SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA
de 13 de mayo de 2003 *

En el asunto C-385/99,

que tiene por objeto una petición dirigida al Tribunal de Justicia, con arreglo al artículo 234 CE, por el Centrale Raad van Beroep (Países Bajos), destinada a obtener, en los litigios pendientes ante dicho órgano jurisdiccional entre

V.G. Müller-Fauré

y

Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA,

y entre

E.E.M. van Riet

y

Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen,

* Lengua de procedimiento: neerlandés.

una decisión prejudicial sobre la interpretación de los artículos 59 del Tratado CE (actualmente artículo 49 CE, tras su modificación) y 60 del Tratado CE (actualmente artículo 50 CE),

EL TRIBUNAL DE JUSTICIA,

integrado por el Sr. G.C. Rodríguez Iglesias, Presidente, los Sres. M. Wathelet (Ponente), R. Schintgen y C.W.A. Timmermans, Presidentes de Sala, y los Sres. D.A.O. Edward, A. La Pergola y P. Jann, las Sras. F. Macken y N. Colneric y los Sres. S. von Bahr y J.N. Cunha Rodrigues, Jueces;

Abogado General: Sr. D. Ruiz-Jarabo Colomer;
Secretario: Sr. H.A. Rühl, administrador principal;

consideradas las observaciones escritas presentadas:

— en nombre de la Sra. Müller-Fauré, por el Sr. J. Blom, advocaat;

— en nombre de la Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, por el Sr. J.K. de Pree, advocaat;

— en nombre del Gobierno neerlandés, por el Sr. M.A. Fierstra, en calidad de agente;

— en nombre del Gobierno belga, por el Sr. P. Rietjens, en calidad de agente;

— en nombre del Gobierno danés, por el Sr. J. Molde, en calidad de agente;

— en nombre del Gobierno alemán, por el Sr. W.-D. Plessing y la Sra. B. Muttelsee-Schön, en calidad de agentes;

— en nombre del Gobierno español, por la Sra. N. Díaz Abad, en calidad de agente;

— en nombre del Gobierno irlandés, por el Sr. M.A. Buckley, en calidad de agente, asistido por la Sra. N. Hyland, BL;

— en nombre del Gobierno italiano, por el Sr. U. Leanza, en calidad de agente, asistido por el Sr. I.M. Braguglia, avvocato dello Stato;

— en nombre del Gobierno sueco, por el Sr. A. Kruse, en calidad de agente;

— en nombre del Gobierno del Reino Unido, por la Sra. R. Magrill, en calidad de agente, asistida por la Sra. S. Moore, Barrister;

— en nombre del Gobierno islandés, por los Sres. E. Gunnarsson y H.S. Kristjánsson, así como por la Sra. V. Hauksdóttir, en calidad de agentes;

— en nombre del Gobierno noruego, por el Sr. H. Seland, en calidad de agente;

— en nombre de la Comisión de las Comunidades Europeas, por los Sres. P. Hillenkamp y H.M.H. Speyart, en calidad de agentes;

consideradas las observaciones escritas complementarias presentadas, a petición del Tribunal de Justicia:

— en nombre de la Sra. Van Riet, por el Sr. A.A.J. van Riet;

— en nombre de la Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, por el Sr. J.K. de Pree;

— en nombre de la Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, por el Sr. H.H.B. Limberger, en calidad de agente;

— en nombre del Gobierno neerlandés, por la Sra. H.G. Sevenster, en calidad de agente;

— en nombre del Gobierno español, por la Sra. N. Díaz Abad;

— en nombre del Gobierno irlandés, por el Sr. D.J. O'Hagan, en calidad de agente;

— en nombre del Gobierno sueco, por el Sr. A. Kruse;

— en nombre del Gobierno del Reino Unido, por el Sr. D. Wyatt, en calidad de agente, asistido por la Sra. S. Moore;

— en nombre del Gobierno noruego, por el Sr. H. Seland;

— en nombre de la Comisión, por el Sr. H.M.H. Speyart;

habiendo considerado el informe para la vista;

oídas las observaciones orales de la Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, representada por el Sr. J.K. de Pree; de la Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, representada por el Sr. R. Out, en calidad de agente; del Gobierno neerlandés, representado por la Sra. H.G. Sevenster; del Gobierno danés, representado por el Sr. J. Molde; del Gobierno español, representado por la Sra. N. Díaz Abad; del Gobierno irlandés, representado por el Sr. A. Collins, BL; del Gobierno finlandés, representado por la Sra. T. Pynnä, en calidad de agente; del Gobierno del Reino Unido, representado por el Sr. D. Lloyd-Jones, QC, y de la Comisión, representada por la Sra. H. Michard, en calidad de agente, y el Sr. H.M.H. Speyart, expuestas en la vista de 10 de septiembre de 2002;

oídas las conclusiones del Abogado General, presentadas en audiencia pública el 22 de octubre de 2002;

dicta la siguiente

Sentencia

1 Mediante resolución de 6 de octubre de 1999, recibida en el Tribunal de Justicia el 11 de octubre siguiente, el Centrale Raad van Beroep planteó, con arreglo al artículo 234 CE, tres cuestiones prejudiciales sobre la interpretación de los artículos 59 del Tratado CE (actualmente artículo 49 CE, tras su modificación) y 60 del Tratado CE (actualmente artículo 50 CE).

2 Dichas cuestiones se suscitaron en el marco de dos litigios entre, por una parte, la Sra. Müller-Fauré y la Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA (sociedad de seguro mutuo de enfermedad; en lo sucesivo, «caja de Zwijndrecht»), con sede en Zwijnrecht (Países Bajos), y, por otra parte, la Sra. Van Riet y la Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (en lo sucesivo, «caja de Amsterdam»), con sede en Amsterdam (Países Bajos), relativos al reintegro de gastos médicos causados, respectivamente, en Alemania y en Bélgica.

Marco jurídico nacional

3 En los Países Bajos, el régimen del seguro de enfermedad se basa principalmente en la Ziekenfondswet (Ley sobre cajas de enfermedad), de 15 de octubre de 1964, *(Staatsblad* 1964, nº 392), que fue modificada posteriormente (en lo sucesivo, «ZFW»), y en la Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Ley general sobre gastos especiales de enfermedad), de 14 de diciembre de 1967 *(Staatsblad* 1967, nº 617), que también fue modificada con posterioridad (en lo sucesivo,

«AWBZ»). Tanto la ZFW como la AWBZ establecen un sistema de prestaciones en especie en virtud del cual los asegurados no reciben el reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia médica, sino la asistencia en sí misma, que es gratuita. Estas dos leyes se basan en un sistema de concertación de las cajas de enfermedad con los prestadores de la asistencia sanitaria.

