ARRÊT DE LA COURT

13 mai 2003 *

Dans l'affaire C-385/99,

ayant pour objet une demande adressée à la Cour, en application de l'article 234 CE, par le Centrale Raad van Beroep (Pays-Bas) et tendant à obtenir, dans les litiges pendants devant cette juridiction entre

V. G. Müller-Fauré

et

Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA,

et entre

E. E. M. van Riet

et

Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen,

* Langue de procédure: le néerlandais.

une décision à titre préjudiciel sur l'interprétation des articles 59 du traité CE (devenu, après modification, article 49 CE) et 60 du traité CE (devenu article 50 CE),

LA COUR,

composée de M. G. C. Rodríguez Iglesias, président, MM. M. Wathelet (rapporteur), R. Schintgen et C. W. A. Timmermans, présidents de chambre, MM. D. A. O. Edward, A. La Pergola, P. Jann, M^mes^ F. Macken et N. Colneric, MM. S. von Bahr et J. N. Cunha Rodrigues, juges,

avocat général: M. D. Ruiz-Jarabo Colomer,
greffier: M. H. A. Rühl, administrateur principal,

considérant les observations écrites présentées:

— pour M^me^ Müller-Fauré, par M^e^ J. Blom, advocaat,

— pour la Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, par M^e^ J. K. de Pree, advocaat,

— pour le gouvernement néerlandais, par M. M. A. Fierstra, en qualité d'agent,

— pour le gouvernement belge, par M. P. Rietjens, en qualité d'agent,

— pour le gouvernement danois, par M. J. Molde, en qualité d'agent,

— pour le gouvernement allemand, par M. W.-D. Plessing et M^me^ B. Muttelsee-Schön, en qualité d'agents,

— pour le gouvernement espagnol, par M^me^ N. Díaz Abad, en qualité d'agent,

— pour le gouvernement irlandais, par M. M. A. Buckley, en qualité d'agent, assisté de M^me^ N. Hyland, BL,

— pour le gouvernement italien, par M. U. Leanza, en qualité d'agent, assisté de M. I. M. Braguglia, avvocato dello Stato,

— pour le gouvernement suédois, par M. A. Kruse, en qualité d'agent,

— pour le gouvernement du Royaume-Uni, par M^me^ R. Magrill, en qualité d'agent, assistée de M^me^ S. Moore, barrister,

— pour le gouvernement islandais, par MM. E. Gunnarsson et H. S. Kristjánsson, ainsi que par M^me^ V. Hauksdóttir, en qualité d'agents,

— pour le gouvernement norvégien, par M. H. Seland, en qualité d'agent,

— pour la Commission des Communautés européennes, par MM. P. Hillenkamp et H. M. H. Speyart, en qualité d'agents,

considérant les observations écrites complémentaires présentées à la demande de la Cour,

— pour M^me^ Van Riet, par M. A. A. J. van Riet,

— pour la Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, par M^e^ J. K. de Pree,

— pour la Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, par M. H. H. B. Limberger, en qualité d'agent,

— pour le gouvernement néerlandais, par M^me^ H. G. Sevenster, en qualité d'agent,

— pour le gouvernement espagnol, par M^me^ N. Díaz Abad,

— pour le gouvernement irlandais, par M. D. J. O'Hagan, en qualité d'agent,

— pour le gouvernement suédois, par M. A. Kruse,

— pour le gouvernement du Royaume-Uni, par M. D. Wyatt, en qualité d'agent, assisté de M^me^ S. Moore,

— pour le gouvernement norvégien, par M. H. Seland,

— pour la Commission, par M. H. M. H. Speyart,

vu le rapport d'audience,

ayant entendu les observations orales de la Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, représentée par M^e^ J. K. de Pree, de la Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, représentée par M. R. Out, en qualité d'agent, du gouvernement néerlandais, représenté par M^me^ H. G. Sevenster, du gouvernement danois, représenté par M. J. Molde, du gouvernement espagnol, représenté par M^me^ N. Díaz Abad, du gouvernement irlandais, représenté par M. A. Collins, BL, du gouvernement finlandais, représenté par M^me^ T. Pynnä, en qualité d'agent, du gouvernement du Royaume-Uni, représenté par M. D. Lloyd-Jones, QC, et de la Commission, représentée par M^me^ H. Michard, en qualité d'agent, et M. H. M. H. Speyart, à l'audience du 10 septembre 2002,

ayant entendu l'avocat général en ses conclusions à l'audience du 22 octobre 2002,

rend le présent

Arrêt

1 Par ordonnance du 6 octobre 1999, parvenue à la Cour le 11 octobre suivant, le Centrale Raad van Beroep a posé, en application de l'article 234 CE, trois questions préjudicielles sur l'interprétation des articles 59 du traité CE (devenu, après modification, article 49 CE) et 60 du traité CE (devenu article 50 CE).

2 Ces questions ont été soulevées dans le cadre de deux litiges opposant, d'une part, M^me^ Müller-Fauré à la Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA (caisse mutuelle d'assurance maladie, ci-après la «caisse de Zwijndrecht»), établie à Zwijndrecht (Pays-Bas), et, d'autre part, M^me^ Van Riet à la Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (ci-après la «caisse d'Amsterdam»), établie à Amsterdam (Pays-Bas), au sujet du remboursement de frais médicaux exposés respectivement en Allemagne et en Belgique.

Le cadre juridique national

3 Aux Pays-Bas, le régime de l'assurance maladie repose notamment sur la Ziekenfondswet (loi sur les caisses de maladie), du 15 octobre 1964 (*Staatsblad* 1964, n° 392), qui a été modifiée ultérieurement (ci-après la «ZFW»), et sur l'Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (loi concernant l'assurance générale des frais de maladie spéciaux), du 14 décembre 1967 (*Staatsblad* 1967, n° 617), qui a également été modifiée ultérieurement (ci-après l'«AWBZ»). Tant la ZFW que

l'AWBZ instaurent un régime de prestations en nature en vertu duquel les assurés ont droit non au remboursement des frais exposés pour des soins médicaux, mais aux soins eux-mêmes, dispensés gratuitement. Ces deux législations reposent sur un système de conventionnement entre les caisses de maladie et les prestataires de soins de santé.

4 Il résulte des articles 2 à 4 de la ZFW que sont assurés obligatoirement et de plein droit, au titre de cette loi, les travailleurs dont le revenu annuel ne dépasse pas un plafond fixé par celle-ci, les personnes qui sont assimilées à ces derniers et les allocataires sociaux, ainsi que les membres de leur famille qui sont à leur charge et qui appartiennent à leur ménage.

5 En vertu de l'article 5, paragraphe 1, de la ZFW, toute personne relevant de son champ d'application qui veut faire valoir un droit au titre de cette législation doit être affiliée à une caisse de maladie active dans sa commune de résidence.

6 L'article 8 de la ZFW prévoit:

«1. Les assurés ont droit à des prestations consistant à leur assurer les soins médicaux nécessaires, dans la mesure où, concernant ces soins, il n'existe aucun droit au titre de l'Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [...]. Les caisses de maladie veillent à ce que les assurés inscrits auprès d'elles puissent faire valoir ce droit.

2. La nature, le contenu et l'étendue des prestations sont définis par ou en vertu d'un arrêté royal, étant entendu qu'elles comprennent en tout cas l'assistance

médicale, dont la portée reste à définir, ainsi que les soins et le traitement assurés dans des catégories d'institutions à définir. En outre, l'octroi d'une prestation peut être subordonné à une contribution financière de l'assuré; cette contribution ne doit pas être identique pour tous les assurés.

[...]»

7 Le Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering (arrêté relatif aux prestations en nature au titre de l'assurance maladie), du 4 janvier 1966 (*Staatsblad* 1966, n° 3), qui a été modifié ultérieurement (ci-après le «Verstrekkingenbesluit»), met en œuvre l'article 8, paragraphe 2, de la ZFW.

8 Le Verstrekkingenbesluit détermine ainsi les droits à prestations et l'étendue de celles-ci pour diverses catégories de soins, parmi lesquelles figurent notamment les catégories intitulées «assistance médicale et chirurgicale» et «hospitalisation et séjour dans les établissements hospitaliers».

9 Le système de conventionnement instauré par la ZFW présente les traits principaux suivants.

10 L'article 44, paragraphe 1, de la ZFW prévoit que les caisses de maladie «concluent des conventions avec des personnes et des institutions qui peuvent dispenser une ou plusieurs formes de soins, tels que visés dans l'arrêté royal adopté en exécution de l'article 8».

