DOMSTOLENS DOM

13. maj 2003 *

I sag C-385/99,

angående en anmodning, som Centrale Raad van Beroep (Nederlandene) i medfør af artikel 234 EF har indgivet til Domstolen for i de for nævnte ret verserende sager,

V.G. Müller-Fauré

mod

Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA,

og

E.E.M. van Riet

mod

Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen,

* Processprog: nederlandsk.

at opnå en præjudiciel afgørelse vedrørende fortolkningen af EF-traktatens artikel 59 (efter ændring nu artikel 49 EF) og EF-traktatens artikel 60 (nu artikel 50 EF),

har

DOMSTOLEN

sammensat af præsidenten, G.C. Rodríguez Iglesias, afdelingsformændene M. Wathelet (refererende dommer), R. Schintgen og C.W.A. Timmermans samt dommerne D.A.O. Edward, A. La Pergola, P. Jann, F. Macken, N. Colneric, S. von Bahr og J.N. Cunha Rodrigues,

generaladvokat: D. Ruiz-Jarabo Colomer
justitssekretær: ekspeditionssekretær H.A. Rühl,

efter at der er indgivet skriftlige indlæg af:

— V.G. Müller-Fauré ved advocaat J. Blom

— Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA ved advocaat J.K. de Pree

— den nederlandske regering ved M.A. Fierstra, som befuldmægtiget

— den belgiske regering ved P. Rietjens, som befuldmægtiget

— den danske regering ved J. Molde, som befuldmægtiget

— den tyske regering ved W.-D. Plessing og B. Muttelsee-Schön, som befuldmægtigede

— den spanske regering ved N. Díaz Abad, som befuldmægtiget

— den irske regering ved M.A. Buckley, som befuldmægtiget, bistået af N. Hyland, BL

— den italienske regering ved U. Leanza, som befuldmægtiget, bistået af avvocato dello Stato I.M. Braguglia

— den svenske regering ved A. Kruse, som befuldmægtiget

— Det Forenede Kongeriges regering ved R. Magrill, som befuldmægtiget, bistået af barrister S. Moore

— den islandske regering ved E. Gunnarsson, H.S. Kristjánsson og V. Hauksdóttir, som befuldmægtigede

— den norske regering ved H. Seland, som befuldmægtiget

— Kommissionen for De Europæiske Fællesskaber ved P. Hillenkamp og H.M.H. Speyart, som befuldmægtigede,

efter at der på Domstolens foranledning er indgivet supplerende skriftlige indlæg af:

— E.E.M. van Riet ved A.A.J. van Riet

— Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA ved J.K. de Pree

— Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen ved H.H.B. Limberger, som befuldmægtiget

— den nederlandske regering ved H.G. Sevenster, som befuldmægtiget

— den spanske regering ved N. Díaz Abad

— den irske regering ved D.J. O'Hagan, som befuldmægtiget

— den svenske regering ved A. Kruse

— Det Forenede Kongeriges regering ved D. Wyatt, som befuldmægtiget, bistået af S. Moore

— den norske regering ved H. Seland

— Kommissionen ved H.M.H. Speyart,

på grundlag af retsmøderapporten,

efter at der i retsmødet den 10. september 2002 er afgivet mundtlige indlæg af Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA ved J.K. de Pree, af Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen ved R. Out, som befuldmægtiget, af den nederlandske regering ved H.G. Sevenster, af den danske regering ved J. Molde, af den spanske regering ved N. Díaz Abad, af den irske regering ved A. Collins, BL, af den finske regering ved T. Pynnä, som befuldmægtiget, af Det Forenede Kongeriges regering ved D. Lloyd-Jones, QC, og af Kommissionen ved H. Michard, som befuldmægtiget, og H.M.H. Speyart,

og efter at generaladvokaten har fremsat forslag til afgørelse den 22. oktober 2002,

afsagt følgende

Dom

1 Ved kendelse af 6. oktober 1999, indgået til Domstolen den 11. oktober 1999, har Centrale Raad van Beroep i medfør af artikel 234 EF forelagt tre præjudicielle spørgsmål vedrørende fortolkningen af EF-traktatens artikel 59 (efter ændring nu artikel 49 EF) og EF-traktatens artikel 60 (nu artikel 50 EF).

2 Disse spørgsmål er blevet rejst i forbindelse med to sager, der føres dels af V.G. Müller-Fauré mod Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA (gensidig sygeforsikringskasse, herefter »Zwijndrecht-sygekassen«), Zwijndrecht (Nederlandene), dels af E.E.M. van Riet mod Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (herefter »Amsterdam-sygekassen«), Amsterdam (Nederlandene), vedrørende godtgørelse af lægeudgifter afholdt henholdsvis i Tyskland og i Belgien.

Nationale retsforskrifter

3 Den nederlandske sygesikringsordning er i det væsentlige baseret på Ziekenfondswet (lov om sygeforsikring) af 15. oktober 1964 (*Staatsblad* 1964, nr. 392), med senere ændringer (herefter »ZFW«), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (almindelig lov om særlige sygdomsudgifter) af 14. december 1967 *(Staatsblad* 1967, nr. 617), ligeledes med senere ændringer (herefter »AWBZ«). Både ZFW

og AWBZ indfører en ordning med naturalydelser, hvorefter de forsikrede ikke har krav på godtgørelse af afholdte udgifter til lægebehandling, men på selve behandlingen, der ydes vederlagsfrit. Disse to love er baseret på en ordning med overenskomster mellem sygekasserne og de personer eller institutioner, der yder behandling.

4 Det fremgår af ZFW's artikel 2-4, at følgende personer umiddelbart er obligatorisk forsikret i henhold til loven: Arbejdstagere, hvis årlige indkomst ikke overstiger et ved loven fastsat loft, personer, som sidestilles med sådanne arbejdstagere, og modtagere af sociale ydelser samt de medlemmer af deres familie, over for hvem de har forsørgerpligt, og som tilhører deres husstand.

5 Ifølge ZFW's artikel 5, stk. 1, skal enhver, som er omfattet af bestemmelsens anvendelsesområde, og som vil gøre krav gældende i henhold til loven, være medlem af en sygekasse, der driver virksomhed i den kommune, hvori vedkommende er bosat.

6 ZFW's artikel 8 bestemmer:

»1. De forsikrede har ret til ydelser i forbindelse med lægebehandling, for så vidt som der ikke består nogen ret til denne behandling i henhold til Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [...]. Sygekasserne drager omsorg for, at denne ret for de hos dem registrerede forsikrede kan gøres gældende.

2. Ved eller i henhold til kongelig anordning fastsættes arten, indholdet og omfanget af ydelserne, således at disse i ethvert tilfælde, i et derved fastsat

omfang, omfatter lægehjælp samt pleje og behandling i kategorier af institutioner, som skal fastlægges. Derved kan det fastsættes som betingelse for at opnå en ydelse, at den forsikrede bidrager til udgifterne derved; bidraget behøver ikke at være ens for alle forsikrede.

[...]«

7 Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering (anordning om naturalydelser i henhold til sygeforsikringen) af 4. januar 1966 (*Staatsblad* 1966, nr. 3) med senere ændringer (herefter »Verstrekkingenbesluit«) gennemfører ZFW's artikel 8, stk. 2.

8 Verstrekkingenbesluit fastsætter således retten til ydelser og omfanget af disse for forskellige plejekategorier, herunder navnlig kategorierne »læge- og kirurgisk hjælp« og »indlæggelse og ophold på hospitaler«.

9 Den ved ZFW indførte ordning med indgåelse af overenskomster frembyder følgende væsentlige kendetegn.

10 ZFW's artikel 44, stk. 1, foreskriver, at sygekasserne »indgår overenskomster med personer og institutioner, der yder en eller flere former for behandling, som bestemt i den kongelige anordning, der er vedtaget i henhold til artikel 8«.

11 Ifølge ZFW's artikel 44, stk. 3, skal sådanne overenskomster mindst indeholde bestemmelser om arten og omfanget af parternes forpligtelser og rettigheder, de

former for behandling, som skal gives, behandlingens kvalitet og effektivitet, kontrollen med overholdelsen af overenskomsten, herunder kontrol med ydelser, som skal udredes, eller som er udredt, og rigtigheden af de beløb, som faktureres for disse ydelser, samt en forpligtelse til at meddele de med henblik på denne kontrol nødvendige oplysninger.

12 Sygekasserne kan frit indgå overenskomst med en hvilken som helst behandlingsyder, dog med et dobbelt forbehold. Dels fremgår det af ZFW's artikel 47, at enhver sygekasse »er forpligtet til at indgå overenskomst [...] med enhver institution, der er beliggende i det område, hvor den driver virksomhed, og som sædvanligvis anvendes af befolkningen i dette område«. Dels kan der kun indgås overenskomst med institutioner, der forskriftsmæssigt er meddelt tilladelse til at yde den pågældende hjælp, eller med personer, som lovligt er bemyndiget hertil.

13 Det bestemmes i ZFW's artikel 8a:

»1. En institution, der leverer ydelser som de i artikel 8 omhandlede, skal være i besiddelse af en tilladelse hertil.