4 De los artículos 2 a 4 de la ZFW se desprende que están asegurados obligatoriamente y de pleno derecho, en virtud de dicha Ley, los trabajadores cuyos ingresos anuales no superen un máximo fijado por ésta, las personas asimiladas a ellos y los beneficiarios de ayudas sociales, así como los miembros de sus familias que estén a su cargo y que formen parte de la unidad familiar.

5 En virtud del artículo 5, apartado 1, de la ZFW, cualquier persona comprendida en su ámbito de aplicación que quiera ejercitar un derecho con arreglo a dicha legislación debe afiliarse a una caja de enfermedad que opere en el municipio en el que reside.

6 El artículo 8 de la ZFW dispone:

«1. Los asegurados tendrán derecho a prestaciones de asistencia médica si no existe ningún derecho en relación con dicha asistencia en virtud de la Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [...]. Las cajas de enfermedad velarán por que sus asegurados puedan ejercitar dichos derechos.

2. Se regularán mediante Real Decreto la clase, el contenido y la amplitud de la asistencia, entendiéndose que en cualquier caso abarcarán, con la extensión

que se determine en su momento, la asistencia médica, así como la atención y tratamiento dispensados en las categorías de instituciones que en su momento se indiquen. Además, se podrá establecer como requisito para recibir una prestación que el asegurado participe en los gastos de la misma; dicha participación no tendrá por qué ser igual para todos los asegurados.

[...]»

7 El Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering (Decreto sobre prestaciones en especie del seguro de enfermedad), de 4 de enero de 1966 *(Staatsblad* 1966, nº 3), modificado posteriormente (en lo sucesivo, «Verstrekkingenbesluit»), desarrolla el artículo 8, apartado 2, de la ZFW.

8 Así, el Verstrekkingenbesluit determina los derechos a prestaciones y la amplitud de éstas para diversas categorías de asistencia, entre las que figuran, en particular, las categorías denominadas «asistencia médica y quirúrgica» y «hospitalización y estancia en establecimientos hospitalarios».

9 El sistema de concertación establecido por la ZFW presenta los siguientes rasgos principales.

10 El artículo 44, apartado 1, de la ZFW prevé que las cajas de enfermedad «firmarán conciertos con otras personas y entidades que puedan prestar una o varias formas de asistencia según lo establecido en el Real Decreto de ejecución del artículo 8».

11 Según el artículo 44, apartado 3, de la ZFW, dichos conciertos deberán comprender, al menos, disposiciones relativas a la naturaleza y el alcance de

las obligaciones y de los derechos de las partes entre sí, la clase de asistencia que se ha de prestar, la calidad y la eficacia de la asistencia prestada, el control del cumplimiento del concierto, incluido el de las prestaciones que se han de realizar o que se hayan realizado y la exactitud de las cantidades consignadas en razón de estas prestaciones, así como la obligación de comunicar los datos necesarios para llevar a cabo dicho control.

12 Las cajas de enfermedad son libres para establecer dichos conciertos con cualquier prestador de asistencia sanitaria, con dos restricciones. Por una parte, del artículo 47 de la ZFW se desprende que las cajas de enfermedad «tendrán la obligación de celebrar conciertos [...] con los establecimientos situados en la región en que operan o con aquellos a los que normalmente se dirige la población de dicha región». Por otra parte, sólo podrán celebrar conciertos con los establecimientos debidamente autorizados para prestar la asistencia sanitaria de que se trate o con las personas legalmente habilitadas para ello.

13 Según el artículo 8a de la ZFW:

«1. Los establecimientos que presten la asistencia a que se refiere el artículo 8 deberán estar autorizados para ello.

2. Mediante Real Decreto se podrá establecer que los establecimientos de una categoría que se determinará en su momento mediante Real Decreto se considerarán autorizados a efectos de la presente Ley [...]»

14 Del artículo 8c, letra a), de la ZFW se desprende que deberá denegarse la autorización a un establecimiento con instalaciones hospitalarias si dicho establecimiento no cumple lo prescrito por la Wet ziekenhuisvoorzieningen (Ley

sobre instalaciones y equipos hospitalarios) en materia de reparto y de necesidades. Dicha Ley, sus directrices de aplicación (en particular, la directriz basada en el artículo 3 de dicha Ley, *Nederlandse Staatscourant* 1987, nº 248), así como los planes provinciales, determinan con mayor detalle las necesidades nacionales por lo que respecta a las diversas categorías de establecimientos hospitalarios, así como su reparto entre las diferentes regiones delimitadas en el territorio neerlandés en materia de sanidad.

15 Por lo que se refiere al ejercicio concreto del derecho a prestación, el artículo 9 de la ZFW dispone:

«1. El asegurado que quiera ejercer su derecho a asistencia se dirigirá para ello, salvo en los supuestos enumerados en el Real Decreto a que se refiere el artículo 8, apartado 2, a la persona o entidad con la que la caja de enfermedad a la que está afiliado haya establecido un concierto con este fin, salvo lo dispuesto en el apartado 4.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 5 y de las normas que regulan el transporte en ambulancia a efectos de la Wet ambulancevervoer [(Ley sobre el transporte en ambulancia) *Staatsblad* 1971, nº 369], el asegurado podrá elegir entre las personas e instituciones mencionadas en el apartado 1.

3. [derogado]

4. No obstante lo dispuesto en los apartados 1 y 2, la caja de enfermedad podrá autorizar al asegurado para que se dirija a otra persona o institución de los Países Bajos con objeto de ejercer su derecho, si fuese necesario para su

asistencia médica. Mediante reglamento se determinará en qué casos y bajo qué condiciones se puede autorizar al asegurado para dirigirse a una persona o institución fuera de los Países Bajos, con el fin de ejercer su derecho a asistencia.

[...]»