11 Selon l'article 44, paragraphe 3, de la ZFW, de telles conventions doivent comporter au moins des dispositions concernant la nature et l'étendue des

obligations et des droits que les parties ont l'une à l'égard de l'autre, les types de soins à dispenser, la qualité et l'efficacité des soins dispensés, le contrôle du respect de la convention, dont celui des prestations à fournir ou fournies et de l'exactitude des montants portés en compte pour ces prestations, ainsi qu'une obligation de communiquer les données nécessaires à ce contrôle.

12 Les caisses de maladie sont libres de conclure des conventions avec n'importe quel prestataire de soins, sous une double réserve. D'une part, il résulte de l'article 47 de la ZFW que toute caisse de maladie «est tenue de conclure une convention [...] avec tout établissement situé dans la région où elle déploie ses activités ou auquel recourt régulièrement la population de cette région». D'autre part, des conventions ne peuvent être conclues qu'avec des établissements dûment autorisés à dispenser les soins concernés ou avec des personnes qui y sont légalement habilitées.

13 Selon l'article 8 a de la ZFW:

«1. Un établissement fournissant des prestations telles que visées à l'article 8 doit disposer d'une autorisation à cette fin.

2. Un arrêté royal peut prévoir qu'un établissement appartenant à une catégorie à définir par un arrêté royal est considéré comme autorisé aux fins de cette loi. [...]»

14 Il résulte de l'article 8 c, sous a), de la ZFW que l'agrément d'un établissement gérant des installations hospitalières doit être refusé si cet établissement ne satisfait pas aux prescriptions de la Wet ziekenhuisvoorzieningen (loi sur les

équipements hospitaliers) en matière de répartition et de besoins. Cette loi, ses directives d'application (notamment la directive fondée sur l'article 3 de ladite loi, *Nederlandse Staatscourant* 1987, n° 248) ainsi que des plans provinciaux déterminent de manière plus détaillée les besoins nationaux en ce qui concerne diverses catégories d'établissements hospitaliers de même que leur répartition entre les différentes régions définies au sein du territoire néerlandais en matière de santé.

15 S'agissant de l'exercice concret du droit à prestation, l'article 9 de la ZFW prévoit:

«1. L'assuré qui veut faire valoir son droit à prestation s'adresse à cette fin, sauf dans les cas énumérés par l'arrêté royal visé à l'article 8, paragraphe 2, à une personne ou à un établissement avec laquelle ou avec lequel la caisse de maladie à laquelle il est affilié a conclu une convention dans ce but, cela sous réserve des dispositions du paragraphe 4.

2. L'assuré peut choisir librement parmi les personnes et les établissements visés au paragraphe 1, sous réserve des dispositions du paragraphe 5 et de celles relatives au transport par ambulance, au sens de la Wet ambulancevervoer ([loi sur le transport par ambulance], *Staatsblad* 1971, n° 369).

3. [abrogé]

4. Une caisse de maladie peut, par dérogation aux dispositions des paragraphes 1 et 2, autoriser un assuré à s'adresser, pour faire valoir son droit à prestation, à une autre personne ou à un autre établissement aux Pays-Bas, si

le traitement médical l'exige. Notre ministre peut déterminer dans quels cas et à quelles conditions un assuré peut être autorisé à s'adresser, pour faire valoir son droit à prestation, à une personne ou à un établissement en dehors des Pays-Bas.

[...]»

16 Le ministre a utilisé la compétence qui lui était conférée par l'article 9, paragraphe 4, dernière phrase, de la ZFW en adoptant la Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering (règlement sur les soins à l'étranger dans le cadre de l'assurance maladie), du 30 juin 1988 (*Nederlandse Staatscourant* 1988, n° 123, ci-après la «Rhbz»). L'article 1er de la Rhbz prévoit:

«Par cas où une caisse de maladie peut autoriser un assuré à s'adresser, pour faire valoir son droit à prestation, à une personne ou à un établissement en dehors des Pays-Bas, il faut entendre les cas où la caisse de maladie a constaté que le traitement médical l'exigeait.»

17 Dans l'hypothèse où l'assuré obtient l'autorisation de s'adresser à un prestataire établi à l'étranger, le coût des soins est intégralement pris en charge par la caisse de maladie à laquelle cet assuré est affilié.

18 Le Centrale Raad van Beroep expose que, selon sa jurisprudence constante, les demandes d'autorisation de subir des traitements médicaux à l'étranger en vue de leur prise en charge au titre de la ZFW doivent être soumises à la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré et celle-ci doit avoir donné son accord

préalablement à la délivrance des soins, sauf circonstances particulières, telles que l'urgence, sous peine de ne pouvoir obtenir le remboursement du coût de ceux-ci.

19 En outre, s'agissant de la condition prévue aux articles 9, paragraphe 4, de la ZFW et 1er de la Rhbz, selon laquelle le traitement à l'étranger de l'assuré doit être médicalement nécessaire, il ressort du dossier que la caisse tient compte, en pratique, des méthodes de traitement disponibles aux Pays-Bas et vérifie s'il est possible de dispenser en temps opportun un traitement adéquat sur le territoire de cet État membre.

Les litiges au principal

L'affaire Müller-Fauré

20 Mme Müller-Fauré a suivi en Allemagne, alors qu'elle y passait des vacances, un traitement dentaire consistant en la pose de six couronnes et d'une prothèse fixe sur la mâchoire supérieure. Les soins ont été donnés du 20 octobre au 18 novembre 1994, en dehors de toute infrastructure hospitalière.

21 À son retour de vacances, elle a demandé à la caisse de Zwijndrecht le remboursement du traitement pour un montant global de 7 444,59 DEM. Par lettre du 12 mai 1995, ladite caisse a rejeté cette demande sur avis de son dentiste-conseil.

22 Mme Müller-Fauré a sollicité l'avis du Ziekenfondsraad, chargé de surveiller la gestion et l'administration des caisses de maladie, qui, le 16 février 1996, a

confirmé la décision de la caisse de Zwijndrecht, au motif que les assurés ne peuvent prétendre qu'aux soins eux-mêmes et non au remboursement des frais liés à ceux-ci, sauf situation exceptionnelle faisant défaut en l'espèce.

23 M^me^ Müller-Fauré a alors introduit un recours devant l'Arrondissementsrechtbank te Rotterdam (Pays-Bas). Par jugement du 21 août 1997, celui-ci a confirmé la position de ladite caisse après avoir également constaté, en l'occurrence, l'absence de toute situation exceptionnelle justifiant un remboursement des frais eu égard, en particulier, à l'étalement du traitement sur plusieurs semaines et à l'importance de celui-ci.

24 Le Centrale Raad van Beroep relève que, en tout état de cause, une partie limitée seulement des soins donnés à M^me^ Müller-Fauré est couverte par le Verstrekkingenbesluit et est donc susceptible de donner lieu à remboursement. Par ailleurs, il constate que l'intéressée s'est volontairement fait soigner par un dentiste établi en Allemagne durant les vacances qu'elle passait dans ce pays, en raison du manque de confiance qu'elle nourrissait à l'égard des dentistes néerlandais. De telles circonstances ne sauraient, selon la jurisprudence de ladite juridiction, justifier au regard de la législation nationale le remboursement d'un traitement médical suivi à l'étranger sans autorisation de la caisse dont relève l'assuré.

L'affaire Van Riet

25 M^me^ Van Riet souffrait depuis 1985 de douleurs dans le poignet droit. Le 5 avril 1993, son médecin traitant a sollicité, auprès du médecin-conseil de la caisse d'Amsterdam, l'autorisation pour sa patiente de faire pratiquer une arthroscopie à l'hôpital de Deurne (Belgique), où cet examen pouvait être effectué dans un délai beaucoup plus court qu'aux Pays-Bas. La caisse a rejeté cette demande, par lettres des 24 juin et 5 juillet 1993, au motif que l'intervention pouvait également être exécutée dans cet État membre.

26 Entre-temps, M^me^ Van Riet avait déjà fait réaliser l'arthroscopie, en mai 1993, à l'hôpital de Deurne, et, à la suite de cet examen, il fut décidé de procéder à la résection du cubitus afin de soulager la douleur de la patiente. La préparation, l'exécution et le suivi des interventions ont eu lieu en Belgique, pour partie à l'hôpital et pour partie en dehors de celui-ci. La caisse d'Amsterdam a refusé de rembourser ces interventions d'un montant global de 93 782 BEF, décision qui a été confirmée par le Ziekenfondsraad au motif qu'il n'y avait pas d'urgence ni de nécessité médicale justifiant que M^me^ Van Riet soit soignée en Belgique, dès lors que des traitements appropriés étaient disponibles aux Pays-Bas dans un délai raisonnable. L'Arrondissementsrechtbank compétent a rejeté comme non fondé le recours introduit contre ladite décision par M^me^ Van Riet pour les mêmes motifs que ceux de la caisse susmentionnée.