2. Det kan ved kongelig anordning fastsættes, at en institution, der tilhører en kategori, der skal fastsættes ved kongelig anordning, anses for at have tilladelse i henhold til loven [...]«

14 Det fremgår af ZFW's artikel 8c, litra a), at der kan meddeles afslag på anerkendelse af en institution, som administrerer hospitaler, såfremt institutionen ikke opfylder bestemmelserne i Wet ziekenhuisvoorzieningen (lov om hospitaler)

med hensyn til spredning og behov. Denne lov, de i henhold hertil udstedte instrukser (navnlig instruksen baseret på lovens artikel 3, *Nederlandse Staatscourant* 1987, nr. 248) og de af provinserne fastsatte planer fastlægger på mere detaljeret måde de nationale behov med hensyn til de forskellige kategorier af hospitaler og deres spredning inden for de forskellige sundhedsregioner i Nederlandene.

15 For så vidt angår den konkrete udøvelse af retten til ydelser bestemmes det i ZFW's artikel 9:

»1. En forsikret, der vil gøre sin ret gældende til en ydelse, skal med henblik herpå, bortset fra i de tilfælde, der er opregnet i den kongelige anordning, som er nævnt i artikel 8, stk. 2, rette henvendelse til en person eller en institution, med hvilken den sygekasse, som han er tilsluttet, har indgået overenskomst herom, medmindre andet følger af bestemmelserne i stk. 4.

2. En forsikret kan frit vælge mellem de personer og institutioner, der er omhandlet i stk. 1, medmindre andet følger af bestemmelserne i stk. 5 og bestemmelserne vedrørende sygetransport som omhandlet i Wet ambulancevervoer ((lov om sygetransport), *Staatsblad* 1971, nr. 369).

3. [ophævet]

4. En sygekasse kan under fravigelse af bestemmelserne i stk. 1 og 2 give tilladelse til, at en forsikret med henblik på at gøre en ret til ydelse gældende retter henvendelse til en anden person eller en anden institution i

Nederlandene, såfremt det er nødvendigt for den lægelige behandling. Ministeren kan fastsætte, i hvilke tilfælde og på hvilke betingelser en forsikret med henblik på at gøre en ret til ydelse gældende kan rette henvendelse til en person eller en institution uden for Nederlandene.

[...]«

16 Ministeren har gjort brug af sin kompetence i henhold til ZFW's artikel 9, stk. 4, sidste punktum, idet han har udstedt Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering (bekendtgørelse om behandling i udlandet i forbindelse med sygeforsikring) af 30. juni 1988 (*Nederlandse Staatscourant* 1988, nr. 123, herefter »Rhbz«). Rhbz's artikel 1 bestemmer:

»Ved tilfælde, hvori en sygekasse kan tillade, at en forsikret med henblik på at gøre en ret til ydelse gældende retter henvendelse til en person eller en institution uden for Nederlandene, forstås de tilfælde, hvor sygekassen har konstateret, at det er nødvendigt for den lægelige behandling af den forsikrede.«

17 Såfremt den forsikrede får tilladelse til at henvende sig til en tjenesteyder, der er etableret i udlandet, vil udgifterne til behandling i deres helhed blive godtgjort af den sygekasse, som den forsikrede er tilsluttet.

18 Centrale Raad van Beroep har anført, at ifølge dens faste retspraksis skal ansøgninger om tilladelse til lægelig behandling i udlandet med henblik på godtgørelse i henhold til ZFW indgives til den sygekasse, som den forsikrede er medlem af, og sygekassen skal have givet forhåndstilladelse til behandling i

udlandet, medmindre der foreligger særlige omstændigheder, f.eks. et akut behov, idet udgifterne til behandlingen i modsat fald ikke kan godtgøres.

19 For så vidt angår betingelsen i ZFW's artikel 9, stk. 4, og Rhbz's artikel 1, hvorefter den forsikredes behandling i udlandet lægeligt set skal være nødvendig, fremgår det endvidere af sagen, at kassen i praksis tager hensyn til de behandlingsmetoder, der eksisterer i Nederlandene, og vurderer, om der rettidigt kan gives en adækvat behandling i Nederlandene.

Tvisterne i hovedsagerne

Müller-Fauré-sagen

20 Mens V.G. Müller-Fauré var på ferie i Tyskland, gik hun til behandling hos en derværende tandlæge, som placerede seks kroner og en rammeprotese i overkæben med præcisionsforankring. Behandlingerne, der blev udført fra den 20. oktober til den 18. november 1994, blev ydet uden for hospitalsregi.

21 Efter tilbagevenden fra sin ferie ansøgte V.G. Müller-Fauré Zwijndrecht-kassen om godtgørelse af behandlingerne med et samlet beløb på 7 444,59 DEM. Ved skrivelse af 12. maj 1995 nægtede kassen at imødekomme anmodningen på grundlag af en udtalelse fra dennes rådgivende tandlæge.

22 V.G. Müller-Fauré anmodede om en udtalelse fra Ziekenfondsraad, der har til opgave at føre tilsyn med ledelsen og forvaltningen af sygekasser, og denne

stadfæstede den 16. februar 1996 Zwijndrecht-kassens afgørelse med henvisning til, at forsikrede kun har krav på selve behandlingen og ikke på godtgørelse af udgifterne til behandling, medmindre der foreligger et undtagelsestilfælde, hvilket der ikke gjorde i det foreliggende tilfælde.

23 V.G. Müller-Fauré indbragte herefter sagen for Arrondissementsrechtbank te Rotterdam (Nederlandene). Ved dom af 21. august 1997 gav retten sygekassen medhold efter ligeledes at have konstateret, at der i den foreliggende sag ikke forelå noget undtagelsestilfælde, der kunne begrunde en godtgørelse af udgifterne, navnlig ikke når henses til, at behandlingen varede i flere uger og til behandlingens omfang.

24 Centrale Raad van Beroep har anført, at det under alle omstændigheder kun er en begrænset del af den behandling, der blev ydet til V.G. Müller-Fauré, som er omfattet af Verstrekkingenbesluit, og som dermed kan godtgøres. Retten har videre bemærket, at den pågældende frivilligt lod sig behandle af en tandlæge etableret i Tyskland, mens hun var på ferie det pågældende sted, fordi hun ikke havde tillid til de nederlandske tandlæger. Ifølge den nævnte rets praksis kan der i henhold til den nationale lovgivning under sådanne omstændigheder ikke ydes godtgørelse af udgifterne til lægelig behandling, der er udført i udlandet uden tilladelse fra den sygekasse, som den forsikrede er medlem af.

Van Riet-sagen

25 E.E.M. van Riet havde siden 1985 lidt af smerter i sit højre håndled. Den 5. april 1993 ansøgte hendes alment praktiserende læge Amsterdam-sygekassens rådgivende læge om tilladelse til at få foretaget en arthroskopi på hospitalet i Deurne (Belgien), hvor denne undersøgelse kunne foretages med en langt kortere frist end i Nederlandene. Sygekassen afslog anmodningen ved skrivelser af 24. juni og 5. juli 1993, fordi behandlingen også kunne opnås i Nederlandene.

26 E.E.M. van Riet havde i mellemtiden fået foretaget en arthroskopi i maj 1993 på hospitalet i Deurne, og det blev på baggrund af undersøgelsen besluttet at foretage en forkortelse af albuebenet for at mindske patientens smerter. Forberedelserne til, udførelsen af og opfølgningen af behandlingerne fandt sted i Belgien dels på hospitalet, dels uden for hospitalet. Amsterdam-sygekassen afslog at godtgøre udgifterne til disse indgreb, der beløb sig til i alt 93 782 BEF. Afgørelsen blev stadfæstet af Ziekenfondsraad med henvisning til, at E.E.M. van Riets behandling i Belgien hverken hastede eller var lægeligt begrundet, da der i Nederlandene kunne ydes en passende behandling inden for en rimelig frist. Den kompetente Arrondissementsrechtbank gav ikke E.E.M. van Riet medhold i hendes søgsmål til prøvelse af den pågældende afgørelse, idet den henviste til de samme grunde, som var blevet anført af førnævnte sygekasse.

27 Centrale Raad van Beroep, hvortil sagsøgeren i hovedsagen har appelleret sagen, har udtalt, at selv om det ikke er bestridt, at de fleste af de behandlinger, der er ydet til E.E.M. van Riet, er omfattet af Verstrekkingenbesluit, er behandlingerne i Belgien ydet uden forhåndstilladelse, og uden at det er fastslået, at den pågældende af lægelige eller andre grunde ikke med rimelighed kunne afvente, at Amsterdam-sygekassen tog stilling til hendes ansøgning. Desuden skulle E.E.M. van Riet ifølge retten ikke vente i urimelig lang til på at få foretaget en arthroskopi i Nederlandene. Det fremgår af sagen, at ventetiden var på omkring seks måneder.

28 Den forelæggende ret finder ikke, at betingelserne for at anvende artikel 22, stk. 1, litra a), i Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 af 14. juni 1971 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet, som ændret og ajourført ved Rådets forordning (EF) nr. 118/97 af 2. december 1996 (EFT 1997 L 28, s. 1, herefter forordning nr. 1408/71), er opfyldt i den foreliggende sag, idet hverken V.G. Müller-Faurés eller E.E.M. van Riets helbredstilstand under et ophold på en anden medlemsstats område krævede øjeblikkelig ydelse af hjælp. Ifølge den forelæggende ret er det heller ikke i henhold til samme forordnings artikel 22, stk. 1, litra c), og stk. 2, andet afsnit, fastslået, at de pågældende behandlinger under hensyn til helbredstilstanden hos sagsøgerne i hovedsagen,

ikke i Nederlandene ville kunne ydes inden for den frist, der »normalt er nødvendig«, i hvilket tilfælde sygekasserne ville have været forpligtet til at give tilladelse til behandlinger i en anden medlemsstat.