16 Haciendo uso de la facultad que le confería el artículo 9, apartado 4, última frase, de la ZFW, el ministro adoptó el Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering (Reglamento sobre la asistencia médica en el extranjero cubierta por el seguro de enfermedad), de 30 de junio de 1988 (*Nederlandse Staatscourant* 1988, nº 123; en lo sucesivo, «Rhbz»). El artículo 1 del Rhbz establece:

«Una caja de enfermedad podrá conceder autorización a un asegurado para dirigirse a personas o instituciones fuera de los Países Bajos con el fin de ejercer su derecho a asistencia, en aquellos casos en los que se haya comprobado que es necesario para el tratamiento médico del asegurado.»

17 En el supuesto de que el asegurado obtenga autorización para dirigirse a un prestador establecido en el extranjero, la caja de enfermedad a la que está afiliado cubre íntegramente el coste de la asistencia.

18 El Centrale Raad van Beroep expone que, según su jurisprudencia reiterada, las solicitudes de autorización para someterse a tratamiento médico en el extranjero con el fin de su cobertura con arreglo a la ZFW han de presentarse a la caja del seguro de enfermedad a la que esté afiliado el asegurado y ésta debe haber dado

su acuerdo con anterioridad a la prestación de la asistencia, salvo en circunstancias especiales, tales como la urgencia, so pena de no poder obtener el reembolso de su coste.

19 Además, por lo que respecta al requisito previsto en los artículos 9, apartado 4, de la ZFW y 1 de la Rhbz, según el cual el tratamiento en el extranjero ha de ser médicamente necesario, de los autos se desprende que la caja toma en cuenta, en la práctica, los métodos de tratamiento disponibles en los Países Bajos y comprueba si se puede dispensar en tiempo oportuno un tratamiento adecuado en el territorio de dicho Estado miembro.

Procedimientos principales

Asunto Müller-Fauré

20 La Sra. Müller-Fauré recibió en Alemania, aprovechando que pasaba sus vacaciones en dicho Estado miembro, un tratamiento odontológico consistente en la inserción de seis coronas y de una prótesis fija en el maxilar superior. La asistencia fue dispensada entre el 20 de octubre y el 18 de noviembre de 1994, al margen de toda infraestructura hospitalaria.

21 Al volver de sus vacaciones, solicitó a la caja de Zwijndrecht el reembolso del tratamiento por un importe global de 7.444,59 DEM. Mediante carta de 12 de mayo de 1995, dicha caja denegó la solicitud, conforme al dictamen de su dentista asesor.

22 La Sra. Müller-Fauré solicitó el dictamen del Ziekenfondsraad, encargado de controlar la gestión y la administración de las cajas de enfermedad, el cual

confirmó, el 16 de febrero de 1996, la decisión de la caja de Zwijndrecht, debido a que los asegurados sólo pueden recibir los cuidados en sí mismos, no la devolución de los gastos ocasionados por ellos, salvo en circunstancias excepcionales, que no concurrían en el caso de autos.

23 Por consiguiente, la Sra. Müller-Fauré interpuso un recurso ante el Arrondissementsrechtbank te Rotterdam (Países Bajos). Mediante resolución de 21 de agosto de 1997, éste confirmó la postura de la caja, tras comprobar igualmente que, en el presente asunto, no concurría ninguna situación excepcional que justificara el reembolso de los gastos teniendo en cuenta, en particular, la duración del tratamiento, que se había prolongado varias semanas, así como su entidad.

24 El Centrale Raad van Beroep señala que, en cualquier caso, sólo una reducida parte de los cuidados dispensados a la Sra. Müller-Fauré queda cubierta por el Verstrekkingenbesluit y puede, por consiguiente, dar lugar a reembolso. Por otra parte, señala que la interesada acudió voluntariamente a un dentista establecido en Alemania durante las vacaciones que pasaba en dicho país, debido a la desconfianza que albergaba hacia los dentistas neerlandeses. Según la jurisprudencia de dicho órgano jurisdiccional, tales circunstancias no pueden justificar, a la luz de la legislación nacional, el reembolso de un tratamiento médico recibido en el extranjero sin autorización de la caja a la que está afiliado el asegurado.

Asunto Van Riet

25 La Sra. Van Riet sufría desde 1985 dolores en la muñeca derecha. El 5 de abril de 1993, su médico de cabecera solicitó al médico asesor de la caja de Amsterdam la autorización para que pudiera efectuarse una artroscopia a su paciente en el hospital de Deurne (Bélgica), donde dicho examen podía realizarse en un plazo mucho más breve que en los Países Bajos. La caja denegó la solicitud mediante escritos de 24 de junio y 5 de julio de 1993, debido a que la intervención también podía llevarse a cabo en este último Estado miembro.

26 Entretanto, la Sra. Van Riet se había sometido ya a la artroscopia en mayo de 1993 en el hospital de Deurne y, como consecuencia de dicho examen, se decidió proceder a un acortamiento del cúbito para aliviar el dolor de la paciente. La preparación, la ejecución y el seguimiento de las intervenciones se llevaron a cabo en Bélgica, tanto en el hospital como fuera de él. La caja de Amsterdam se negó a reembolsar tales intervenciones, cuyo coste total ascendía a 93.782 BEF, decisión que fue confirmada por el Ziekenfondsraad debido a que no había urgencia ni necesidad médica que justificara que la Sra. Van Riet fuera tratada en Bélgica, puesto que en los Países Bajos se disponía de los tratamientos médicos adecuados en un plazo razonable. El Arrondissementsrechtbank competente desestimó por infundado el recurso interpuesto contra dicha decisión por la Sra. Van Riet por los mismos motivos que había alegado la caja antes mencionada.

27 El Centrale Raad van Beroep, ante el cual interpuso recurso de apelación la demandante en el procedimiento principal, indica que, aunque no se discute que la práctica totalidad de la asistencia prestada a la Sra. Van Riet está cubierta por el Verstrekkingenbesluit, dicha asistencia fue dispensada en Bélgica sin autorización previa y sin que se demostrara que la interesada no podía, razonablemente, esperar, por razones médicas o por otros motivos, a que la caja de Amsterdam se pronunciara sobre su solicitud. Además, según dicho órgano jurisdiccional, el plazo de espera señalado a la Sra. Van Riet en los Países Bajos para proceder a la artroscopia no era irrazonable. De los autos resulta que dicho plazo era de aproximadamente seis meses.