27 Le Centrale Raad van Beroep, devant lequel la demanderesse au principal a interjeté appel, relève que, s'il n'est pas contesté que la plupart des soins donnés à M^me^ Van Riet sont bien couverts par le Verstrekkingenbesluit, ceux-ci ont été dispensés en Belgique sans autorisation préalable et sans qu'il soit établi que l'intéressée ne pouvait raisonnablement attendre, pour des raisons médicales ou autres, que la caisse d'Amsterdam se fût prononcée sur sa demande. En outre, selon ladite juridiction, le délai d'attente opposé à M^me^ Van Riet aux Pays-Bas pour procéder à l'arthroscopie n'était pas déraisonnable. Il ressort du dossier que ce délai était d'environ six mois.

28 La juridiction de renvoi estime que, en l'occurrence, les conditions n'étaient pas réunies pour justifier l'application de l'article 22, paragraphe 1, sous a), du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, dans sa version modifiée et mise à jour par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996 (JO 1997, L 28, p. 1, ci-après le «règlement n° 1408/71»), au motif que l'état de santé tant de M^me^ Müller-Fauré que de M^me^ Van Riet ne nécessitait pas l'octroi immédiat de soins au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre État membre. En outre, il ne serait pas davantage établi, conformément à l'article 22, paragraphes 1, sous c), et 2, second alinéa, du même règlement, que les soins en cause ne pouvaient pas, compte tenu de l'état de santé des demanderesses au principal, être dispensés aux

Pays-Bas dans le délai «normalement nécessaire», circonstance qui aurait obligé les caisses de maladie à délivrer les autorisations de soins dans un autre État membre.

29 Ladite juridiction s'interroge néanmoins sur la compatibilité des décisions de refus de remboursement avec les articles 59 et 60 du traité, au regard de l'arrêt du 28 avril 1998, Kohll (C-158/96, Rec. p. I-1931). Elle relève que les dispositions nationales en cause n'empêchent pas par elles-mêmes les assurés de s'adresser à un prestataire de services établi dans un autre État membre, mais exigent comme préalable que la caisse d'assurance maladie à laquelle ces assurés sont affiliés ait conclu une convention avec ce prestataire, ce qui d'ordinaire n'est pas le cas. En l'absence d'une telle convention, le remboursement des frais exposés dans un autre État membre est subordonné à une autorisation préalable, laquelle n'est délivrée que si «le traitement l'exige», circonstance qui ne se rencontrerait généralement que lorsque les prestataires de soins conventionnés ne peuvent pas offrir l'ensemble des soins appropriés. Cette obligation d'obtenir une autorisation préalable jouerait dès lors en faveur des prestataires de soins médicaux conventionnés — qui sont pratiquement toujours néerlandais — au détriment des prestataires de soins d'autres États membres. La juridiction de renvoi ajoute que les compétences administratives des autorités néerlandaises ne s'étendent pas aux prestataires de soins établis dans les autres États membres, ce qui peut entraver la conclusion de conventions avec ces prestataires.

30 Au cas où il serait admis que l'autorisation requise par l'article 9, paragraphe 4, de la ZFW entrave la libre prestation des services, le Centrale Raad van Beroep se demande si cette exigence est justifiée.

31 À cet égard, la juridiction de renvoi souligne les caractéristiques du régime d'assurance maladie néerlandais. Ce régime garantit essentiellement des prestations en nature, par opposition au régime dit «de restitution». Selon les défenderesses au principal, l'équilibre financier du régime pourrait être menacé s'il était possible pour les assurés de se faire rembourser, sans autorisation préalable, des soins dispensés dans un autre État membre. Ladite juridiction se

réfère, à cet égard, aux mesures nationales prises pour maîtriser les coûts des soins hospitaliers, en particulier les prescriptions de la Wet Ziekenhuisvoorzieningen, en matière de planification et d'étalement des soins, et celles de la ZFW limitant le remboursement aux soins dispensés par des établissements hospitaliers agréés.

Les questions préjudicielles

32 C'est dans ces conditions que le Centrale Raad van Beroep a décidé de surseoir à statuer et de poser à la Cour les questions préjudicielles suivantes:

«1) Faut-il interpréter les articles 59 et 60 du traité CE [...] en ce sens qu'une disposition telle que l'article 9, paragraphe 4, de la Ziekenfondswet, lu conjointement avec l'article 1er du Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering, est en principe incompatible avec ceux-ci en ce qu'elle oblige l'assuré à obtenir l'autorisation préalable de sa caisse de maladie pour pouvoir exercer son droit à prestations en s'adressant en dehors des Pays-Bas à une personne ou à un organisme avec lesquels la caisse de maladie n'a pas conclu de convention?

2) Si la première question appelle une réponse affirmative, les objectifs évoqués ci-avant [...] du régime néerlandais de prestations en nature constituent-ils une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier une entrave au principe fondamental de la libre prestation des services?

3) Pour répondre à ces questions, importe-t-il de savoir si les soins sont dispensés en tout ou en partie en milieu hospitalier?»

33 Par lettre du 12 juillet 2001, le greffe de la Cour a demandé à la juridiction de renvoi si elle souhaitait maintenir sa demande préjudicielle compte tenu de l'arrêt rendu le même jour dans l'affaire Smits et Peerbooms (C-157/99, Rec. p. I-5473).

34 Par lettre du 25 octobre 2001, la juridiction de renvoi a informé la Cour qu'elle maintenait ses questions dans la mesure où l'arrêt Smits et Peerbooms, précité, ne porte pas spécifiquement sur les caractéristiques du régime néerlandais d'assurance maladie, qui est un régime de prestations en nature à caractère conventionnel. Elle a, en outre, invité la Cour à préciser la portée du point 103 dudit arrêt, aux termes duquel:

«[...] la condition relative au caractère nécessaire du traitement prévue par la réglementation en cause au principal peut être justifiée au regard de l'article 59 du traité, pour autant qu'elle soit interprétée en ce sens que l'autorisation de subir un traitement dans un autre État membre ne peut être refusée de ce chef que lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun en ayant recours à un établissement avec lequel la caisse de maladie de l'assuré a conclu une convention.»

35 Plus précisément, la juridiction de renvoi demande à la Cour ce qu'il convient d'entendre par l'expression «en temps opportun» et, en particulier, si l'appréciation d'une telle condition doit se faire sur un plan strictement médical, indépendamment de la durée d'attente pour bénéficier du traitement demandé.

36 Par lettre du 6 mars 2002, le greffe de la Cour a invité les parties au principal, les États membres et la Commission à présenter leurs observations éventuelles sur les conséquences qu'il y aurait lieu de tirer de l'arrêt Smits et Peerbooms, précité, au regard des questions posées par le Centrale Raad van Beroep.

Sur la première question

37 Par sa première question, la juridiction de renvoi demande, en substance, si les articles 59 et 60 du traité doivent être interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à la législation d'un État membre, telle que celle en cause au principal, qui subordonne la prise en charge de soins dispensés dans un autre État membre, par une personne ou un établissement avec lequel la caisse de maladie dont relève l'assuré n'a pas conclu de convention, à l'obtention d'une autorisation préalable délivrée par cette dernière.

38 Il convient de rappeler, à titre liminaire, que, selon une jurisprudence constante, les activités médicales relèvent du champ d'application de l'article 60 du traité, sans qu'il y ait lieu de distinguer à cet égard selon que les soins sont dispensés dans un cadre hospitalier ou en dehors d'un tel cadre (voir, en dernier lieu, arrêt Smits et Peerbooms, précité, point 53).

39 La Cour a également jugé, aux points 54 et 55 de l'arrêt Smits et Peerbooms, précité, que la circonstance que la réglementation applicable relève du domaine de la sécurité sociale et, plus particulièrement, prévoit, en matière d'assurance maladie, une intervention en nature plutôt que par voie de remboursement, n'est pas de nature à soustraire les traitements médicaux en cause du champ d'application de la libre prestation des services garantie par le traité. À cet égard, force est de constater que, dans les litiges au principal, les traitements dispensés dans un État membre autre que celui d'affiliation ont bien donné lieu à une rétribution directe par le patient du médecin prestataire ou de l'établissement dans lequel les soins ont été dispensés.