29 Den pågældende ret er ikke desto mindre i tvivl om, hvorvidt afslagene på godtgørelse er forenelige med traktatens artikel 59 og 60, når henses til dommen af 28. april 1998, Kohll (sag C-158/96, Sml. I, s. 1931). I denne dom var de omhandlede nationale bestemmelser ikke i sig selv til hinder for, at den forsikrede rettede henvendelse til en tjenesteyder etableret i en anden medlemsstat, men bestemmelserne stillede krav om, at den sygekasse, som den forsikrede var tilsluttet, forinden skulle have indgået en overenskomst med den pågældende tjenesteyder, hvilket normalt ikke var tilfældet. Når der ikke var indgået en sådan overenskomst, var godtgørelsen af udgifter afholdt i en anden medlemsstat betinget af, at der var indhentet en forhåndstilladelse, idet en sådan kun blev givet, hvis »den lægelige behandling krævede det«, hvilket sædvanligvis kun var tilfældet, når de behandlere, hvormed der var indgået overenskomst, ikke var i stand til at yde en passende behandling. Forpligtelsen til at indhente en forhåndstilladelse var således til fordel for de behandlere, hvormed der var indgået overenskomst — i praksis altid nederlandske — men til skade for personer eller institutioner fra andre medlemsstater, der yder behandling. Den forelæggende ret har tilføjet, at de nederlandske myndigheders administrative kompetence ikke omfatter behandlere, der er etableret i andre medlemsstater, hvilket kan forhindre, at der indgås overenskomster med sådanne behandlere.

30 Hvis det anerkendes, at den i ZFW's artikel 9, stk. 4, omhandlede tilladelse er til hinder for den frie udveksling af tjenesteydelser, er spørgsmålet ifølge Centrale Raad van Beroep, om det pågældende krav er begrundet.

31 Den forelæggende ret har herved fremhævet de særlige kendetegn ved den nederlandske sygesikringsordning. Ordningen sikrer grundlæggende naturalydelser i modsætning til de såkaldte »godtgørelsesordninger«. Ifølge de sagsøgte i hovedsagen ville ordningens økonomiske ligevægt kunne forrykkes, hvis de forsikrede, uden forhåndstilladelse, kunne få godtgjort udgifter til behandlinger, ydet i en anden medlemsstat. Retten har i denne forbindelse henvist til de

nationale foranstaltninger, der er truffet for at styre udgifterne til hospitalsbehandling, navnlig bestemmelserne i Wet Ziekenhuisvoorzieningen om planlægning og udbredelse af lægelige ydelser samt bestemmelserne i ZFW, hvorefter der kun kan ydes godtgørelse til behandlinger ydet af godkendte hospitaler.

De præjudicielle spørgsmål

32 Centrale Raad van Beroep har på denne baggrund besluttet at udsætte sagen og forelægge Domstolen følgende præjudicielle spørgsmål:

»1) Skal EF-traktatens artikel 59 og 60 [...] fortolkes således, at en bestemmelse som Ziekenfondswets artikel 9, stk. 4, sammenholdt med artikel 1 i Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering, i princippet er uforenelig med disse artikler, for så vidt det heri bestemmes, at en af en sygekasse forsikret person for at kunne gøre sin ret til ydelser gældende skal have forudgående samtykke fra sygekassen, før han må henvende sig til en person eller institution uden for Nederlandene, som sygekassen ikke har indgået aftale med?

2) Såfremt det første spørgsmål besvares bekræftende, er de ovenfor [...] nævnte formål med den nederlandske naturalydelsesordning da tvingende almene hensyn, som kan berettige en begrænsning af det grundlæggende princip om fri udveksling af tjenesteydelser?

3) Er det af betydning for besvarelsen af disse spørgsmål, om behandlingen helt eller delvis vedrører lægebehandling på et sygehus?«

33 Ved skrivelse af 12. juli 2001 spurgte Domstolens Justitskontor den forelæggende ret, om den ønskede at opretholde den præjudicielle forelæggelse, når hensås til den dom, der samme dag var afsagt i Smits og Peerbooms-sagen (sag C-157/99, Sml. I, s. 5473).

34 Ved skrivelse af 25. oktober 2001 meddelte den forelæggende ret Domstolen, at den ønskede at fastholde sine spørgsmål, idet Smits og Peerbooms-dommen ikke tager stilling til de særlige kendetegn ved den nederlandske sygesikringsordning, der er en ordning med naturalydelser beroende på indgåelse af overenskomster. Retten anmodede endvidere Domstolen om at præcisere rækkevidden af nævnte doms præmis 103, hvorefter

»[...] betingelsen om behandlingens nødvendige karakter, som fastsat ved den i hovedsagerne omhandlede ordning, kan begrundes med henblik på traktatens artikel 59, for så vidt som den fortolkes således, at tilladelsen til at undergå behandling i en anden medlemsstat kun kan afslås, når en tilsvarende behandling eller en behandling, som frembyder samme grad af virkning for patienten, kan ydes rettidigt af en institution, med hvilken den forsikredes sygekasse har indgået en overenskomst.«

35 Den forelæggende ret har nærmere bestemt spurgt Domstolen, hvad der skal forstås ved udtrykket »rettidigt«, og herved navnlig om en sådan betingelse skal undergives en ren lægelig vurdering, uafhængig af hvor lang ventetiden er for at opnå den ønskede behandling.

36 Ved skrivelse af 6. marts 2002 anmodede Domstolens Justitskontor parterne i hovedsagen, medlemsstaterne og Kommissionen om at fremsætte deres eventuelle bemærkninger vedrørende konsekvenserne af Smits og Peerbooms-dommen i forhold til de spørgsmål, som Centrale Raad van Beroep har stillet.

Det første spørgsmål

37 Med sit første præjudicielle spørgsmål ønsker den forelæggende ret nærmere bestemt oplyst, om traktatens artikel 59 og 60 skal fortolkes således, at de er til hinder for en medlemsstats lovgivning, som den i hovedsagerne omhandlede, hvorefter godtgørelse af udgifter til behandling i en anden medlemsstat, der ydes af en person eller en institution, hvormed den sygekasse, som den forsikrede er tilsluttet, ikke har indgået nogen overenskomst, er betinget af, at der indhentes en forhåndstilladelse fra den pågældende sygekasse.

38 Det bemærkes indledningsvis, at det fremgår af fast retspraksis, at lægelig virksomhed henhører under anvendelsesområdet for traktatens artikel 60, uden at der herved skal sondres efter, om hjælpen ydes inden for eller uden for hospitalssektoren (jf. senest Smits og Peerbooms-dommen, præmis 53).

39 Domstolen har i Smits og Peerbooms-dommen, præmis 54 og 55, ligeledes fastslået, at den omstændighed, at de relevante retsregler henhører under det sociale sikringsområde og i relation til sygeforsikringen nærmere bestemt fastlægger en ordning med naturalydelser snarere end en godtgørelse af udgifter, ikke indebærer, at den omhandlede lægelige behandling kan udelukkes fra anvendelsesområdet for den frie udveksling af tjenesteydelser, der er sikret i EF-traktaten. Det ligger fast, at udgifterne til de behandlinger, der i hovedsagerne er ydet i en anden medlemsstat end den, hvori den pågældende er tilsluttet en sygekasse, faktisk er blevet betalt af patienten direkte til den læge eller institution, der har udført behandlingerne.

40 Da de lægelige ydelser henhører under anvendelsesområdet for den frie udveksling af tjenesteydelser i henhold til traktatens artikel 59 og 60, skal det undersøges, om de i hovedsagen omhandlede retsforskrifter indfører hindringer

for denne frihed, for så vidt som de stiller krav om, at der skal indhentes en forhåndstilladelse fra sygekassen som betingelse for at få godtgjort udgifterne til behandlinger, udført i en anden medlemsstat end den, hvori den forsikredes sygekasse er etableret, og af en person eller en institution, som ikke har indgået en overenskomst med nævnte sygekasse.

41 Domstolen har herved i Smits og Peerbooms-dommen, præmis 62, allerede fastslået, at selv om ZFW ganske vist ikke fratager de forsikrede muligheden for at benytte en tjenesteyder, der er etableret i en anden medlemsstat end den, hvori den forsikredes sygekasse er beliggende, forholder det sig dog således, at loven stiller krav om forhåndstilladelse som betingelse for godtgørelse af afholdte udgifter, og at den desuden foreskriver, at en sådan tilladelse, som anført af den forelæggende ret, kun vil blive givet, såfremt den omhandlede behandling, uanset om den er en hospitalsydelse eller ej, er lægeligt begrundet.

42 Sidstnævnte betingelse er dog i praksis kun opfyldt, såfremt der ikke rettidigt kan fås en adækvat behandling hos en læge eller på et hospital, der har indgået overenskomst, i den medlemsstat, hvor vedkommende er medlem af en sygekasse, hvilket efter sin natur kraftigt vil kunne begrænse de tilfælde, hvori der gives en tilladelse (Smits og Peerbooms-dommen, præmis 64).