28 El órgano jurisdiccional remitente considera que, en el presente caso, no se reunían los requisitos que justifican la aplicación del artículo 22, apartado 1, letra a), del Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, en su versión modificada y actualizada por el Reglamento (CE) nº 118/97 del Consejo, de 2 de diciembre de 1996 (DO 1997, L 28, p. 1; en lo sucesivo, «Reglamento nº 1408/71»), debido a que el estado de salud de las Sras. Müller-Fauré y Van Riet no exigía la prestación inmediata de asistencia durante su estancia en el territorio de otro Estado miembro. Además, tampoco se ha demostrado, como exige el artículo 22, apartados 1, letra c), y 2, párrafo segundo, del mismo Reglamento, que la

asistencia de que se trata no pudiera, habida cuenta del estado de salud de las demandantes en los procedimientos principales, ser dispensada en los Países Bajos en el plazo «normalmente necesario», circunstancia que habría obligado a las cajas de enfermedad a conceder las autorizaciones de tratamiento en otro Estado miembro.

29 No obstante, el mencionado órgano jurisdiccional tiene dudas sobre la compatibilidad de las decisiones de denegación de reembolso con los artículos 59 y 60 del Tratado, habida cuenta de la sentencia de 28 de abril de 1998, Kohll (C-158/96, Rec. p. I-1931). Señala que las disposiciones nacionales de que se trata no impiden, por sí mismas, a los asegurados dirigirse a un prestador de servicios establecido en otro Estado miembro, pero exigen como requisito previo que las cajas de seguro de enfermedad a las que están afiliados dichos asegurados hayan celebrado un concierto con dicho prestador, lo que normalmente no sucede. Cuando no existe tal concierto, el reembolso de los gastos efectuados en otro Estado miembro está supeditado a una autorización previa, que sólo se concede si «el tratamiento lo exige», circunstancia que, por regla general, concurre únicamente cuando los prestadores de asistencia concertados no pueden ofrecer todos los cuidados adecuados. Esta obligación de obtener una autorización previa juega, por lo tanto, en favor de los prestadores de asistencia médica concertados —que son casi siempre neerlandeses— en perjuicio de los prestadores de asistencia de otros Estados miembros. El órgano jurisdiccional remitente añade que las competencias administrativas de las autoridades neerlandesas no alcanzan a los prestadores de asistencia establecidos en los demás Estados miembros, lo que puede obstaculizar la celebración de conciertos con dichos prestadores.

30 En caso de que se admitiera que la autorización exigida por el artículo 9, apartado 4, de la ZFW obstaculiza la libre prestación de servicios, el Centrale Raad van Beroep se pregunta si dicha exigencia está justificada.

31 A este respecto, el órgano jurisdiccional remitente destaca las características del régimen del seguro de enfermedad neerlandés. Este régimen garantiza esencialmente prestaciones en especie, por oposición al régimen denominado «de restitución». Según las demandadas en los procedimientos principales, el equilibrio financiero del régimen podría verse amenazado si los asegurados tuvieran la posibilidad de que se les reembolsara, sin autorización previa, la

asistencia recibida en otro Estado miembro. Dicho órgano jurisdiccional hace referencia, a este respecto, a las medidas nacionales adoptadas para racionalizar los costes de la asistencia hospitalaria, en particular las disposiciones de la Wet Ziekenhuisvoorzieningen, en materia de planificación y de organización de la asistencia, y las de la ZFW que limitan el reembolso a la asistencia dispensada por establecimientos hospitalarios autorizados.

Las cuestiones prejudiciales

32 En tales circunstancias, el Centrale Raad van Beroep decidió suspender el procedimiento y plantear al Tribunal de Justicia las cuestiones prejudiciales siguientes:

«1) ¿Deben interpretarse los artículos 59 y 60 del Tratado CE [...] en el sentido de que, en principio, es incompatible con ellos una disposición como el artículo 9, apartado 4, de la Ziekenfondswet, en relación con el artículo 1 de la Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering, en la medida en que dispone que para hacer valer su derecho a reembolso, un asegurado en una caja de enfermedad necesita una autorización previa por parte de esta última para dirigirse a una persona o institución fuera de los Países Bajos con la que la caja de enfermedad no ha celebrado ningún convenio?

2) Si se respondiese afirmativamente a la primera cuestión, ¿constituyen los objetivos antes mencionados del sistema neerlandés de prestaciones en especie [...] una razón imperiosa de interés general susceptible de justificar un obstáculo al principio fundamental de la libre prestación de servicios?

3) ¿Reviste importancia para la respuesta a estas preguntas el hecho de que el tratamiento se haya dispensado, en todo o en parte, en una infraestructura hospitalaria?»

33 Mediante escrito de 12 de julio de 2001, la Secretaría del Tribunal de Justicia preguntó al órgano jurisdiccional remitente si deseaba mantener su petición prejudicial, habida cuenta de la sentencia dictada ese mismo día en el asunto Smits y Peerbooms (C-157/99, Rec. p. I-5473).

34 Mediante escrito de 25 de octubre de 2001, el órgano jurisdiccional remitente comunicó al Tribunal de Justicia que mantenía sus cuestiones en la medida en que la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, no se refiere específicamente a las características del régimen del seguro de enfermedad neerlandés, que es un régimen de prestaciones en especie de naturaleza convencional. Además, pidió al Tribunal de Justicia que precisara el alcance del apartado 103 de dicha sentencia, a tenor del cual:

«[...] el requisito relativo al carácter necesario del tratamiento previsto por la normativa controvertida en los litigios principales puede estar justificado a la vista del artículo 59 del Tratado, siempre que se interprete en el sentido de que la autorización para someterse a tratamiento en otro Estado miembro sólo puede ser denegada por este motivo cuando un tratamiento idéntico o que presenta el mismo grado de eficacia para el paciente pueda conseguirse en tiempo oportuno acudiendo a un establecimiento con el que la caja de enfermedad del asegurado haya celebrado un concierto».

35 Más concretamente, el órgano jurisdiccional remitente pregunta al Tribunal de Justicia qué ha de entenderse por «en tiempo oportuno» y, en particular, si la apreciación de dicho requisito debe efectuarse desde un punto de vista estrictamente médico, con independencia del tiempo que haya que esperar para recibir el tratamiento solicitado.

36 Mediante escrito de 6 de marzo de 2002, la Secretaría del Tribunal de Justicia pidió a las partes en los litigios principales, a los Estados miembros y a la Comisión que presentaran sus eventuales observaciones sobre las consecuencias que procedía extraer de la sentencia Smits y Peerboms, antes citada, habida cuenta de las cuestiones planteadas por el Centrale Raad van Beroep.

