαγικό βουνό»), μετάφραση από τα γαλλικά: Maurice Betz, Arthème Fayard και Cie, 1931, σ. 347.

90 — Σύμφωνα με τον Grand, J., «La asistencia sanitaria y la construcción del mercado único: perspectiva y problemática», *Mercado único europeo y seguridad social*, Μαδρίτη, 1993, σ. 332 και 333, ο κοινωνικός τουρισμός μπορεί να οδηγήσει τα κράτη μέλη που χάνουν ασθενείς υπέρ άλλων συστημάτων υγείας να βελτιώσουν τις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχουν. Ωστόσο, υπογραμμίζεται ότι η δυνατότητα κάτι τέτοιο να συμβεί στην πράξη εξαρτάται από το σύστημα αμοιβής των ιατρικών υπηρεσιών: εάν στηρίζεται σε τιμολόγια που συνδέονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, θα παρακινήσει τους ιατρούς να παρέχουν περίθαλψη σε όσο το δυνατόν περισσότερους ασθενείς· αν η αμοιβή εξαρτάται από τον αριθμό των προσώπων που περιέχονται σ' αυτούς τους καταλόγους, θα υφίσταται ο πειρασμός διατηρήσεως των ασθενών που είναι σχετικώς υγιείς στους πίνακες και αποστολής των ασθενών που χρήζουν πολυδάπανης θεραπείας προς τα κοινωνικά συστήματα άλλων χωρών· τέλος, αν η αμοιβή των συμμετεχόντων στο σύστημα γίνεται υπό μορφή μισθού, θα οδηγήσει τους τελευταίους να προσπαθήσουν να παρέχουν περίθαλψη στον μικρότερο δυνατό αριθμό ασθενών. Σύμφωνα με αυτόν, οι δύο τελευταίες καταστάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε κοινωνικό τουρισμό που ξεκινά από τα πρόσωπα που παρέχουν τις υπηρεσίες, διότι θα προσπαθούν να πείσουν τους ασθενείς τους να αναζητήσουν περίθαλψη σε άλλους τόπους, περιλαμβανομένων των άλλων κρατών μελών.

## IX — Πρόταση

81. Εν όψει των προεκτεθέντων, προτείνω το Δικαστήριο να δώσει την εξής απάντηση στα προδικαστικά ερωτήματα που του υπέβαλε το Arrondissementsrechtbank te Roermond των Κάτω Χωρών:

«1) Η παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε είδος που διασφαλίζει στους ασφαλισμένους του ένα υποχρεωτικό σύστημα ασφαλίσεως υγείας όπως το ολλανδικό δεν περιέχει το στοιχείο αμοιβής για τις υπηρεσίες υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης ΕΚ (νυν άρθρου 50 ΕΚ). Εφόσον αυτές οι παροχές δεν αποτελούν υπηρεσίες υπό την έννοια της Συνθήκης, τα άρθρα 59 (νυν, κατόπιν τροποποιήσεως, άρθρο 49 ΕΚ) και 60 της Συνθήκης δεν απαγορεύουν στα ταμεία υγείας να υποχρεώνουν τους ασθενείς τους να τους ζητούν τη λήψη προηγουμένης αδείας εάν επιθυμούν να τύχουν περιθάλψεως από μη συμβεβλημένο με τα ταμεία πρακτικό ιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα.

2) Αν, αντιθέτως, το Δικαστήριο δεχθεί ότι αυτές οι παροχές αποτελούν υπηρεσίες υπό την έννοια του άρθρου 60 της Συνθήκης, αυτή η προϋπόθεση λήψεως προηγουμένης αδείας συνιστά, στην πράξη, εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών, αλλά πρέπει να θεωρηθεί ως μέσο αναγκαίο και ανάλογο για τη διατήρηση της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος προκειμένου να διασφαλιστεί ισόρροπη και προσιτή σε όλους παροχή ιατρικής και νοσοκομειακής περιθάλψεως και η ικανότητα περιθάλψεως και του βασικού επιπέδου των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών εντός του εν λόγω κράτους μέλους.»