43 De nederlandske sygekasser kan ganske vist frit indgå overenskomster med hospitaler beliggende uden for Nederlandene, og i et sådant tilfælde kræves ikke nogen forhåndstilladelse med henblik på godtgørelse i medfør af ZFW af udgifter til pleje, der er ydet af sådanne institutioner. Når der ses bort fra hospitaler beliggende i grænseområderne til Nederlandene, forekommer det imidlertid illusorisk at forestille sig, at et større antal hospitaler beliggende i andre medlemsstater nogensinde vil blive foranlediget til at indgå overenskomster med nævnte sygekasser, når deres udsigter til at modtage patienter, som er medlemmer af disse sygekasser, forbliver usikre og begrænsede (Smits og Peerbooms-dommen, præmis 65 og 66).

44 Domstolen har således allerede fastslået, at en ordning som den i hovedsagerne omhandlede afholder eller endog forhindrer de socialt forsikrede fra at rette henvendelse til personer, der leverer lægelige tjenesteydelser, og som er etableret i en anden medlemsstat end den medlemsstat, hvori vedkommende er tilsluttet en sygekasse, og udgør såvel for de forsikrede som for tjenesteyderne en hindring for den frie udveksling af tjenesteydelser (Smits og Peerbooms-dommen, præmis 69).

45 Inden der tages stilling til spørgsmålet om, hvorvidt traktatens artikel 59 og 60 er til hinder for forskrifter som de i hovedsagen omhandlede, skal det undersøges, om forskrifterne er objektivt begrundede, hvilket det andet spørgsmål tilsigter at afklare.

Det andet og det tredje spørgsmål

46 Med det andet og det tredje spørgsmål, som bør behandles samtidigt, ønsker den forelæggende ret oplyst, om retsforskrifter, som de i hovedsagen omhandlede, der har restriktive virkninger for den frie udveksling af tjenesteydelser, kan begrundes alene med henvisning til de særlige kendetegn ved den nationale sygesikringsordning, som ikke sikrer godtgørelse af afholdte udgifter, men som derimod i alt væsentligt sikrer naturalydelser og er baseret på et system med overenskomster, der dels har til formål at sikre behandlingernes kvalitet, dels at styre udgifterne til behandlinger. Retten ønsker ligeledes oplyst, om den omstændighed, at den omhandlede behandling helt eller delvis er ydet på et hospital, har nogen betydning for besvarelsen af spørgsmålet.

Den for Domstolen fremførte argumentation

47 Ifølge den nederlandske regering og Zwijndrecht-kassen er den i henhold til ZFW's artikel 9, stk. 4, krævede tilladelse en del af den nederlandske

sygesikringsordning. Når dækningen af risikoen for sygdom sker i form af naturalydelser, som det er tilfældet i den omhandlede ordning, er det nødvendigt, at der forudgående, mellem kassen og behandlerne, indgås overenskomster om sundhedsydelsernes omfang, kvalitet, virkning og udgifterne hertil, således at man dels kan planlægge behovet og styre udgifterne, dels kan sikre en god lægetjeneste med ensartede ydelser og således en ensartet behandling af de forsikrede. En sådan ordning med overenskomster er primært til fordel for de forsikrede.

48 Regeringen og Zwijndrecht-kassen har påpeget, at de forsikrede altså blot skal henvende sig til de behandlere, hvormed der er indgået overenskomst, eller — hvis de desuagtet ønsker at lade sig behandle af en læge eller en institution, som ikke har indgået nogen overenskomst, og som er etableret enten i Nederlandene eller i udlandet — skal indhente en forhåndstilladelse fra den sygekasse, som de er tilsluttet.

49 Den nederlandske regering og Zwijndrecht-kassen har tilføjet, at hvis der ikke blev stillet krav om forhåndstilladelse, ville behandlerne ikke have nogen interesse i at indgå overenskomster og lade sig binde af aftaler om ydelsernes tilgængelighed, omfang, kvalitet, virkning og priser, hvilket ville betyde, at de myndigheder, der administrerer sygesikringen, ville være ude af stand til at planlægge behovene, at justere udgifterne til behandling og at sikre en lægebehandling af god kvalitet for alle. Overenskomstsystemet ville således efter deres opfattelse miste sin eksistensberettigelse som instrument til forvaltning af sundhedsydelser, hvilket ville krænke medlemsstaterne enekompetence til at udforme deres sociale sikringsordning, som fastslået i Domstolens praksis. Den nederlandske regering har i denne forbindelse begrundet forekomsten af ventelister med, at der er begrænsede finansielle ressourcer til rådighed til dækning af sundhedsydelser, og at der derfor er behov for at kvantificere de indgreb, der skal foretages, og at foretage en prioritering, som nøje bør overholdes.

50 De har videre anført, at de nederlandske sygekasser ikke kan tvinges til at indgå overenskomster med flere behandlere end nødvendigt for at kunne imødekomme

de behov, som befolkningen i Nederlandene har. Den nederlandske regering har anført, at det netop er for at imødekomme dette behov, at størstedelen af overenskomsterne er indgået med behandlere etableret i Nederlandene, da de forsikrede naturligvis efterspørger flest behandlinger i Nederlandene.

51 For så vidt angår vurderingen af, om »en tilsvarende behandling eller en behandling, som frembyder samme grad af virkning for patienten, kan ydes rettidigt«, jf. ordlyden af Smits og Peerbooms-dommen, præmis 103, er Zwijndrecht-kassen endelig af den opfattelse, at selve den omstændighed, at den pågældende er optaget på en venteliste, ikke betyder, at den pågældende behandling ikke står til rådighed. Hvis Domstolen skulle anlægge en anden fortolkning, ville der ske en væsentlig udvidelse af betingelserne for, hvornår der kan tildeles ydelser, hvis fastsættelse hører under medlemsstaternes kompetence. Det ville endvidere skabe usikkerhed med hensyn til alle de planlægnings- og rationaliseringsbestræbelser, der inden for sundhedssektoren udfoldes for at undgå problemer i form af overkapacitet, et uafbalanceret udbud, spild og svind.

52 Den nederlandske regering har herved gjort gældende, at det klart fremgår af Smits og Peerbooms-dommen, præmis 103, at fastlæggelsen af fristen for, hvornår en lægelig behandling er nødvendig, skal ske på grundlag af patientens lægelige situation og sygdomshistorie. Det tilkommer den nationale ret at vurdere, om behandlingen står til rådighed inden for denne frist, hvilket er et skøn med hensyn til faktiske forhold.

53 Den danske, tyske, spanske, irske, italienske og svenske regering, Det Forenede Kongeriges regering samt den islandske og norske regering har i det hele tilsluttet sig de ovenfor anførte betragtninger.

54 Den spanske regering har nærmere bestemt gjort gældende, at det inden for en sygesikringsordning, der udelukkende foreskriver naturalydelser, er unødvendigt

at sondre mellem de behandlinger, der ydes af en praktiserende læge, og dem, der ydes af et hospital. Regeringen har tilføjet, at hvis en forsikret modtager sundhedsydelser eller køber lægemidler i en anden medlemsstat end den, hvori hans sygekasse er etableret, vil de skatter og afgifter, der betales af tjenesteyderne eller leverandørerne, ikke tilgå budgettet i den medlemsstat, hvori den pågældende er forsikret, hvilket vil skade en af finansieringskilderne for den sociale sikring i den pågældende stat.

55 Den irske regering og Det Forenede Kongeriges regering har anført, at den forsikredes adgang til at rejse til en anden medlemsstat end den, hvori den pågældende er forsikret, for at få behandlinger dér, har en negativ indvirkning på prioriteringen af lægebehandlingen og administrationen af ventelister, hvilket er vigtige elementer i organisationen af en sygeforsikring. Det Forenede Kongeriges regering har herved gjort gældende, at de begrænsede økonomiske ressourcer, der tildeles National Health Service (det nationale sundhedsvæsen, herefter »NHS«), forvaltes af de lokale sundhedsmyndigheder, der fastsætter tidsplaner for forskellige behandlinger på grundlag af kliniske vurderinger og lægeligt begrundede prioriteringer. Patienterne kan ikke kræve at få udført en hospitalsbehandling inden for en vis frist. Hvis patienterne kunne forkorte deres ventetid ved uden forhåndstilladelse at benytte sig af de behandlingstilbud, der udbydes i andre medlemsstater, og hvis den kompetente sygekasse desuagtet var forpligtet til at godtgøre udgifterne til sådanne behandlinger, ville dette indebære, at ordningens økonomiske ligevægt ville blive forrykket, og at de ressourcer, der står til rådighed for de behandlinger, der haster mest, ville blive kraftigt beskåret, hvilket således ville indskrænke NHS's mulighed for at tilbyde sundhedsydelser på et passende niveau.

56 Det Forenede Kongeriges regering har tilføjet, at såfremt der sker en liberalisering af hospitalsydelserne, ville landets hospitaler være ude af stand til at forudsige, om efterspørgslen vil falde som følge af, at der benyttes hospitalsbehandlinger i andre medlemsstater, og om efterspørgslen vil stige som følge af, at personer, som er forsikret i disse stater, vil kunne benytte sig af hospitalsbehandlinger, der udbydes i Det Forenede Kongerige. Sådanne virkninger af liberaliseringen vil ikke nødvendigvis blive udlignet og vil få forskellige konsekvenser for de enkelte hospitaler i Det Forenede Kongerige.