Sobre la primera cuestión

37 Mediante su primera cuestión, el órgano jurisdiccional remitente pregunta esencialmente si los artículos 59 y 60 del Tratado deben ser interpretados en el sentido de que se oponen a la legislación de un Estado miembro, como la controvertida en los litigios principales, que supedita la cobertura de la asistencia dispensada en otro Estado miembro por una persona o un establecimiento con los que la caja de enfermedad a la que está afiliado el asegurado no ha celebrado ningún concierto a la obtención de una autorización previa concedida por esta última.

38 Procede recordar, con carácter preliminar, que, según jurisprudencia reiterada, las actividades médicas están comprendidas en el ámbito de aplicación del artículo 60 del Tratado, sin que a este respecto se deba distinguir entre la asistencia dispensada en un marco hospitalario o fuera de él (véase, como más reciente, la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 53).

39 El Tribunal de Justicia ha declarado también, en los apartados 54 y 55 de la sentencia Smits y Peerbomms, antes citada, que el hecho de que la normativa aplicable esté comprendida en el ámbito de la seguridad social y, más en particular, prevea, en materia de seguro de enfermedad, una intervención en especie, en lugar de un reembolso, no puede sustraer los tratamientos médicos de que se trata al ámbito de aplicación de la libre prestación de servicios garantizada por el Tratado CE. A este respecto, ha de indicarse que, en los litigios principales, los tratamientos dispensados en un Estado miembro distinto del de afiliación dieron lugar a una retribución directa por el paciente bien del médico prestador o bien del establecimiento en el que se prestó la asistencia.

40 Puesto que las prestaciones médicas están comprendidas en el ámbito de aplicación de la libre prestación de servicios en el sentido de los artículos 59 y 60 del Tratado, es preciso examinar si la normativa de que se trata en los

procedimientos principales impone restricciones a dicha libertad, en la medida en que supedita la cobertura del coste de la asistencia prestada en un Estado miembro distinto de aquel en el que está establecida la caja de enfermedad a la que está afiliado el asegurado, por una persona o un establecimiento que no ha celebrado concierto alguno con dicha caja, a la obtención de una autorización previa concedida por esta última.

41 A este respecto, el Tribunal de Justicia ha declarado ya, en el apartado 62 de su sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, que, si bien es cierto que la ZFW no priva a los asegurados de la posibilidad de acudir a un prestador de servicios establecido en un Estado miembro distinto de aquel en el que está situada la caja de enfermedad a la que está afiliado el asegurado, no es menos cierto que dicha normativa supedita el reintegro de los gastos efectuados a la obtención de una autorización previa, que sólo puede concederse, tal como señala el órgano jurisdiccional remitente, en la medida en que la prestación de la asistencia de que se trate, sea o no de naturaleza hospitalaria, responda a una necesidad médica.

42 Pues bien, dado que, en la práctica, esta exigencia sólo se cumple cuando no se puede obtener un tratamiento adecuado en tiempo oportuno por parte de los médicos o los establecimientos hospitalarios concertados por el Estado miembro de afiliación, puede, por su misma naturaleza, limitar considerablemente los supuestos en que se concederá una autorización (sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 64).

43 Ciertamente, las cajas de enfermedad neerlandesas tienen la posibilidad de establecer conciertos con establecimientos hospitalarios situados fuera de los Países Bajos. En tal caso, no se requiere autorización previa alguna para que se cubra, en virtud de la ZFW, la asistencia dispensada en dichos establecimientos. No obstante, excepto en el caso de los establecimientos hospitalarios situados en las regiones fronterizas de los Países Bajos, parece ilusorio imaginar que un número importante de establecimientos hospitalarios situados en los Estados miembros lleguen a concertarse alguna vez con dichas cajas de enfermedad, puesto que sus perspectivas de recibir pacientes afiliados a dichas cajas siguen siendo aleatorias y limitadas (sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartados 65 y 66).

44 Así pues, el Tribunal de Justicia ha declarado ya que una normativa como la controvertida en los litigios principales disuade, e incluso impide, a los beneficiarios de la seguridad social de dirigirse a los prestadores de servicios médicos establecidos en Estados miembros distintos del Estado miembro de afiliación y constituye, tanto para los asegurados como para los prestadores, un obstáculo a la libre prestación de servicios (sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 69).

45 No obstante, antes de resolver la cuestión de si los artículos 59 y 60 del Tratado se oponen a una normativa como la controvertida en los litigios principales, procede examinar si dicha normativa puede estar objetivamente justificada, extremo que constituye el objeto de la segunda cuestión.

Sobre las cuestiones segunda y tercera

46 Mediante sus cuestiones segunda y tercera, que procede examinar conjuntamente, el órgano jurisdiccional remitente pregunta si una normativa como la controvertida en los litigios principales, que tiene efectos restrictivos sobre la libre prestación de servicios, puede estar justificada por las propias particularidades del régimen nacional del seguro de enfermedad, que no garantiza el reembolso de los gastos efectuados, sino esencialmente prestaciones en especie, y se basa en un sistema de concertación destinado tanto a asegurar la calidad de la asistencia como a racionalizar sus costes. También desea saber si el hecho de que la asistencia de que se trate sea prestada total o parcialmente en un establecimiento hospitalario puede tener una incidencia a este respecto.

Las alegaciones formuladas ante el Tribunal de Justicia

47 Según el Gobierno neerlandés y la caja de Zwijndrecht, la autorización exigida por el artículo 9, apartado 4, de la ZFW es inherente al régimen del seguro de

enfermedad neerlandés. En efecto, la cobertura en especie de los riesgos de enfermedad, tal como la prevé este régimen, exige la celebración previa, entre dicha caja y los prestadores de asistencia, de conciertos relativos al volumen, la calidad, la eficacia y los costes de la asistencia sanitaria, para, por un lado, permitir la planificación de las necesidades y la racionalización de los costes y, por otro, garantizar un servicio médico de calidad, la equivalencia de las prestaciones y, por consiguiente, la igualdad de trato de los asegurados. Afirman que el sistema de concertación beneficia esencialmente a éstos.