40 Dès lors que les prestations médicales relèvent du champ d'application de la libre prestation des services au sens des articles 59 et 60 du traité, il y a lieu d'examiner si la réglementation en cause au principal instaure des restrictions à cette liberté,

en ce qu'elle subordonne la prise en charge de soins fournis dans un État membre autre que celui où est établie la caisse de maladie à laquelle l'assuré est affilié, par une personne ou un établissement n'ayant pas conclu de convention avec ladite caisse, à l'obtention d'une autorisation préalable délivrée par cette dernière.

41 À cet égard, la Cour a déjà constaté, au point 62 de son arrêt Smits et Peerbooms, précité, que, s'il est vrai que la ZFW ne prive pas les assurés de la possibilité d'avoir recours à un prestataire de services établi dans un État membre autre que celui où est située la caisse de maladie dont relève l'assuré, il n'en demeure pas moins que cette législation subordonne le remboursement des frais ainsi exposés à l'obtention d'une autorisation préalable, laquelle ne peut être délivrée, ainsi que le relève la juridiction de renvoi, que dans la mesure où la fourniture des soins en cause, qu'ils soient à caractère hospitalier ou non, répond à une nécessité médicale.

42 Or, cette dernière exigence n'étant en pratique remplie que si un traitement adéquat ne peut être obtenu en temps opportun auprès d'un médecin ou d'un établissement hospitalier conventionné dans l'État membre d'affiliation, elle est, de par sa nature même, susceptible de limiter fortement les hypothèses dans lesquelles une autorisation sera délivrée (arrêt Smits et Peerbooms, précité, point 64).

43 Certes, il serait loisible aux caisses de maladie néerlandaises de conclure des conventions avec des établissements hospitaliers situés en dehors des Pays-Bas. En pareil cas, aucune autorisation préalable ne serait requise aux fins de la prise en charge, au titre de la ZFW, de soins fournis par de tels établissements. Toutefois, exception faite d'établissements hospitaliers situés dans les régions frontalières des Pays-Bas, il paraît illusoire d'imaginer qu'un nombre important d'établissements hospitaliers situés dans les autres États membres soient jamais amenés à conclure des conventions avec lesdites caisses de maladie, dès lors que leurs perspectives d'accueillir des patients affiliés à ces caisses demeurent aléatoires et restreintes (arrêt Smits et Peerbooms, précité, points 65 et 66).

44 La Cour a donc déjà jugé qu'une réglementation telle que celle en cause au principal décourage, voire empêche, les assurés sociaux de s'adresser aux prestataires de services médicaux établis dans des États membres autres que l'État membre d'affiliation et constitue, tant pour les assurés que pour les prestataires, un obstacle à la libre prestation des services (arrêt Smits et Peerbooms, précité, point 69).

45 Toutefois, avant de se prononcer sur la question de savoir si les articles 59 et 60 du traité s'opposent à une réglementation telle que celle en cause au principal, il convient d'examiner si cette réglementation peut être objectivement justifiée, ce qui fait l'objet de la deuxième question.

Sur les deuxième et troisième questions

46 Par ses deuxième et troisième questions, qu'il convient d'examiner ensemble, la juridiction de renvoi demande si une réglementation telle que celle en cause au principal ayant des effets restrictifs sur la libre prestation des services peut être justifiée par les particularités mêmes du régime national d'assurance maladie, lequel assure non pas le remboursement des frais exposés, mais essentiellement des prestations en nature et repose sur un système de conventionnement destiné à la fois à garantir la qualité des soins et à maîtriser les coûts de ceux-ci. De même, elle souhaite savoir si la circonstance que les soins en cause sont dispensés en tout ou en partie en milieu hospitalier est susceptible d'avoir une incidence à cet égard.

L'argumentation soumise à la Cour

47 Selon le gouvernement néerlandais et la caisse de Zwijndrecht, l'autorisation requise par l'article 9, paragraphe 4, de la ZFW est inhérente au régime

d'assurance maladie néerlandais. En effet, la couverture en nature des risques maladie, telle que visée par ce régime, nécessite la conclusion au préalable, entre cette caisse et les prestataires de soins, de conventions portant sur le volume, la qualité, l'efficacité et les coûts des soins de santé, afin, d'une part, de permettre la planification des besoins et la maîtrise des dépenses et, d'autre part, de garantir un service médical de qualité, l'équivalence des prestations et donc l'égalité de traitement des assurés. Un tel système de conventionnement profiterait pour l'essentiel à ces derniers.

48 Dans ces conditions, les assurés seraient tenus de s'adresser aux seuls prestataires de soins conventionnés ou, s'ils souhaitent néanmoins se faire soigner par un médecin ou un établissement non conventionné établi aux Pays-Bas ou à l'étranger, d'obtenir une autorisation préalable délivrée par la caisse de maladie à laquelle ils sont affiliés.

49 Le gouvernement néerlandais et la caisse de Zwijndrecht ajoutent que, si aucune autorisation préalable n'était requise, les prestataires de soins n'auraient jamais intérêt à apporter leur concours au système de conventionnement en se liant par des clauses contractuelles portant sur la disponibilité, le volume, la qualité, l'efficacité et les prix des prestations, de telle sorte que les autorités gestionnaires de l'assurance maladie seraient dans l'incapacité de planifier les besoins, en ajustant les dépenses à ceux-ci, et de garantir un service médical de qualité et accessible à tous. Le système de conventionnement perdrait alors sa raison d'être en tant qu'instrument de gestion des soins de santé, ce qui porterait atteinte à la compétence souveraine des États membres, reconnue par la jurisprudence de la Cour, pour aménager leur système de sécurité sociale. Le gouvernement néerlandais justifie, à cet égard, l'existence de listes d'attente par le caractère limité des ressources financières disponibles, en matière de couverture des soins de santé, et la nécessité qui en découle de quantifier les interventions à pratiquer et de les soumettre à des priorités qui doivent être strictement respectées.

50 En outre, les caisses de maladie néerlandaises ne sauraient être contraintes de conclure des conventions avec un nombre de prestataires de soins supérieur à

celui qui est nécessaire pour répondre aux besoins de la population établie aux Pays-Bas. Le gouvernement néerlandais relève que c'est précisément pour répondre à ces besoins que la plupart des conventions sont passées avec des prestataires de soins établis aux Pays-Bas puisque, à l'évidence, c'est sur le territoire national que la demande des assurés est la plus grande.

51 Enfin, s'agissant de la question de savoir de quelle manière il convient d'apprécier si «un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun», selon les termes du point 103 de l'arrêt Smits et Peerbooms, précité, la caisse de Zwijndrecht estime que le simple fait d'être inscrit sur une liste d'attente ne saurait signifier qu'un tel traitement n'est pas disponible. En adoptant une interprétation contraire, la Cour élargirait dans une mesure importante les conditions d'octroi des prestations, lesquelles relèvent des compétences nationales. Au surplus, elle ferait planer l'incertitude sur tous les efforts de planification et de rationalisation opérés dans le secteur des soins de santé afin d'éviter les phénomènes de surcapacité, de déséquilibres dans l'offre, de gaspillage et de déperdition.

52 Le gouvernement néerlandais fait valoir, à cet égard, qu'il ressort clairement du point 103 de l'arrêt Smits et Peerbooms, précité, que c'est sur la base de la situation médicale et des antécédents du patient qu'il convient de déterminer le délai dans lequel le traitement médical est nécessaire. Il appartiendrait au juge national de vérifier si ce traitement est disponible dans ce délai, ce qui constituerait une appréciation en fait.

53 Les gouvernements danois, allemand, espagnol, irlandais, italien, suédois et du Royaume-Uni, ainsi que les gouvernements islandais et norvégien, souscrivent, dans l'ensemble, aux considérations qui précèdent.

54 En particulier, le gouvernement espagnol fait valoir que toute distinction entre les soins fournis par un praticien et ceux dispensés en établissement hospitalier est

superflue en présence d'un régime d'assurance maladie prévoyant uniquement des prestations en nature. Il ajoute que, si un assuré bénéficie de soins de santé ou acquiert un produit médical dans un État membre autre que celui dans lequel est établie la caisse dont il relève, les taxes et impôts acquittés par les prestataires ou fournisseurs ne sont pas versés au budget de l'État membre d'affiliation, ce qui porterait atteinte à l'une des sources de financement de la sécurité sociale de ce dernier État.