57 For så vidt angår spørgsmålet om, hvilke kriterier der skal lægges til grund ved afgørelsen af, om en tilsvarende behandling eller en behandling, som frembyder samme grad af virkning for patienten, vil kunne ydes rettidigt i den medlemsstat, hvori den pågældende er tilsluttet en sygekasse, har Det Forenede Kongeriges regering, ligesom den svenske regering, henvist til artikel 22, stk. 2, andet afsnit, i forordning nr. 1408/71, sammenholdt med artikel 22, stk. 1, litra c), hvoraf det fremgår, at den tilladelse, der kræves for at rejse til en anden medlemsstat for dér at modtage behandlinger, ikke kan nægtes den pågældende, hvis behandlingen under hensyn til den pågældendes aktuelle helbredstilstand og udsigterne for sygdommens udvikling ikke kan ydes inden for den frist, der normalt er nødvendig i den medlemsstat, hvor han er bosat. De har ligeledes henvist til den fortolkning af disse bestemmelser, der er fastslået i præmis 10 i dom af 31. maj 1979, Pierik (sag 182/78, Sml. s. 1977).

58 Det Forenede Kongeriges regering har herved understreget, at der i Det Forenede Kongerige i praksis normalt gives tilladelse til behandlinger, der udbydes på en anden medlemsstats område, når behandlingsfristen overskrider den maksimale ventetid. De nationale ventelister tager ifølge regeringen hensyn til de forskellige patientgruppers særlige behov og gør det muligt at foretage den bedst mulige allokering af hospitalsressourcer. Ventelisterne er fleksible, idet en patient, hvis helbredstilstand pludselig forværres, vil kunne indplaceres højere oppe på ventelisten og dermed behandles med kort varsel. Hvis de kompetente myndigheder, også selv om den sædvanlige ventetid ikke var overskredet, var forpligtet til at give tilladelse til behandlinger i udlandet, som skulle betales af NHS, ville det have uheldige konsekvenser for administrationen af NHS og sidstnævntes finansielle bæredygtighed.

59 Det Forenede Kongeriges regering har under alle omstændigheder fremhævet de særlige kendetegn ved NHS og har opfordret Domstolen til at fastholde princippet om, at sundhedsydelser, der udbydes inden for en sådan national sygesikringsordning, ikke henhører under anvendelsesområdet for traktatens artikel 60, og til at fastslå, at NHS, der er et almennyttigt organ, ikke er en tjenesteyder i traktatens forstand.

60 Den danske regering har henvist til, at der vil være risiko for et overforbrug af sundhedsydelser, hvis patienterne fik fri adgang til vederlagsfri lægebehandling, der udbydes i andre medlemsstater end den, hvori den forsikredes sygekasse er etableret, og risiko for, at den indenlandske lægelige kompetence ikke i fornødent omfang vil kunne opretholdes på sjældne og komplicerede sygdomsområder, hvis patienter i stort omfang søger til udlandet for at få behandlinger dér.

61 Den belgiske regering er af den opfattelse, at det, der særligt kendetegner den nederlandske ordning, nemlig at den ikke sikrer godtgørelse af de afholdte udgifter, men derimod naturalydelser, ikke i sig selv er et alment hensyn, der kan begrunde hindringer i den frie udveksling af tjenesteydelser. Den belgiske regering gør gældende, at man skal sondre mellem, om ydelserne leveres uden for eller på et hospital.

62 For så vidt angår førstnævnte tilfælde har den belgiske regering anført, at hindringer for den frie udveksling af tjenesteydelser i henhold til Kohll-dommen under ingen omstændigheder kan begrundes. I det andet tilfælde vil tungtvejende hensyn til beskyttelsen af den økonomiske ligevægt inden for den sociale sikringsordning samt til opretholdelsen af en stabil læge- og hospitalstjeneste, som alle har adgang til, derimod kunne begrunde, at der stilles krav om forhåndstilladelse, når der er tale om ydelser, der udbydes af hospitalsvæsenet i en anden medlemsstat end den, hvori den forsikredes sygekasse er etableret. Hvis der ikke kræves nogen forhåndstilladelse, vil der desuden, ifølge den belgiske regering, kunne opstå en tendens til, at de medlemsstater, som har ventelister til hospitalsbehandling, vil sende deres borgere til behandling uden for landets grænser i stedet for at investere i deres egen infrastruktur, hvilket således kunne have en negativ indvirkning på andre medlemsstaters bestræbelser på at foretage en planlægning på hospitalsområdet.

63 Kommissionen sondrer mellem den behandling, der tilbydes i en lægepraksis — herunder hører efter Kommissionens opfattelse ambulant behandling i hospitalsregi — og egentlig hospitalsbehandling. For så vidt angår førstnævnte kategori skal man henholde sig til den analyse, der er indeholdt i dommene af 28. april 1998, Decker (sag C-120/95, Sml. I, s. 1831), og Kohll, idet kravet om

forhåndstilladelse er uforeneligt med fællesskabsretten, navnlig for så vidt angår specialiserede tandlægebehandlinger forbundet med store omkostninger. For så vidt angår den anden kategori af behandlinger, der ydes i hospitalsregi, skal der i følge Kommissionen henvises til Smits og Peerbooms-dommen, hvori det fastslås, at et krav om forhåndstilladelse er begrundet i hensynet til behovet for planlægning, idet et afslag på tilladelse under alle omstændigheder er undergivet de begrænsninger, som Domstolen har fastlagt i sidstnævnte dom.

64 For så vidt angår fortolkningen af udtrykket »rettidigt«, der er indeholdt i Smits og Peerbooms-dommens præmis 103, er Kommissionen af den opfattelse, at der udelukkende skal tages hensyn til den pågældendes lægelige situation, således som det fremgår af samme doms præmis 104.

65 Endelig har den norske regering gjort gældende, at betingelserne for tildeling af ydelser og de frister, inden for hvilke disse kan udføres, udelukkende skal fastsættes i national lovgivning. Ifølge den norske regering kan patienter ikke med henvisning til fællesskabsretten få ret til sundhedsydelser i en anden medlemsstat end den, hvori den pågældende er tilsluttet en sygekasse, når de ikke kan gøre krav på sådanne ydelser i deres egen medlemsstat eller få en behandling efter en kortere ventetid end den, der gælder i henhold til den nationale lovgivning. I modsat fald ville der ske et indgreb i medlemsstaternes kompetence til at organisere deres egen sociale sikringsordning og en overskridelse af anvendelsesområdet for traktatens bestemmelser om fri udveksling af tjenesteydelser.

Domstolens bemærkninger

66 Det fremgår af sagen, at de hensyn, der er anført som begrundelse for kravet om en forhåndstilladelse som betingelse for, at sygeforsikringen dækker udgifterne til ydelser leveret i en anden medlemsstat end den, hvori den pågældende er tilsluttet en sygekasse — hvad enten der er tale om ydelser inden for eller uden for

hospitalsvæsenet — først og fremmest vedrører beskyttelsen af folkesundheden, idet ordningen med indgåelse af overenskomster har til formål at sikre en god og stabil læge- og hospitalstjeneste, som alle har adgang til, og at sikre den økonomiske ligevægt inden for den sociale sikring, idet en sådan ordning endvidere gør det muligt for de administrative myndigheder at styre udgifterne ved at foretage justeringer efter de planlagte behov og efter forud fastsatte prioriteringer, og endelig vedrører de særlige kendetegn ved sygesikringsordningen i Nederlandene, som stiller naturalydelser til rådighed.

Risikoen for, at beskyttelsen af folkesundheden forringes

67 Det fremgår af Domstolens praksis, at formålet med at opretholde en stabil læge- og hospitalstjeneste, som alle har adgang til, kan være omfattet af en af de undtagelser, der er fastsat i EF-traktatens artikel 56 (efter ændring nu artikel 46 EF), i det omfang det bidrager til at opnå et højt niveau for beskyttelse af sundheden (Kohll-dommen, præmis 50, og Smits og Peerbooms-dommen, præmis 73). Den nævnte traktatbestemmelse tillader navnlig medlemsstaterne at begrænse den frie udveksling af læge- og hospitalsydelser, i det omfang opretholdelse af behandlingsmuligheder eller en lægelig kompetence på det nationale territorium er væsentlig for den offentlige sundhed eller endog for befolkningens overlevelse (Kohll-dommen, præmis 51, og Smits og Peerboomsdommen, præmis 74).

68 I henhold til fast praksis skal det imidlertid sikres, at foranstaltninger, der træffes med henvisning til, at de er begrundet i en af traktatens undtagelser eller i tvingende almene hensyn, ikke overskrider, hvad der er objektivt nødvendigt med henblik på at opfylde dette formål, og at samme resultat ikke kan nås ved hjælp af mindre indgribende regler (jf. dom af 4.12.1986, sag 205/84, Kommissionen mod Tyskland, Sml. s. 3755, præmis 27 og 29, af 26.2.1991, sag C-180/89, Kommissionen mod Italien, Sml. I, s. 709, præmis 17 og 18, af 20.5.1992, sag C-106/91, Ramrath, Sml. I, s. 3351, præmis 30 og 31, og Smits og Peerboomsdommen, præmis 75).

69 I den foreliggende sag har den argumentation, der er anført som begrundelse for kravet om forhåndstilladelse, til formål at påvise, at såfremt patienterne kunne lade sig behandle i en anden medlemsstat end den, hvori den pågældende er tilsluttet en sygekasse, uden på forhånd at have fået tilladelse hertil, ville den kompetente stat ikke længere på sit territorium kunne sikre en god og stabil læge- og hospitalstjeneste, som alle har adgang til, og dermed et højt beskyttelsesniveau for folkesundheden.