48 En tales circunstancias, sostienen, los asegurados están obligados a dirigirse exclusivamente a los prestadores de asistencia concertados o, si desean a pesar de todo recibir la asistencia de un médico o un establecimiento no concertado establecido en los Países Bajos o en el extranjero, obtener una autorización previa concedida por la caja de enfermedad a la que estén afiliados.

49 El Gobierno neerlandés y la caja de Zwijndrecht añaden que, si no se exigiera ninguna autorización previa, los prestadores de asistencia nunca estarían interesados en aportar su contribución al sistema de concertación vinculándose a través de cláusulas contractuales relativas a la disponibilidad, el volumen, la calidad, la eficacia y los precios de las prestaciones, de forma que las autoridades gestoras del seguro de enfermedad se verían en la imposibilidad de planificar las necesidades, ajustando a éstas los gastos, y de garantizar un servicio médico de calidad y accesible a todos. En tal caso, el sistema de concertación perdería su razón de ser como instrumento de gestión de la asistencia sanitaria, lo que menoscabaría la competencia soberana de los Estados miembros, reconocida por la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, para organizar su sistema de seguridad social. El Gobierno neerlandés justifica, a este respecto, la existencia de listas de espera por el carácter limitado de los recursos económicos disponibles, en materia de cobertura de la asistencia sanitaria, y la necesidad que de ello deriva de cuantificar las intervenciones que hayan de practicarse y someterlas a prioridades que deben ser estrictamente respetadas.

50 Además, sostienen, no puede obligarse a las cajas de enfermedad neerlandesas a celebrar conciertos con un número de prestadores superior al necesario para

responder a las necesidades de la población establecida en los Países Bajos. El Gobierno neerlandés señala que, precisamente para responder a tales necesidades, la mayoría de los conciertos se han celebrado con prestadores de asistencia establecidos en los Países Bajos, puesto que, de forma evidente, en el territorio nacional es donde la demanda de los asegurados es mayor.

51 Por último, por lo que respecta a la cuestión de en qué manera ha de apreciarse si «un tratamiento idéntico o que presenta el mismo grado de eficacia para el paciente [puede] conseguirse en tiempo oportuno», según el tenor del apartado 103 de la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, la caja de Zwijndrecht estima que el mero hecho de estar inscrito en una lista de espera no puede significar que el tratamiento no esté disponible. Si adoptara una interpretación contraria, el Tribunal de Justicia ampliaría en gran medida los requisitos de concesión de las prestaciones, que están incluidos en la competencias nacionales. Además, sembraría la incertidumbre sobre todos los esfuerzos de planificación y de racionalización realizados en el sector de la asistencia sanitaria para evitar los fenómenos de exceso de capacidad, de desequilibrios en la oferta, de derroche y de deterioro.

52 El Gobierno neerlandés alega, a este respecto, que del apartado 103 de la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, resulta claramente que el plazo en el que es necesario el tratamiento médico debe determinarse sobre la base de la situación médica y de los antecedentes del paciente. A su juicio, corresponde al juez nacional comprobar si dicho tratamiento está disponible en el citado plazo, lo que constituye una apreciación de hecho.

53 Los Gobiernos danés, alemán, español, irlandés, italiano, sueco y del Reino Unido, así como los Gobiernos islandés y noruego, suscriben todas las consideraciones que acaban de exponerse.

54 En particular, el Gobierno español alega que toda distinción entre la asistencia prestada por un facultativo y la dispensada en un establecimiento hospitalario es

superflua cuando se trata de un régimen del seguro de enfermedad que prevé únicamente prestaciones en especie. Añade que si una persona recibe un tratamiento médico o adquiere un producto sanitario en un Estado miembro distinto de aquel en el que está establecida la caja a la que está afiliada, los impuestos directos e indirectos pagados por los proveedores o suministradores no revierten al presupuesto del Estado miembro de afiliación, lo que atenta contra una de las fuentes de financiación de la seguridad social de este último Estado.

55 Los Gobiernos irlandés y del Reino Unido señalan que, si se reconociera a los asegurados la facultad de acudir a un Estado miembro distinto del de afiliación para recibir asistencia en él, se producirían consecuencias perjudiciales para el establecimiento de las prioridades de tratamiento médico y la gestión de las listas de espera, que constituyen elementos importantes de la organización del seguro de enfermedad. A este respecto, el Gobierno del Reino Unido alega que los recursos económicos limitados asignados al National Health Service (Servicio nacional de salud; en lo sucesivo, «NHS») son gestionados por autoridades sanitarias locales, que establecen calendarios basados en evaluaciones clínicas y prioridades definidas desde el punto de vista médico para diferentes tratamientos. Señala que los pacientes no pueden solicitar que su tratamiento hospitalario se realice dentro de un plazo determinado. De ello resulta que, si estos últimos pudieran acortar su plazo de espera acudiendo, sin autorización previa, a los tratamientos médicos dispensados en otros Estados miembros y la caja competente estuviera sin embargo obligada a cubrir el coste de dichos tratamientos, se vería amenazado el equilibrio financiero del sistema y los recursos disponibles para los tratamientos más urgentes sufrirían una reducción drástica, menoscabándose así su capacidad para prestar una asistencia sanitaria de nivel adecuado.

56 El Gobierno del Reino Unido añade que en caso de liberalización de las prestaciones hospitalarias, sus propios hospitales se verían en la imposibilidad de prever la disminución de las demandas producida por el recurso a los tratamientos hospitalarios en otros Estados miembros así como el aumento de las demandas debido al hecho de que los asegurados de tales Estados pudieran recurrir a los tratamientos hospitalarios dispensados en el Reino Unido. Sostiene que tales efectos de la liberalización no se compensarían necesariamente y la incidencia sería distinta para cada hospital del Reino Unido.

57 Respecto a la cuestión de los criterios conforme a los cuales procede verificar si en el territorio del Estado miembro de afiliación puede conseguirse en tiempo oportuno un tratamiento idéntico o que presente el mismo grado de eficacia para el paciente, el Gobierno del Reino Unido, al igual que el Gobierno sueco, hace referencia al artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71, en relación con el apartado 1, letra c), de dicha disposición, del que resulta que la autorización necesaria para acudir al territorio de otro Estado miembro con el fin de recibir asistencia en él no puede denegarse al interesado si, habida cuenta del estado actual de salud de este último y de la evolución probable de la enfermedad, la asistencia no puede serle prestada en el plazo normalmente necesario en el Estado miembro de residencia. Remite igualmente a la interpretación de estas disposiciones efectuada en el apartado 10 de la sentencia de 31 de mayo de 1979, Pierik (182/78, Rec. p. 1977).