55 Les gouvernements irlandais et du Royaume-Uni relèvent que la faculté accordée aux assurés de se rendre dans un État membre autre que celui d'affiliation, pour y bénéficier de soins, aurait des conséquences préjudiciables pour l'établissement des priorités de traitement médical et la gestion des listes d'attente, qui constituent des éléments importants de l'organisation de l'assurance maladie. À cet égard, le gouvernement du Royaume-Uni fait valoir que les ressources financières limitées allouées au National Health Service (service national de santé, ci-après le «NHS») sont gérées par des autorités sanitaires locales, qui établissent des calendriers fondés sur des évaluations cliniques et des priorités définies sur le plan médical pour différents traitements. Les patients n'auraient pas le droit de demander que leur traitement hospitalier ait lieu dans un certain délai. Il en résulterait que, si ces derniers pouvaient abréger leur délai d'attente en recourant, sans autorisation préalable, aux traitements médicaux dispensés dans d'autres États membres et si la caisse compétente était néanmoins tenue de prendre en charge le coût de tels traitements, l'équilibre financier du système serait menacé et les ressources disponibles pour les traitements plus urgents seraient sérieusement diminuées, compromettant ainsi sa capacité de fournir des soins de santé d'un niveau approprié.

56 Le gouvernement du Royaume-Uni ajoute que, en cas de libéralisation des prestations hospitalières, ses propres hôpitaux seraient dans l'incapacité de prévoir la baisse des demandes découlant du recours aux traitements hospitaliers dans d'autres États membres ainsi que l'accroissement des demandes dû au fait que les assurés de ces États seraient susceptibles de recourir aux traitements hospitaliers dispensés au Royaume-Uni. De tels effets de la libéralisation ne se compenseraient pas nécessairement et l'incidence serait différente pour chaque hôpital du Royaume-Uni.

57 Quant à la question de savoir selon quels critères il y aurait lieu de vérifier si un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient pourrait être obtenu en temps utile sur le territoire de l'État membre d'affiliation, le gouvernement du Royaume-Uni, tout comme le gouvernement suédois, se réfère à l'article 22, paragraphe 2, second alinéa, du règlement n° 1408/71, lu en combinaison avec le paragraphe 1, sous c), de cette disposition, dont il ressort que l'autorisation requise pour se rendre sur le territoire d'un autre État membre afin d'y recevoir des soins ne peut pas être refusée à l'intéressé si les soins, compte tenu de l'état actuel de santé de ce dernier et de l'évolution probable de la maladie, ne peuvent lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire dans l'État membre de résidence. Il est également renvoyé à l'interprétation de ces dispositions donnée au point 10 de l'arrêt du 31 mai 1979, Pierik (182/78, Rec. p. 1977).

58 À cet égard, le gouvernement du Royaume-Uni souligne que, en pratique, une autorisation pour des soins dispensés sur le territoire d'un autre État membre est généralement accordée au Royaume-Uni lorsque le délai pour le traitement dépasse les délais d'attente maximaux. Les listes d'attente nationales tiendraient compte des besoins distincts de différentes catégories de patients et permettraient la meilleure allocation possible des ressources hospitalières. Elles seraient flexibles, de sorte qu'un patient dont l'état de santé se détériore subitement pourra être placé plus haut dans la liste d'attente et être traité dans de plus brefs délais. Le fait d'obliger les autorités compétentes à autoriser des soins à l'étranger en dehors des cas de dépassement du délai d'attente normal, et ce à la charge du NHS, aurait des conséquences délétères pour la gestion et la viabilité financière de ce dernier.

59 En tout état de cause, le gouvernement du Royaume-Uni souligne les particularités du NHS, en invitant la Cour à retenir le principe selon lequel les soins de santé dispensés au titre d'un tel système national d'assurance maladie ne relèvent pas du champ d'application de l'article 60 du traité et le NHS, qui est un organisme sans but lucratif, n'est pas un prestataire de services au sens dudit traité.

60 Le gouvernement danois fait valoir le risque de surconsommation médicale si les patients avaient librement accès, à titre gratuit, à des soins médicaux dispensés dans les États membres autres que celui où est établie la caisse de maladie dont relève l'assuré ainsi que le risque, en cas de déplacements massifs vers l'étranger à des fins médicales, que la compétence des médecins établis sur le territoire national, s'agissant des maladies rares et complexes, ne puisse plus être maintenue à un niveau adéquat.

61 Le gouvernement belge estime, pour sa part, que la spécificité du régime néerlandais, en ce qu'il garantit non pas un remboursement des frais exposés, mais des prestations en nature, ne constitue pas, par elle-même, une raison d'intérêt général permettant de justifier une entrave à la libre prestation des services. Il soutient qu'il convient d'opérer une distinction selon que les prestations sont fournies en dehors ou au sein d'un établissement hospitalier.

62 Dans la première hypothèse, aucune entrave à la libre prestation des services ne saurait être justifiée, conformément à l'arrêt Kohll, précité. En revanche, dans la seconde hypothèse, des motifs sérieux, liés à la sauvegarde de l'équilibre financier du système de sécurité sociale ainsi qu'au maintien d'un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, justifieraient l'exigence d'une autorisation préalable lorsqu'il s'agit de prestations dispensées en milieu hospitalier dans un État membre autre que celui où est établie la caisse de maladie dont relève l'assuré. En outre, en l'absence d'autorisation préalable, les États membres qui connaissent des listes d'attente en matière d'hospitalisation pourraient avoir tendance à envoyer leurs ressortissants se faire soigner en dehors du territoire national au lieu d'investir dans leurs propres infrastructures, portant ainsi atteinte aux efforts de planification hospitalière des autres États membres.

63 La Commission distingue les soins prodigués dans un cabinet de consultation, auxquels elle assimile les soins ambulatoires dispensés dans une infrastructure hospitalière, et les soins hospitaliers proprement dits. S'agissant de la première catégorie, il y aurait lieu de retenir l'analyse contenue dans les arrêts du 28 avril 1998, Decker (C-120/95, Rec. p. I-1831) et Kohll, précité, en considérant que

l'exigence d'une autorisation préalable est incompatible avec le droit communautaire, sauf pour certaines prestations, notamment odontologiques, extrêmement onéreuses et spécialisées. S'agissant de la seconde catégorie de soins, dispensés en milieu hospitalier, il y aurait lieu de se référer à l'analyse de l'arrêt Smits et Peerbooms, précité, en admettant que l'exigence de l'autorisation préalable est justifiée par les besoins de planification, le refus d'autorisation devant toutefois être soumis aux limites fixées par la Cour dans ce dernier arrêt.

64 Pour ce qui est de l'interprétation des termes «en temps opportun», figurant au point 103 de l'arrêt Smits et Peerbooms, précité, la Commission estime qu'il convient exclusivement de prendre en considération la situation médicale de l'intéressé, ainsi qu'il ressortirait du point 104 de ce même arrêt.

65 Enfin, le gouvernement norvégien fait valoir qu'il appartient à la seule législation nationale de fixer les conditions d'octroi des prestations et les délais dans lesquels celles-ci peuvent être exécutées. Le droit communautaire ne saurait conférer à des patients le droit de bénéficier, dans un État membre autre que celui d'affiliation, de soins de santé auxquels ils ne peuvent pas prétendre dans leur propre État membre ni leur donner le droit de bénéficier d'un traitement dans un délai plus court que celui prévu par la législation nationale. S'il le faisait, il porterait atteinte à la compétence des États membres d'organiser leur système de sécurité sociale et outrepasserait le champ d'application des dispositions du traité relatives à la libre prestation des services.

Appréciation de la Cour

66 Il ressort du dossier que les raisons invoquées pour justifier l'exigence d'une autorisation préalable en vue de bénéficier de l'assurance maladie pour des prestations fournies dans un État membre autre que celui d'affiliation, que ce soit en milieu hospitalier ou en dehors d'un tel milieu, sont liées, d'abord, à la

protection de la santé publique, en ce que le système de conventionnement serait destiné à garantir un service médical et hospitalier de qualité, équilibré et accessible à tous, ensuite, à l'équilibre financier de la sécurité sociale, en ce qu'un tel système permettrait également aux autorités gestionnaires de maîtriser les dépenses en les ajustant aux besoins planifiés, selon des priorités préétablies, et, enfin, aux caractéristiques essentielles du régime d'assurance maladie aux Pays-Bas, qui garantit des prestations en nature.

En ce qui concerne le risque d'atteinte à la protection de la santé publique

67 Il découle de la jurisprudence de la Cour que l'objectif de maintenir un service médical et hospitalier de qualité, équilibré et accessible à tous, peut relever de l'une des dérogations prévues à l'article 56 du traité CE (devenu, après modification, article 46 CE), dans la mesure où il contribue à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé (arrêts précités Kohll, point 50, ainsi que Smits et Peerbooms, point 73). Ladite disposition du traité permet, en particulier, aux États membres de restreindre la libre prestation des services médicaux et hospitaliers dans la mesure où le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale sur le territoire national est essentiel pour la santé publique, voire même pour la survie de sa population (arrêts précités Kohll, point 51, ainsi que Smits et Peerbooms, point 74).