70 For så vidt angår det argument, der er anført af den danske regering, hvorefter den lægelige kompetence, hvad enten lægen virker i en praksis eller på et hospital, vil blive forringet, hvis patienter, som det hævdes, i stort omfang vil søge til udlandet, for at få udført behandlinger dér, må det fastslås, at der ikke er blevet anført konkrete momenter til støtte for dette argument.

71 Hvad angår formålet med at opretholde en stabil læge- og hospitalstjeneste, som alle har adgang til, er dette uløseligt forbundet med, hvordan den sociale sikringsordning finansieres og udgifterne kontrolleres, hvilket behandles i det følgende.

Risikoen for et alvorligt indgreb i den sociale sikringsordnings økonomiske ligevægt

72 Det bemærkes indledningsvis, at formål af rent økonomisk art i henhold til Domstolens praksis ikke kan begrunde en begrænsning af det grundlæggende princip om fri udveksling af tjenesteydelser (jf. i denne retning dom af 5.6.1997, sag C-398/95, SETTG, Sml. I, s. 3091, præmis 23, og Kohll-dommen, præmis 41).

73 Det kan dog ikke udelukkes, at navnlig såfremt det overordnede niveau for beskyttelsen af den offentlige sundhed påvirkes, vil en risiko for et alvorligt

indgreb i den sociale sikringsordnings økonomiske ligevægt kunne udgøre et tvingende alment hensyn, som kan berettige en sådan begrænsning (Kohll-dommen, præmis 41, og Smits og Peerbooms-dommen, præmis 72).

74 Det siger sig selv, at en godtgørelse af udgifterne til en enkeltstående behandling, der udføres i en anden medlemsstat end den, hvori den forsikredes sygekasse er etableret, aldrig vil kunne have nogen væsentlig indflydelse på finansieringen af den sociale sikringsordning. Det er derfor nødvendigt at anlægge en overordnet vurdering af, hvilke konsekvenser den frie udveksling af tjenesteydelser kan have for sundhedsområdet.

75 Det kan herved undertiden være vanskeligt at foretage en sondring mellem hospitalsydelser og ydelser, der ikke er hospitalsydelser. Navnlig vil visse behandlinger, der ydes i hospitalsregi, men som også kan udføres af en læge i dennes praksis eller i et lægecenter, kunne sidestilles med ydelser, der ikke er hospitalsydelser. Spørgsmålet om, hvorvidt de omhandlede behandlinger er hospitalsydelser eller ikke er hospitalsydelser, har i hovedsagerne ikke været noget stridspunkt, hverken for parterne, for de stater, der har indgivet indlæg i medfør af artikel 20 i EF-statutten for Domstolen eller for Kommissionen.

Hospitalsydelser

76 Hvad angår hospitalsydelser som dem, der er ydet til E.E.M. van Riet på hospitalet i Deurne, har Domstolen allerede i Smits og Peerbooms-dommen, præmis 76-80, anlagt følgende betragtninger.

77 Det er almindelig kendt, at antallet af hospitaler, deres geografiske spredning, deres indretning og det udstyr, som de er forsynet med, eller endog arten af de lægelige ydelser, som de skal tilbyde, skal kunne gøres til genstand for planlægning.

78 Som den i hovedsagerne omhandlede ordning med indgåelse af overenskomster bl.a. vidner om, tilgodeser en sådan planlægning i almindelighed forskellige hensyn.

79 For det første forfølger den formålet med at sikre, at der på den pågældende medlemsstats område er en tilstrækkelig og vedvarende adgang til et afbalanceret udbud af gode hospitalsydelser.

80 For det andet er den en del af en vilje til at sikre styring af omkostninger og til i videst muligt omfang at undgå ethvert spild af økonomiske, tekniske og menneskelige ressourcer. Et sådant spild er faktisk så meget desto mere skadeligt, som det er ubestridt, at hospitalssektoren er forbundet med betydelige omkostninger og skal opfylde stigende behov, mens de økonomiske ressourcer, der kan anvendes til sundhedsbehandling, ikke, uanset den anvendte finansieringsmetode, er ubegrænsede.

81 Under disse omstændigheder forekommer det krav, hvorefter den nationale sociale sikringsordnings godtgørelse af udgifter forbundet med hospitalsbehandling ydet i en anden medlemsstat end den, hvor den pågældende er sikret, er betinget af en forhåndstilladelse, at være en foranstaltning, der er både nødvendig og rimelig.

82 For så vidt angår den specifikke ordning, der er indført ved ZFW, har Domstolen klart fastslået, at såfremt de forsikrede frit og under alle omstændigheder kunne gøre brug af hospitaler, med hvilke deres sygekasse ikke har indgået nogen som

helst overenskomst, uanset om det drejer sig om institutioner beliggende i Nederlandene eller i en anden medlemsstat, vil ethvert forsøg på planlægning gennem ordningen med indgåelse af overenskomster, med henblik på at bidrage til at sikre et rationelt, stabilt, afbalanceret og tilgængeligt udbud af hospitalsbehandling, samtidig blive bragt i fare (Smits og Peerbooms-dommen, præmis 81).

83 Selv om fællesskabsretten ikke i princippet er til hinder for en ordning med forhåndstilladelse for denne form for ydelser, er det ikke desto mindre nødvendigt, at de betingelser, der fastsættes for meddelelse af en sådan tilladelse, er berettigede med henblik på de nævnte krav, og at de opfylder det krav om forholdsmæssighed, som er anført i denne doms præmis 68.

84 Det fremgår endvidere af Domstolens faste praksis, at en ordning med forudgående administrativ tilladelse ikke kan legitimere en skønsmæssig adfærd fra de nationale myndigheders side, som kan føre til, at fællesskabsbestemmelserne, og navnlig bestemmelserne om en grundlæggende frihedsrettighed som den i hovedsagerne omhandlede, berøves deres effektive virkning (dom af 23.2.1995, forenede sager C-358/93 og C-416/93, Bordessa m.fl., Sml. I, s. 361, præmis 25, af 14.12.1995, forenede sager C-163/94, C-165/94 og C-250/94, Sanz de Lera m.fl., Sml. I, s. 4821, præmis 23-28, og af 20.2.2001, sag C-205/99, Analir m.fl., Sml. I, s. 1271, præmis 37).

85 Hvis en ordning med forudgående administrativ tilladelse skal være begrundet, skønt den bryder med en grundlæggende frihedsrettighed, må den i alt fald bygge på objektive kriterier, der ikke er udtryk for forskelsbehandling, og som er kendt på forhånd, således at de lægger en ramme for de nationale myndigheders skønsudøvelse, der dermed ikke bliver udtryk for vilkårlighed (Analir m.fl.-dommen, præmis 38). En sådan ordning med forudgående administrativ tilladelse skal endvidere være baseret på et proceduremæssigt system, som er let tilgængeligt og egnet til at sikre de berørte, at deres ansøgning bliver behandlet objektivt og upartisk inden for en rimelig frist, idet eventuelle afslag på tilladelser desuden skal kunne anfægtes under et søgsmål (Smits og Peerbooms-dommen, præmis 90).

86 Det bemærkes, at tvisten i hovedsagerne ikke vedrører spørgsmålet, om den nederlandske sygesikringsordning egentlig dækker de læge- og hospitalsbehandlinger, som er ydet til V.G. Müller-Fauré og E.E.M. van Riet. Tvistepunktet i sagerne er snarere, om der for de pågældende var et lægeligt behov for at få udført de omhandlede behandlinger i henholdsvis Tyskland og i Belgien, snarere end i Nederlandene. I Smits og Peerbooms-dommen, præmis 99-107, har Domstolen ligeledes udtalt sig om denne betingelse, som hænger sammen med den pågældende lægelige behandlings nødvendige karakter, som er en forudsætning for meddelelsen af tilladelsen.

87 Som den forelæggende ret har anført, fremgår det af ordlyden af ZFW's artikel 9, stk. 4, og Rhbz's artikel 1, at denne betingelse i princippet finder anvendelse uden forskel alt efter, om ansøgningen om tilladelse vedrører en behandling, der skal gives af en institution beliggende i Nederlandene, med hvilken den forsikredes sygekasse ikke har indgået en overenskomst, eller af en institution beliggende i en anden medlemsstat.

88 For så vidt angår hospitalsbehandling, udført uden for Nederlandene, har den nævnte ret anført, at betingelsen om behandlingens nødvendige karakter i praksis er blevet fortolket således, at en sådan behandling kun tillades, såfremt det fremgår, at der ikke rettidigt kan gives en adækvat behandling i Nederlandene. Den nederlandske regering har præciseret, at det af en samlet gennemlæsning af ZFW's artikel 9, stk. 4, og Rhbz's artikel 1, fremgår, at tilladelsen kun skal afslås, når den behandling, som er nødvendig på grund af den forsikredes helbredstilstand, kan fås hos behandlingsydere, med hvilke der er blevet indgået overenskomst.