58 A este respecto, el Gobierno del Reino Unido destaca que, en la práctica, en el Reino Unido se concede generalmente una autorización para recibir asistencia en el territorio de otro Estado miembro cuando el plazo para obtener el tratamiento excede de los plazos máximos de espera. Sostiene que las listas de espera nacionales tienen en cuenta las distintas necesidades de las diferentes categorías de pacientes y permiten asignar lo mejor posible los recursos hospitalarios. Añade que son flexibles, de forma que un paciente cuyo estado de salud se deteriore súbitamente podrá avanzar en la lista de espera y ser tratado lo antes posible. El hecho de obligar a las autoridades competentes a autorizar la asistencia en el extranjero cuando no se trate de casos en los que se exceda del plazo normal de espera, a cargo del NHS, tendría consecuencias nefastas para la gestión y la viabilidad financiera de este último.

59 En cualquier caso, el Gobierno del Reino Unido destaca las particularidades del NHS, pidiendo al Tribunal de Justicia que consagre el principio según el cual la asistencia sanitaria dispensada en el marco de dicho sistema nacional del seguro de enfermedad no está incluida en el ámbito de aplicación del artículo 60 del Tratado y el NHS, que es una entidad sin ánimo de lucro, no es un prestador de servicios en el sentido de dicho Tratado.

60 El Gobierno danés alega el riesgo de exceso de consumo médico si los pacientes tuvieran libre acceso, de manera gratuita, a prestaciones médicas dispensadas en los Estados miembros distintos de aquel en el que está establecida la caja de enfermedad a la que está afiliado el asegurado, así como el riesgo, en caso de desplazamientos masivos al extranjero con fines médicos, de que, por lo que respecta a enfermedades raras y complejas, la competencia de los médicos establecidos en el territorio nacional no pudiera ya mantenerse en un nivel adecuado.

61 El Gobierno belga estima, por su parte, que la especificidad del régimen neerlandés, en la medida en que no garantiza el reembolso de los gastos efectuados, sino prestaciones en especie, no constituye, por sí misma, una razón de interés general que permita justificar un obstáculo a la libre prestación de servicios. Afirma que ha de efectuarse una distinción según que las prestaciones se lleven a cabo fuera o dentro de un establecimiento hospitalario.

62 En el primer supuesto, afirma el Gobierno belga, no puede justificarse ningún obstáculo a la libre prestación de servicios, conforme a la sentencia Kohll, antes citada. Por el contrario, en el segundo supuesto, razones de peso, relacionadas con la salvaguardia del equilibrio financiero del sistema de seguridad social, así como con el mantenimiento de un servicio médico y hospitalario equilibrado y accesible a todos, justificarían la exigencia de una autorización previa cuando se trata de prestaciones dispensadas en el ámbito hospitalario en un Estado miembro distinto de aquel en el que está establecida la caja de enfermedad a la que está afiliado el asegurado. Además, en caso de que no se exigiera la autorización previa, los Estados miembros en los que existen listas de espera en materia de hospitalización podrían verse tentados de enviar a sus nacionales a recibir asistencia fuera del territorio nacional en lugar de invertir en sus propias infraestructuras, menoscabando así los esfuerzos de planificación hospitalaria de los demás Estados miembros.

63 La Comisión distingue la asistencia recibida en una consulta, a la que asimila el tratamiento ambulatorio dispensado en una infraestructura hospitalaria, y la asistencia hospitalaria propiamente dicha. En el caso de la primera categoría, procede aplicar el análisis contenido en las sentencias de 28 de abril de 1998, Decker (C-120/95, Rec. p. I-1831) y Kohll, antes citada, y considerar que la

exigencia de una autorización previa es incompatible con el Derecho comunitario, salvo en el caso de determinadas prestaciones, entre otras las odontológicas, extremadamente costosas y especializadas. Por lo que respecta a la segunda categoría de asistencia, prestada en el ámbito hospitalario, procede aplicar el análisis de la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, y admitir que la exigencia de la autorización previa está justificada por las necesidades de planificación, admitiendo que, sin embargo, la denegación de la autorización ha de quedar sometida a los límites fijados por el Tribunal de Justicia en dicha sentencia.

64 Por lo que respecta a la interpretación de los términos «en tiempo oportuno», que figuran en el apartado 103 de la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, la Comisión considera que ha de tomarse en consideración exclusivamente la situación médica del interesado, tal como, a su juicio, resulta del apartado 104 de la misma sentencia.

65 Por último, el Gobierno noruego alega que corresponde únicamente a la legislación nacional fijar las condiciones para la concesión de las prestaciones y los plazos en los que éstas pueden ejecutarse. El Derecho comunitario no puede conferir a determinados pacientes el derecho a recibir, en un Estado miembro distinto del de afiliación, asistencia sanitaria que no les puede ser dispensada en su propio Estado miembro, ni reconocerles el derecho a recibir un tratamiento en un plazo más breve que el previsto por la legislación nacional. Si lo hiciera, vulneraría la competencia de los Estados miembros para organizar su sistema de seguridad social y sobrepasaría el ámbito de aplicación de las disposiciones del Tratado relativas a la libre prestación de servicios.

Apreciación del Tribunal de Justicia

66 De los autos resulta que las razones invocadas para justificar la exigencia de una autorización previa al objeto de acogerse al seguro de enfermedad para prestaciones dispensadas en un Estado miembro distinto del de afiliación, ya sea en el marco hospitalario o fuera de él, están relacionadas, en primer lugar, con

la protección de la salud pública, en la medida en que el sistema de concertación está destinado a garantizar un servicio médico y hospitalario de calidad, equilibrado y accesible a todos; en segundo lugar, con el equilibrio financiero de la seguridad social, en la medida en que dicho sistema permite también a las autoridades gestoras controlar los gastos ajustándolos a las necesidades planificadas, conforme a prioridades preestablecidas, y, por último, con las características esenciales del régimen del seguro de enfermedad en los Países Bajos, que garantiza prestaciones en especie.