68 Cependant, conformément à une jurisprudence constante, il importe de s'assurer, en cas de justification tirée d'une exception prévue par le traité, comme, au demeurant, d'une raison impérieuse d'intérêt général, que les mesures prises à ce titre n'excèdent pas ce qui est objectivement nécessaire à cette fin et que ce résultat ne puisse être obtenu par des règles moins contraignantes (voir arrêts du 4 décembre 1986, Commission/Allemagne, 205/84, Rec. p. 3755, points 27 et 29; du 26 février 1991, Commission/Italie, C-180/89, Rec. p. I-709, points 17 et 18; du 20 mai 1992, Ramrath, C-106/91, Rec. p. I-3351, points 30 et 31, ainsi que Smits et Peerbooms, précité, point 75).

69 En l'occurrence, l'argumentation invoquée pour justifier l'exigence d'une autorisation préalable tend à démontrer que, s'il était loisible aux patients de se faire soigner dans un État membre autre que celui d'affiliation sans qu'ils détiennent une autorisation préalable à cet effet, l'État compétent ne pourrait plus garantir sur son territoire un service médical et hospitalier de qualité, équilibré et accessible à tous, et donc un niveau élevé de protection de la santé publique.

70 Quant à l'argument invoqué par le gouvernement danois selon lequel la compétence même des praticiens, opérant en cabinet ou en milieu hospitalier, serait atteinte en raison de prétendus déplacements massifs à l'étranger à des fins médicales, force est de constater qu'aucun élément précis n'a été avancé pour étayer cet argument.

71 S'agissant de l'objectif de maintenir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, il est intrinsèquement lié au mode de financement du système de sécurité sociale et au contrôle des dépenses, dont il est question ci-après.

En ce qui concerne le risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale

72 Il convient de rappeler d'emblée que, selon la jurisprudence de la Cour, des objectifs de nature purement économique ne peuvent justifier une entrave au principe fondamental de la libre prestation des services (voir, en ce sens, arrêts du 5 juin 1997, SETTG, C-398/95, Rec. p. I-3091, point 23, et Kohll, précité, point 41).

73 Cependant, dans la mesure notamment où il pourrait avoir des conséquences sur le niveau global de protection de la santé publique, un risque d'atteinte grave à

l'équilibre financier du système de sécurité sociale peut également constituer, en lui-même, une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier pareille entrave (arrêts précités, Kohll, point 41, ainsi que Smits et Peerbooms, point 72).

74 Il va de soi que la prise en charge d'un traitement isolé, effectué dans un État membre autre que celui où est établie la caisse de maladie dont relève un assuré déterminé, ne peut jamais avoir de conséquence significative sur le financement du système de sécurité sociale. Il convient donc nécessairement d'adopter une approche globale des conséquences de la libre prestation des services en matière de santé.

75 À cet égard, la distinction entre prestations hospitalières et prestations non hospitalières peut parfois s'avérer difficile à établir. En particulier, certaines prestations dispensées en milieu hospitalier, mais susceptibles d'être effectuées également par un praticien à son cabinet ou dans un centre médical pourraient à ce titre être assimilées à des prestations non hospitalières. Toutefois, dans les litiges au principal, le caractère tantôt hospitalier tantôt non hospitalier des soins en cause n'a pas soulevé de controverse entre les parties au principal ni de la part des États ayant présenté des observations en application de l'article 20 du statut CE de la Cour de justice non plus que de la Commission.

Sur les prestations hospitalières

76 S'agissant des prestations hospitalières, telles que celles fournies à M^me^ Van Riet à l'hôpital de Deurne, la Cour a déjà relevé, aux points 76 à 80 de son arrêt Smits et Peerbooms, précité, les considérations suivantes.

77 Il est notoire que le nombre des infrastructures hospitalières, leur répartition géographique, leur aménagement et les équipements dont elles sont pourvues, ou encore la nature des services médicaux qu'elles sont à même d'offrir, doivent pouvoir faire l'objet d'une planification.

78 Comme en témoigne, notamment, le système de conventionnement en cause au principal, une telle planification répond, en règle générale, à diverses préoccupations.

79 Elle poursuit, d'une part, l'objectif de garantir sur le territoire de l'État concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité.

80 Elle participe, d'autre part, d'une volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter, dans la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines. Un tel gaspillage s'avérerait en effet d'autant plus dommageable qu'il est constant que le secteur des soins hospitaliers engendre des coûts considérables et doit répondre à des besoins croissants, tandis que les ressources financières pouvant être consacrées aux soins de santé ne sont, quel que soit le mode de financement utilisé, pas illimitées.

81 Dans ces conditions, l'exigence consistant à soumettre à une autorisation préalable la prise en charge financière par le système national de sécurité sociale de soins hospitaliers dispensés dans un État membre autre que celui d'affiliation apparaît comme une mesure tout à la fois nécessaire et raisonnable.

82 En ce qui concerne précisément le régime instauré par la ZFW, la Cour a admis clairement que, si les assurés pouvaient librement et en toutes circonstances faire appel à des établissements hospitaliers avec lesquels leur caisse de maladie n'a

conclu aucune convention, qu'il s'agisse d'établissements situés aux Pays-Bas ou dans un autre État membre, tout l'effort de planification opéré au travers du système de conventionnement, en vue de contribuer à garantir une offre de soins hospitaliers qui soit rationalisée, stable, équilibrée et accessible, s'en trouverait du même coup compromis (arrêt Smits et Peerbooms, précité, point 81).

83 Si le droit communautaire ne s'oppose donc pas en principe à un système d'autorisation préalable pour cette catégorie de prestations, il est néanmoins nécessaire que les conditions mises à l'octroi d'une telle autorisation soient justifiées au regard des impératifs susvisés et qu'elles satisfassent à l'exigence de proportionnalité rappelée au point 68 du présent arrêt.

84 Il résulte de même d'une jurisprudence constante qu'un régime d'autorisation administrative préalable ne saurait légitimer un comportement discrétionnaire de la part des autorités nationales, de nature à priver les dispositions communautaires, notamment celles relatives à une liberté fondamentale telle que celle en cause au principal, de leur effet utile (voir arrêts du 23 février 1995, Bordessa e.a., C-358/93 et C-416/93, Rec. p. I-361, point 25; du 14 décembre 1995, Sanz de Lera e.a., C-163/94, C-165/94 et C-250/94, Rec. p. I-4821, points 23 à 28, et du 20 février 2001, Analir e.a., C-205/99, Rec. p. I-1271, point 37).

85 Aussi, pour qu'un régime d'autorisation administrative préalable soit justifié alors même qu'il déroge à une telle liberté fondamentale, doit-il être fondé sur des critères objectifs, non discriminatoires et connus à l'avance, de manière à encadrer l'exercice du pouvoir d'appréciation des autorités nationales afin que celui-ci ne soit pas utilisé de manière arbitraire (arrêt Analir e.a., précité, point 38). Un tel régime d'autorisation administrative préalable doit de même reposer sur un système procédural aisément accessible et propre à garantir aux intéressés que leur demande sera traitée dans un délai raisonnable ainsi qu'avec objectivité et impartialité, d'éventuels refus d'autorisation devant en outre pouvoir être mis en cause dans le cadre d'un recours juridictionnel (arrêt Smits et Peerbooms, précité, point 90).

86 Dans les litiges au principal, il convient de relever que les contestations ne portent pas sur la couverture comme telle, par le régime d'assurance maladie néerlandais, des traitements médicaux et hospitaliers dispensés à M^mes^ Müller-Fauré et Van Riet. Dans ces litiges, c'est la nécessité médicale pour ces dernières d'effectuer les traitements en cause respectivement en Allemagne et en Belgique, plutôt qu'aux Pays-Bas, qui est contestée. À cet égard, aux points 99 à 107 de l'arrêt Smits et Peerbooms, précité, la Cour s'est également prononcée sur cette condition liée au caractère nécessaire du traitement envisagé et à laquelle est subordonné l'octroi de l'autorisation.

87 Ainsi que le relève la juridiction de renvoi, il résulte du libellé des articles 9, paragraphe 4, de la ZFW et 1^er^ de la Rhbz que cette condition s'applique, en principe, indifféremment selon que la demande d'autorisation concerne un traitement à suivre dans un établissement sis aux Pays-Bas avec lequel la caisse de maladie de l'assuré n'a pas conclu de convention ou dans un établissement situé dans un autre État membre.