89 Betingelsen om behandlingens nødvendige karakter, som fastsat ved den i hovedsagerne omhandlede ordning, kan begrundes med henblik på traktatens artikel 59, for så vidt som den fortolkes således, at tilladelsen til at undergå behandling i en anden medlemsstat kun kan afslås, når en tilsvarende behandling eller en behandling, som frembyder samme grad af virkning for patienten, kan

ydes rettidigt af en institution, med hvilken den forsikredes sygekasse har indgået en overenskomst (Smits og Peerbooms-dommen, præmis 103).

90 Ved vurderingen af, om en behandling, der frembyder samme grad af virkning for patienten, kan opnås rettidigt i en institution, der har indgået en overenskomst med den sygekasse, som den forsikrede er tilsluttet, er de nationale myndigheder forpligtet til at tage hensyn til alle de omstændigheder, der kendetegner hver enkelt konkret sag, under behørig hensyntagen ikke alene til patientens lægelige situation på det tidspunkt, hvor der ansøges om tilladelse, herunder i givet fald omfanget af patientens smerter eller arten af hans handicap, der for eksempel vil kunne gøre det umuligt eller overordentligt vanskeligt at udøve et erhverv, men også under hensyn til hans sygdomshistorie (jf. i denne retning Smits og Peerbooms-dommen, præmis 104).

91 Domstolen har ligeledes i Smits og Peerbooms-dommen, præmis 105 og 106, fastslået, at:

— således fortolket kan betingelsen om behandlingens nødvendige karakter gøre det muligt, at der på det nationale område opretholdes et tilstrækkeligt, afbalanceret og vedvarende udbud af gode hospitalsydelser, samt at sygeforsikringens økonomiske stabilitet sikres

— såfremt talrige forsikrede besluttede at gøre brug af behandling i andre medlemsstater, også selv om de hospitaler, der har indgået en overenskomst med den sygekasse, som de er medlem af, tilbyder adækvate, identiske eller tilsvarende behandlinger, vil en sådan frastrømning af patienter kunne indebære en fare for både selve princippet om indgåelse af overenskomster og følgelig for alle de planlægnings- og rationaliseringsbestræbelser, der udfoldes inden for denne livsvigtige sektor, for at undgå overkapacitet på

hospitaler, uligevægt i udbuddet af hospitalsbehandling, spild og svind, såvel logistisk som finansielt.

92 Et afslag på forhåndstilladelse, der ikke er begrundet i frygten for spild eller svind, som følge af en overkapacitet på hospitalerne, men udelukkende på den omstændighed, at der på medlemsstatens territorium er ventelister for de pågældende hospitalsbehandlinger, hvorved der ikke tages hensyn til de konkrete omstændigheder, der kendetegner patientens lægelige situation, kan ikke udgøre en gyldigt retfærdiggjort begrænsning af den frie udveksling af tjenesteydelser. Det fremgår faktisk ikke af de argumenter, der er fremført for Domstolen — når bortses fra rent økonomiske hensyn, der ikke i sig selv kan begrunde en begrænsning af det grundlæggende princip om fri udveksling af tjenesteydelser — at en sådan ventetid skulle være nødvendig af hensyn til beskyttelsen af folkesundheden. Derimod vil en for lang eller en anormal ventetid snarere kunne begrænse adgangen til en helhed af gode og stabile hospitalsydelser.

Ydelser, der ikke er hospitalsydelser

93 Hvad angår lægelige ydelser, der ikke er hospitalsydelser, som dem, der er ydet til V.G. Müller-Fauré og til dels til E.E.M. van Riet, har hverken Zwijndrecht-kassen, Amsterdam-sygekassen eller den nederlandske regering for Domstolen anført konkrete omstændigheder til støtte for anbringendet om, at en frihed for de forsikrede til uden forhåndstilladelse at rejse til en anden medlemsstat end den, hvori den sygekasse, som de er medlemmer af, er etableret, med henblik på at modtage sådanne ydelser fra en tjenesteyder, hvormed der ikke er indgået nogen overenskomst, skulle indebære et alvorligt indgreb i den nederlandske sociale sikringsordnings økonomiske ligevægt.

94 En afskaffelse af betingelsen om indgåelse af overenskomster for ydelser præsteret i udlandet vil ganske vist påvirke muligheden for at kontrollere udgifterne til sundhedsydelser i den medlemsstat, hvori den pågældende er tilsluttet en sygekasse.

95 Det fremgår imidlertid ikke af sagen, som den foreligger oplyst for Domstolen, at afskaffelsen af kravet om forhåndstilladelse for denne type behandlinger ville resultere i, at patienter på trods af sproglige barrierer, den geografiske afstand, udgifter til ophold i udlandet og manglen på oplysninger om karakteren af de behandlinger, der ydes dér, ville krydse grænsen i så stort et antal, at det ville indebære et alvorligt indgreb i den nederlandske sociale sikringsordnings økonomiske ligevægt, og at det overordnede niveau for beskyttelsen af folkesundheden dermed ville lide skade, hvilket i så fald med rette ville kunne begrunde en begrænsning af det grundlæggende princip om fri udveksling af tjenesteydelser.

96 Desuden ydes behandlingerne almindeligvis i nærheden af patientens bopæl i et kulturelt miljø, som denne kender, og som gør det muligt for vedkommende at etablere et tillidsforhold til den behandlende læge. Når bortses fra akutte tilfælde, udfolder patienters krydsning af grænser sig fortrinsvis i grænseregionerne eller med henblik på behandling for bestemte sygdomme. Det er endvidere netop i sådanne regioner eller for sådanne sygdomme, at der er en tendens til, at de nederlandske sygekasser etablerer en ordning med indgåelse af overenskomster med udenlandske læger, således som det fremgår af de indlæg, der er indgivet til Domstolen.

97 Disse forskellige omstændigheder fremgår at være af en sådan karakter, at den finansielle indvirkning, som en afskaffelse af kravet om forhåndstilladelse eventuelt vil have på den nederlandske sociale sikringsordning, vil være begrænset, for så vidt angår behandlinger ydet i udenlandske lægers praksiser.

98 Det bemærkes under alle omstændigheder, at det alene tilkommer medlemsstaterne at fastslå omfanget af den dækning, der i henhold til sygesikringen tilkommer de forsikrede, således at sidstnævnte, når de uden forhåndstilladelse rejser til en anden medlemsstat end den, hvori den sygekasse, som de er medlemmer af, er etableret, for at lade sig behandle dér, kun vil kunne kræve udgifterne til de behandlinger, som de har modtaget, godtgjort inden for de grænser, der er fastsat i sygesikringsordningen i den medlemsstat, hvori de er tilsluttet en sygekasse.

Argumentet om den nederlandske sociale sikringsordnings særlige kendetegn

99 Zwijndrecht-kassen samt den nederlandske, den spanske og den norske regering har fremhævet medlemsstaternes frihed til at etablere en social sikringsordning efter eget valg. Såfremt de forsikrede i det foreliggende tilfælde uden nogen forhåndstilladelse frit kunne henvende sig til behandlere, hvormed der ikke er indgået nogen overenskomst, ville dette ifølge den nævnte kasse og de nævnte regeringer indebære, at selve eksistensen af den nederlandske ordning for naturalydelser, som grundlæggende er afhængig af en ordning med indgåelse af overenskomster, ville være truet. Desuden ville de nederlandske myndigheder angiveligt være tvunget til i ordningen for adgangen til sundhedsydelser at indføre godtgørelsesmekanismer, såfremt de forsikrede i stedet for at få gratis behandlinger inden for statens territorium skulle afholde de nødvendige beløb til betaling af de ydelser, som de havde modtaget, indtil der efter en vis tid kunne opnås en godtgørelse. Medlemsstaterne ville som følge heraf være tvunget til at give afkald på principperne og økonomien i deres sygesikringsordning.

100 Det følger herved af fast retspraksis, at fællesskabsretten ikke begrænser medlemsstaternes kompetence til selv at udforme deres sociale sikringsordninger (jf. bl.a. dom af 7.2.1984, sag 238/82, Duphar m.fl., Sml. s. 523, præmis 16, og af 17.6.1997, sag C-70/95, Sodemare m.fl., Sml. I, s. 3395, præmis 27). I mangel af en harmonisering på fællesskabsplan tilkommer det følgelig hver medlemsstat i lovgivningen at fastsætte betingelserne for ydelser på området for social sikring (jf. bl.a. dom af 24.4.1980, sag 110/79, Coonan, Sml. s. 1445, præmis 12, af 4.10.1991, sag C-349/87, Paraschi, Sml. I, s. 4501, præmis 15, og af 30.1.1997, forenede sager C-4/95 og C-5/95, Stöber og Piosa Pereira, Sml. I, s. 511, præmis 36). Det forholder sig ikke desto mindre således, at medlemsstaterne skal overholde fællesskabsretten ved udøvelsen af denne kompetence (Decker-dommen, præmis 23, og Kohll-dommen, præmis 19).

101 Der skal herved fremsættes to forudgående bemærkninger hertil.

102 For det første forpligter gennemførelsen af de grundlæggende friheder, der er garanteret ved traktaten, uundgåeligt medlemsstaterne til at foretage visse tilpasninger af deres nationale sociale sikringsordninger, uden at der derved gøres indgreb i deres enekompetence på dette område. Det er herved tilstrækkeligt at henvise til de tilpasninger af deres sociale sikringslovgivning, som de har måttet foretage for at gennemføre forordning nr. 1408/71, herunder navnlig de betingelser, der er fastsat i forordningens artikel 69, vedrørende betaling af arbejdsløshedsydelser til arbejdstagere bosiddende i andre medlemsstater, idet det ikke i nogen af de nationale ordninger var fastsat, at sådanne ydelser kunne udbetales til arbejdsløse, der var tilmeldt arbejdsformidlingskontoret i en anden medlemsstat.

103 For det andet, som det allerede fremgår af denne doms præmis 39, mister en lægelig behandling ikke sin karakter af tjenesteydelse, fordi udgifterne hertil godtgøres af et nationalt sundhedsvæsen eller er omfattet af en ordning med naturalydelser. Domstolen har i denne forbindelse bl.a. fastslået, at lægelig behandling, der ydes i en medlemsstat og betales af patienten, ikke ophører med at henhøre under anvendelsesområdet for den frie udveksling af tjenesteydelser, der er garanteret ved traktaten, alene på grund af den omstændighed, at der ansøges om godtgørelse af de pågældende plejeudgifter i henhold til en anden medlemsstats lovgivning om sygeforsikring, der i det væsentlige foreskriver en ordning med naturalydelser (Smits og Peerbooms-dommen, præmis 55). Det er netop kravet om, at der skal indhentes forhåndstilladelse for efterfølgende at kunne få godtgjort udgifter til behandling, der, som det allerede er fastslået i denne doms præmis 44, udgør en hindring for den frie udveksling af tjenesteydelser, dvs. for patientens mulighed for at henvende sig til en af ham valgt udbyder af lægelige ydelser i en anden medlemsstat end den, hvori han er tilsluttet en sygekasse. Den frie udveksling af tjenesteydelser giver derfor ikke anledning til at sondre mellem den situation, hvor patienten afholder udgifterne for senere at anmode om at få udgifterne godtgjort, og den situation, hvor sygekassen eller det nationale budget betaler tjenesteyderen direkte.

104 På baggrund af disse betragtninger skal det undersøges, om en afskaffelse af kravet om, at sygekasserne skal udstede en forhåndstilladelse, for at en person kan modtage sundhedsydelser, der udbydes uden for hospitalssektoren i en anden medlemsstat end den, hvori den pågældende er tilsluttet en sygekasse, vil gøre indgreb i det, der særligt kendetegner den ordning, der i Nederlandene er fastsat for at få adgang til sundhedsydelser.

105 For det første var de medlemsstater, der har indført en ordning med naturalydelser og endog en national sundhedstjeneste, allerede i forbindelse med selve anvendelsen af forordning nr. 1408/71, forpligtet til at fastsætte mekanismer til efterfølgende godtgørelse af udgifter til behandlinger ydet i en anden medlemsstat end den kompetente medlemsstat. Det forholder sig f.eks. således i de tilfælde, hvor de foreskrevne formaliteter ikke har kunnet opfyldes under vedkommendes ophold i en anden medlemsstat (jf. artikel 34 i Rådets forordning (EØF) nr. 574/72 af 21.3.1972 om regler til gennemførelse af forordning (EØF) nr. 1408/71), eller hvor den kompetente stat i henhold til artikel 22, stk. 1, litra c), i forordning nr. 1408/71 har givet tilladelse til behandlinger i udlandet.

106 For det andet, som det allerede er fastslået i denne doms præmis 98, kan de forsikrede, der uden forhåndstilladelse rejser til en anden medlemsstat end den, hvori deres sygekasse er etableret, for der at lade sig behandle, kun kræve udgifterne til de behandlinger, som de har modtaget, godtgjort inden for de grænser, der er fastsat i den sygesikringsordning, der er gældende i den stat, hvori de er tilsluttet en sygekasse. I den foreliggende sag fremgår det således af sagsakterne, at Zwijndrecht-kassen med henvisning til den dækning, der ydes af sygekassen, under alle omstændigheder kun skulle betale et beløb på 221,03 EUR af det beløb på 3 806,35 EUR, som V.G. Müller-Fauré havde betalt til en tjenesteyder etableret i Tyskland. Ligeledes kan de betingelser, der gælder for tildeling af ydelser — for så vidt de hverken er udtryk for en forskelsbehandling eller udgør en hindring for den frie bevægelighed for personer — fortsat gøres gældende i relation til behandlinger ydet i en anden medlemsstat end den, hvori den pågældende er tilsluttet en sygekasse. Det gælder således navnlig kravet om, at man skal konsultere en alment praktiserende læge, inden man konsulterer en speciallæge.

107 For det tredje er der intet til hinder for, at den kompetente medlemsstat, hvori der eksisterer en ordning med naturalydelser, fastsætter, hvor stort et beløb de patienter, der er blevet behandlet i en anden medlemsstat, kan kræve godtgjort, forudsat at beløbene fastsættes på grundlag af objektive, ikke diskriminerende og gennemskuelige kriterier.

108 Under hensyn til de for Domstolen fremførte forhold og argumenter fremgår det således ikke, at en afskaffelse af kravet om, at sygekasserne skal udstede en forhåndstilladelse til de personer, der er forsikret i den pågældende kasse, for at de kan modtage sundhedsydelser, især behandlinger, der udbydes uden for hospitalssektoren, i en anden medlemsstat end den, hvori den pågældende er tilsluttet en sygekasse, vil gøre indgreb i det, der særligt kendetegner den nederlandske sygesikringsordning.

109 De fremlagte spørgsmål skal herefter besvares således:

— Traktatens artikel 59 og 60 skal fortolkes således, at de ikke er til hinder for en medlemsstats lovgivning, som den i hovedsagerne omhandlede, hvorefter godtgørelse af udgifter til hospitalsbehandling, der i en anden medlemsstat end den, hvori den forsikredes sygekasse er etableret, ydes af en person eller en institution, hvormed sygekassen ikke har indgået nogen overenskomst, er betinget af, at der indhentes en forhåndstilladelse fra denne sygekasse, og udstedelsen af forhåndstilladelsen er betinget af, at den lægelige behandling af den forsikrede kræver det. Der kan kun gives afslag med henvisning til nævnte grund, når en tilsvarende behandling eller en behandling, som frembyder samme grad af virkning for patienten, kan ydes rettidigt i en institution, som har indgået en overenskomst med nævnte sygekasse.

— Derimod er traktatens artikel 59 og 60 til hinder for samme lovgivning, hvorefter godtgørelse af udgifter til behandling i en anden medlemsstat, som ikke er en hospitalsydelse, og som ydes af en person eller en institution, hvormed den sygekasse, som den forsikrede er tilsluttet, ikke har indgået nogen overenskomst, er betinget af, at der indhentes en forhåndstilladelse fra den vedkommende sygekasse, selv om den pågældende nationale lovgivning indfører en ordning med naturalydelser, hvorefter de forsikrede ikke har krav på godtgørelse af afholdte udgifter til lægelig behandling, men på selve behandlingen, der ydes vederlagsfrit.

Sagens omkostninger

110 De udgifter, der er afholdt af den nederlandske, den belgiske, den danske, den tyske, den spanske, den irske, den italienske, den finske og den svenske regering, Det Forenede Kongeriges regering, den islandske og den norske regering samt af Kommissionen, som har afgivet indlæg for Domstolen, kan ikke erstattes. Da sagens behandling i forhold til hovedsagernes parter udgør et led i de sager, der verserer for den nationale ret, tilkommer det denne at træffe afgørelse om sagsomkostningerne.

På grundlag af disse præmisser

kender

DOMSTOLEN

vedrørende de spørgsmål, der er forelagt af Centrale Raad van Beroep ved kendelse af 6. oktober 1999, for ret:

— **EF-traktatens artikel 59 (efter ændring nu artikel 49 EF) og EF-traktatens artikel 60 (nu artikel 50 EF) skal fortolkes således, at de ikke er til hinder for en medlemsstats lovgivning, som den i hovedsagerne omhandlede, hvorefter godtgørelse af udgifter til hospitalsbehandling, der i en anden medlemsstat end den, hvori den forsikredes sygekasse er etableret, ydes af en person eller en institution, hvormed sygekassen ikke har indgået nogen overenskomst, er betinget af, at der indhentes en forhåndstilladelse fra denne sygekasse, og**

udstedelsen af forhåndstilladelsen er betinget af, at den lægelige behandling af den forsikrede kræver det. Der kan kun gives afslag med henvisning til nævnte grund, når en tilsvarende behandling eller en behandling, som frembyder samme grad af virkning for patienten, kan ydes rettidigt i en institution, som har indgået en overenskomst med nævnte sygekasse.

— Derimod er traktatens artikel 59 og 60 til hinder for samme lovgivning, hvorefter godtgørelse af udgifter til behandling i en anden medlemsstat, som ikke er en hospitalsydelse, og som ydes af en person eller en institution, hvormed den sygekasse, som den forsikrede er tilsluttet, ikke har indgået nogen overenskomst, er betinget af, at der indhentes en forhåndstilladelse fra den vedkommende sygekasse, selv om den pågældende nationale lovgivning indfører en ordning med naturalydelser, hvorefter de forsikrede ikke har krav på godtgørelse af afholdte udgifter til lægelig behandling, men på selve behandlingen, der ydes vederlagsfrit.

Rodríguez Iglesias Wathelet Schintgen

Timmermans Edward La Pergola

Jann Macken Colneric

von Bahr Cunha Rodrigues

Afsagt i offentligt retsmøde i Luxembourg den 13. maj 2003.

R. Grass G.C. Rodríguez Iglesias

Justitssekretær Præsident