88 S'agissant de traitements hospitaliers effectués en dehors des Pays-Bas, ladite juridiction indique que la condition relative au caractère nécessaire du traitement est interprétée, en pratique, en ce sens que la réalisation de celui-ci n'est autorisée que s'il apparaît qu'un traitement adéquat ne peut être dispensé en temps opportun aux Pays-Bas. Pour sa part, le gouvernement néerlandais précise qu'il résulte de la lecture combinée des articles 9, paragraphe 4, de la ZFW et 1^er^ de la Rhbz que l'autorisation doit être refusée uniquement lorsque les soins requis par l'état de l'assuré sont disponibles auprès de prestataires de soins conventionnés.

89 La condition relative au caractère nécessaire du traitement, prévue par la réglementation en cause au principal, peut être justifiée au regard de l'article 59 du traité pour autant qu'elle soit interprétée en ce sens que l'autorisation de subir un traitement dans un autre État membre ne peut être refusée de ce chef que lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun en ayant recours à un établissement

avec lequel la caisse de maladie dont relève l'assuré a conclu une convention (arrêt Smits et Peerbooms, point 103).

90 Aux fins d'apprécier si un traitement présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps utile dans un établissement ayant conclu une convention avec la caisse de maladie dont relève l'assuré, les autorités nationales sont tenues de prendre en considération l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret, en tenant dûment compte non seulement de la situation médicale du patient au moment où l'autorisation est sollicitée et, le cas échéant, du degré de la douleur ou de la nature du handicap de ce dernier, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle, mais également de ses antécédents (voir, en ce sens, arrêt Smits et Peerbooms, précité, point 104).

91 La Cour a également précisé, aux points 105 et 106 de son arrêt Smits et Peerbooms, précité, que:

— ainsi interprétée, la condition relative au caractère nécessaire du traitement est susceptible de permettre de maintenir sur le territoire national une offre suffisante, équilibrée et permanente de soins hospitaliers de qualité ainsi que de garantir la stabilité financière du système de l'assurance maladie;

— si de nombreux assurés décidaient d'avoir recours à des soins dans d'autres États membres alors même que les établissements hospitaliers qui ont conclu une convention avec la caisse de maladie dont ils dépendent offrent des traitements adéquats, identiques ou équivalents, de tels flux de patients seraient de nature à remettre en cause tant le principe même du conventionnement que, par voie de conséquence, tous les efforts de planification et de rationalisation opérés dans ce secteur vital afin d'éviter les phénomènes de

surcapacité hospitalière, de déséquilibres dans l'offre de soins médicaux hospitaliers, de gaspillage et de déperdition, tant logistiques que financiers.

92 Toutefois, un refus d'autorisation préalable qui serait motivé non pas par la crainte de gaspillage ou de déperdition, du fait d'une surcapacité hospitalière, mais exclusivement par un motif tiré de l'existence de listes d'attente sur le territoire national pour bénéficier des soins hospitaliers en cause, sans que soient prises en considération les circonstances concrètes qui caractérisent la situation médicale du patient, ne saurait constituer une entrave valablement justifiée à la libre prestation des services. En effet, il ne ressort pas des arguments présentés devant la Cour qu'un tel délai d'attente serait nécessaire, en dehors de considérations de nature purement économique qui ne peuvent, comme telles, justifier une entrave au principe fondamental de la libre prestation des services, pour garantir la protection de la santé publique. Au contraire, un délai d'attente trop long ou anormal serait plutôt de nature à restreindre l'accessibilité à un ensemble équilibré de soins hospitaliers de qualité.

Sur les prestations non hospitalières

93 S'agissant des prestations médicales non hospitalières, telles que celles fournies à M^me^ Müller-Fauré et, en partie, à M^me^ Van Riet, aucun élément précis n'a été avancé devant la Cour, notamment par les caisses de Zwijndrecht et d'Amsterdam ainsi que par le gouvernement néerlandais, à l'appui de l'affirmation selon laquelle la liberté accordée aux assurés de se rendre, sans autorisation préalable, dans un État membre autre que celui où est établie la caisse de maladie dont ils relèvent, pour bénéficier desdites prestations auprès d'un prestataire non conventionné, serait susceptible de porter gravement atteinte à l'équilibre financier du système de sécurité sociale néerlandais.

94 Certes, la suppression de la condition du conventionnement pour des prestations servies à l'étranger affecte les moyens de contrôle des dépenses de soins de santé de l'État membre d'affiliation.

95 Toutefois, il ne ressort pas du dossier devant la Cour que la suppression de l'exigence de l'autorisation préalable pour ce type de soins provoquerait des déplacements transfrontaliers de patients d'une importance telle, nonobstant les barrières linguistiques, la distance géographique, les frais de séjour à l'étranger et le manque d'informations sur la nature des soins qui y sont dispensés, que l'équilibre financier du système de sécurité sociale néerlandais en serait gravement perturbé et que, de ce fait, le niveau global de protection de la santé publique serait menacé, ce qui pourrait valablement justifier une entrave au principe fondamental de la libre prestation des services.

96 En outre, les soins sont généralement dispensés à proximité du lieu de résidence du patient, dans un environnement culturel qui lui est familier et lui permettant d'établir avec le médecin traitant des relations de confiance. Abstraction faite des cas d'urgence, les déplacements transfrontaliers de patients se manifestent surtout dans les régions frontalières ou pour le traitement de pathologies spécifiques. De plus, c'est précisément dans de telles régions ou pour de telles pathologies que les caisses de maladie néerlandaises auront tendance à établir un système de conventionnement avec des médecins étrangers, ainsi qu'il ressort des observations déposées devant la Cour.

97 Ces diverses circonstances paraissent de nature à limiter l'impact financier éventuel sur le système de sécurité sociale néerlandais de la suppression de l'exigence d'autorisation préalable en ce qui concerne les soins dispensés au cabinet du praticien étranger.

98 En tout état de cause, il y a lieu de rappeler qu'il appartient aux seuls États membres de déterminer l'étendue de la couverture maladie dont bénéficient les assurés, en sorte que, lorsque ces derniers se rendent sans autorisation préalable dans un État membre autre que celui où est établie la caisse de maladie dont ils relèvent pour s'y faire soigner, ils ne sauraient prétendre à la prise en charge des soins qui leur ont été donnés que dans les limites de la couverture garantie par le régime d'assurance maladie de l'État membre d'affiliation.

Sur l'argument tiré des caractéristiques essentielles du régime néerlandais d'assurance maladie

99 La caisse de Zwijndrecht ainsi que les gouvernements néerlandais, espagnol et norvégien ont souligné la liberté des États membres d'établir le système de sécurité sociale de leur choix. Or, en l'occurrence, en l'absence d'autorisation préalable, les assurés pourraient s'adresser librement à des prestataires de soins non conventionnés, de telle sorte que c'est le régime néerlandais de prestations en nature, dont le fonctionnement dépend essentiellement du système de conventionnement, qui serait menacé dans son existence. En outre, les autorités néerlandaises seraient contraintes d'introduire dans leur mode d'organisation de l'accès aux soins de santé des mécanismes de remboursement, dans la mesure où, au lieu de bénéficier de prestations de maladie gratuites sur le territoire national, les assurés devraient avancer les sommes nécessaires au paiement des prestations dont ils auraient bénéficié et attendre un certain temps avant d'en obtenir le remboursement. De la sorte, les États membres seraient contraints de renoncer aux principes et à l'économie de leur régime d'assurance maladie.

100 À cet égard, il découle d'une jurisprudence constante que le droit communautaire ne porte pas atteinte à la compétence des États membres pour aménager leur système de sécurité sociale (voir, notamment, arrêts du 7 février 1984, Duphar e.a., 238/82, Rec. p. 523, point 16, et du 17 juin 1997, Sodemare e.a., C-70/95, Rec. p. I-3395, point 27). Dès lors, en l'absence d'une harmonisation au niveau communautaire, il appartient à la législation de chaque État membre de déterminer les conditions d'octroi des prestations en matière de sécurité sociale (voir, notamment, arrêts du 24 avril 1980, Coonan, 110/79, Rec. p. 1445, point 12; du 4 octobre 1991, Paraschi, C-349/87, Rec. p. I-4501, point 15, et du 30 janvier 1997, Stöber et Piosa Pereira, C-4/95 et C-5/95, Rec. p. I-511, point 36). Toutefois, il n'en demeure pas moins que les États membres doivent, dans l'exercice de cette compétence, respecter le droit communautaire (arrêts précités Decker, point 23, et Kohll, point 19).

101 Il importe, à cet égard, de formuler deux observations préalables.

102 D'une part, la réalisation des libertés fondamentales garanties par le traité oblige inévitablement les États membres à apporter quelques adaptations à leur système national de sécurité sociale, sans pour autant que l'on puisse considérer qu'il y aurait de ce fait atteinte à leur compétence souveraine en la matière. Il suffit, à cet égard, de se référer aux adaptations qu'ils ont dû apporter à leurs législations en matière de sécurité sociale pour se conformer au règlement n° 1408/71, notamment aux conditions prévues à l'article 69 de celui-ci en matière de paiement des prestations de chômage à des travailleurs résidant sur le territoire d'autres États membres, alors qu'aucun régime national ne garantissait l'octroi de telles allocations pour des chômeurs inscrits auprès d'une agence pour l'emploi d'un autre État membre.

103 D'autre part, ainsi qu'il ressort déjà du point 39 du présent arrêt, une prestation médicale ne perd pas sa qualification de prestation de services au motif qu'elle serait prise en charge par un service national de santé ou par un régime de prestations en nature. La Cour a notamment jugé, à cet égard, qu'une prestation médicale dispensée dans un État membre et payée par le patient ne saurait cesser de relever du champ d'application de la libre prestation des services garantie par le traité du seul fait que le remboursement des soins en cause est sollicité au titre de la législation sur l'assurance maladie d'un autre État membre qui prévoit essentiellement une intervention en nature (arrêt Smits et Peerbooms, précité, point 55). C'est précisément l'exigence d'une autorisation préalable pour être en mesure de bénéficier par la suite de la prise en charge de ces soins qui constitue, ainsi qu'il a déjà été constaté au point 44 du présent arrêt, l'obstacle à la libre prestation des services, c'est-à-dire à la faculté pour un patient de recourir au prestataire médical de son choix dans un État membre autre que celui d'affiliation. Il n'y a donc pas lieu, sous l'angle de la libre prestation des services, d'établir une distinction selon que le patient acquitte le montant des frais exposés et sollicite par la suite le remboursement de ceux-ci ou que la caisse d'assurance maladie ou le budget national paie directement le prestataire.

104 C'est à la lumière de ces observations qu'il convient d'examiner si la suppression de l'exigence d'une autorisation préalable délivrée par les caisses de maladie en vue de bénéficier de soins de santé non hospitaliers, dispensés dans un État membre autre que celui d'affiliation, est de nature à remettre en cause les caractéristiques essentielles du système d'accès aux soins de santé aux Pays-Bas.

105 En premier lieu, dans le cadre même de l'application du règlement n° 1408/71, les États membres ayant institué un régime de prestations en nature, voire un service national de santé, doivent prévoir des mécanismes de remboursement a posteriori de soins dispensés dans un État membre autre que celui compétent. Il en va par exemple de la sorte dans le cas où les formalités n'ont pas pu être accomplies pendant le séjour de l'intéressé dans ce dernier État [voir article 34 du règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil, du 21 mars 1972, fixant les modalités d'application du règlement n° 1408/71, ou lorsque l'État compétent a autorisé, conformément à l'article 22, paragraphe 1, sous c), du règlement n° 1408/71, l'accès aux soins à l'étranger.

106 En deuxième lieu, ainsi qu'il a déjà été constaté au point 98 du présent arrêt, les assurés qui se rendent sans autorisation préalable dans un État membre autre que celui où est établie la caisse de maladie dont ils relèvent pour s'y faire soigner ne sauraient prétendre à la prise en charge des soins reçus que dans les limites de la couverture garantie par le régime d'assurance maladie de l'État d'affiliation. Ainsi, en l'occurrence, il ressort du dossier que, par rapport aux 3 806,35 euros acquittés par M^me^ Müller-Fauré auprès d'un prestataire établi en Allemagne, la caisse de Zwijndrecht n'interviendrait, en tout état de cause, compte tenu de l'étendue de la couverture d'assurance garantie par celle-ci, qu'à concurrence d'un montant de 221,03 euros. De même, les conditions d'octroi des prestations, pour autant qu'elles ne sont ni discriminatoires ni constitutives d'une entrave à la libre circulation des personnes, demeurent opposables en cas de soins fournis dans un État membre autre que celui d'affiliation. Il en est ainsi notamment de l'exigence de la consultation préalable d'un médecin généraliste avant de consulter un médecin spécialiste.

107 En troisième lieu, rien ne s'oppose à ce que l'État membre compétent dans lequel existe un régime de prestations en nature fixe les montants du remboursement auxquels des patients ayant reçu des soins dans un autre État membre peuvent prétendre, pour autant que ces montants reposent sur des critères objectifs, non discriminatoires et transparents.

108 En conséquence, il n'apparaît pas, à la lumière des éléments et arguments présentés devant la Cour, que la suppression de l'exigence d'une autorisation préalable délivrée par les caisses de maladie aux assurés qui relèvent de celles-ci, en vue de leur permettre de bénéficier des soins de santé, en particulier non hospitaliers, dispensés dans un État membre autre que celui d'affiliation, soit de nature à porter atteinte aux caractéristiques essentielles du régime néerlandais d'assurance maladie.

109 Compte tenu de l'ensemble des considérations qui précèdent, il y a lieu de répondre aux questions posées que:

— les articles 59 et 60 du traité doivent être interprétés en ce sens qu'ils ne s'opposent pas à la législation d'un État membre telle que celle en cause au principal, qui, d'une part, subordonne la prise en charge de soins hospitaliers dispensés dans un État membre autre que celui où est établie la caisse de maladie dont relève l'assuré, par un prestataire avec lequel cette dernière n'a pas conclu de convention, à l'obtention d'une autorisation préalable délivrée par cette caisse et, d'autre part, soumet l'octroi de cette autorisation à la condition que le traitement médical de l'assuré l'exige. Pour autant, l'autorisation ne peut être refusée, pour ce motif, que lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun dans un établissement ayant conclu une convention avec ladite caisse;

— en revanche, les articles 59 et 60 du traité s'opposent à cette même législation en ce qu'elle subordonne la prise en charge de soins non hospitaliers dispensés dans un autre État membre, par une personne ou un établissement avec lequel la caisse de maladie dont relève l'assuré n'a pas conclu de convention, à l'obtention d'une autorisation préalable délivrée par cette dernière, alors même que la législation nationale en cause instaure un régime de prestations en nature en vertu duquel les assurés ont droit non au remboursement des frais exposés pour des soins médicaux, mais aux soins eux-mêmes, qui sont dispensés gratuitement.

Sur les dépens

110 Les frais exposés par les gouvernements néerlandais, belge, danois, allemand, espagnol, irlandais, italien, finlandais, suédois, du Royaume-Uni, islandais et norvégien, ainsi que par la Commission, qui ont soumis des observations à la Cour, ne peuvent faire l'objet d'un remboursement. La procédure revêtant, à l'égard des parties au principal, le caractère d'un incident soulevé devant la juridiction nationale, il appartient à celle-ci de statuer sur les dépens.

Par ces motifs,

LA COUR,

statuant sur les questions à elle soumises par le Centrale Raad van Beroep, par ordonnance du 6 octobre 1999, dit pour droit:

— **Les articles 59 du traité CE (devenu, après modification, article 49 CE) et 60 du traité CE (devenu article 50 CE) doivent être interprétés en ce sens qu'ils ne s'opposent pas à la législation d'un État membre telle que celle en cause au principal, qui, d'une part, subordonne la prise en charge de soins hospitaliers dispensés dans un État membre autre que celui où est établie la caisse de maladie dont relève l'assuré, par un prestataire avec lequel cette dernière n'a pas conclu de convention, à l'obtention d'une autorisation préalable délivrée par cette caisse et, d'autre part, soumet l'octroi de cette autorisation à la**

condition que le traitement médical de l'assuré l'exige. Pour autant, l'autorisation ne peut être refusée, pour ce motif, que lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun dans un établissement ayant conclu une convention avec ladite caisse;

— en revanche, les articles 59 et 60 du traité s'opposent à cette même législation en ce qu'elle subordonne la prise en charge de soins non hospitaliers dispensés dans un autre État membre, par une personne ou un établissement avec lequel la caisse de maladie dont relève l'assuré n'a pas conclu de convention, à l'obtention d'une autorisation préalable délivrée par cette dernière, alors même que la législation nationale en cause instaure un régime de prestations en nature en vertu duquel les assurés ont droit non au remboursement des frais exposés pour des soins médicaux, mais aux soins eux-mêmes, qui sont dispensés gratuitement.

Rodríguez Iglesias Wathelet Schintgen

Timmermans Edward La Pergola

Jann Macken Colneric

von Bahr Cunha Rodrigues

Ainsi prononcé en audience publique à Luxembourg, le 13 mai 2003.

Le greffier

R. Grass

Le président

G. C. Rodríguez Iglesias