Por lo que al riesgo de menoscabo de la protección de la salud pública se refiere

67 De la jurisprudencia del Tribunal de Justicia se desprende que el objetivo de mantener un servicio médico y hospitalario de calidad, equilibrado y accesible a todos, puede estar comprendido en una de las excepciones previstas en el artículo 56 del Tratado CE (actualmente artículo 46 CE, tras su modificación), en la medida en que contribuye a la consecución de un elevado grado de protección de la salud (sentencias antes citadas Kohll, apartado 50, y Smits y Peerbooms, apartado 73). Dicha disposición del Tratado permite, en particular, a los Estados miembros restringir la libre prestación de servicios médicos y hospitalarios, en la medida en que el mantenimiento de una capacidad de asistencia o de una competencia médica en el territorio nacional es esencial para la salud pública, e incluso para la supervivencia de su población (sentencias antes citadas Kohll, apartado 51, y Smits y Peerbooms, apartado 74).

68 No obstante, según jurisprudencia reiterada, debe garantizarse, en caso de justificación basada en una excepción prevista por el Tratado, así como, por lo demás, en una razón imperiosa de interés general, que las medidas adoptadas no excedan de lo que sea objetivamente necesario a dichos efectos y que el resultado no pueda obtenerse mediante normas menos coercitivas (véanse las sentencias de 4 de diciembre de 1986, Comisión/Alemania, 205/84, Rec. p. 3755, apartados 27 y 29; de 26 de febrero de 1991, Comisión/Italia, C-180/89, Rec. p. I-709, apartados 17 y 18; de 20 de mayo de 1992, Ramrath, C-106/91, Rec. p. I-3351, apartados 30 y 31, y la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 75).

69 En el presente asunto, el razonamiento invocado para justificar la exigencia de una autorización previa pretende demostrar que, si los pacientes tuvieran la posibilidad de someterse a tratamiento en un Estado miembro distinto del de afiliación sin disponer de una autorización previa al efecto, el Estado competente no podría ya garantizar en su territorio un servicio médico y hospitalario de calidad, equilibrado y accesible a todos y, por consiguiente, un nivel elevado de protección de la salud pública.

70 Por lo que respecta a la alegación formulada por el Gobierno danés, según la cual la propia competencia de los facultativos, ya actúen en sus consultas o en el ámbito hospitalario, se vería perjudicada como consecuencia de supuestos desplazamientos masivos al extranjero con fines médicos, ha de señalarse que no se ha aportado ningún dato concreto para fundamentarla.

71 Por su parte, el objetivo de mantener un servicio médico y hospitalario equilibrado y accesible a todos está intrínsecamente vinculado al método de financiación del sistema de seguridad social y al control de los gastos, cuestiones que se tratan a continuación.

Por lo que al riesgo de perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social se refiere

72 Procede recordar de entrada que, a tenor de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, objetivos de carácter meramente económico no pueden justificar un obstáculo al principio fundamental de la libre prestación de servicios (véanse, en este sentido, las sentencias de 5 de junio de 1997, SETTG, C-398/95, Rec. p. I-3091, apartado 23, y Kohll, antes citada, apartado 41).

73 Sin embargo, en la medida en que podría tener consecuencias sobre el nivel global de protección de la salud pública, un riesgo de perjuicio grave para el equilibrio

financiero del sistema de seguridad social puede también constituir, en sí mismo, una razón imperiosa de interés general que pueda justificar un obstáculo de dicha naturaleza (sentencias antes citadas Kohll, apartado 41, y Smits y Peerbooms, apartado 72).

74 Ni que decir tiene que la cobertura de un tratamiento aislado, dispensado en un Estado miembro distinto de aquel en el que está establecida la caja de enfermedad a la que está afiliado un asegurado determinado, nunca puede tener consecuencias significativas sobre la financiación del sistema de seguridad social. Así pues, ha de adoptarse necesariamente un enfoque global de las consecuencias de la libre prestación de servicios en materia de salud.

75 A este respecto, a veces puede resultar difícil establecer la distinción entre prestaciones hospitalarias y prestaciones no hospitalarias. En particular, determinadas prestaciones dispensadas en el ámbito hospitalario, pero que pueden igualmente ser efectuadas por un facultativo en su consulta o en un centro médico, podrían, desde este punto de vista, ser asimiladas a las prestaciones no hospitalarias. No obstante, en los litigios principales, el carácter tanto hospitalario como no hospitalario de la asistencia de que se trata no suscitó controversia entre las partes de tales litigios ni por parte de los Estados que presentaron observaciones de conformidad con el artículo 20 del Estatuto CE del Tribunal de Justicia y tampoco de la Comisión.

Sobre las prestaciones hospitalarias

76 Por lo que respecta a las prestaciones hospitalarias, como las dispensadas a la Sra. Van Riet en el hospital de Deurne, el Tribunal de Justicia ha expresado ya, en los apartados 76 a 80 de su sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, las siguientes consideraciones.

77 Es notorio que el número de infraestructuras hospitalarias, su reparto geográfico, su organización y el equipamiento de que disponen, o la clase de servicios médicos que pueden ofrecer, deben poder planificarse.

78 Como prueba, en particular, el sistema de concertación controvertido en los litigios principales, dicha planificación responde, por regla general, a diversas preocupaciones.

79 Por una parte, persigue el objetivo de garantizar en el territorio del Estado miembro de que se trate un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de prestaciones hospitalarias de calidad.

80 Por otra parte, se debe a la voluntad de lograr un control de los gastos y evitar, en la medida de lo posible, cualquier derroche de medios financieros, técnicos y humanos. Dicho derroche resultaría aún más perjudicial en la medida en que, según consta, el sector de la asistencia hospitalaria genera costes considerables y debe responder a necesidades crecientes, mientras que los medios financieros destinados a la asistencia sanitaria no son ilimitados, cualquiera que sea el modo de financiación.

81 En tales circunstancias, el requisito de sujetar a autorización previa la cobertura financiera por parte del sistema nacional de seguridad social de la asistencia hospitalaria dispensada en un Estado miembro distinto del de afiliación resulta una medida a la vez necesaria y razonable.

82 Por lo que respecta precisamente al régimen instaurado por la ZFW, el Tribunal de Justicia ha admitido claramente que, si los asegurados pudiesen acudir libremente y en cualquier circunstancia a establecimientos hospitalarios con los

que las cajas de enfermedad no hayan establecido ningún concierto, tanto si se trata de establecimientos situados en los Países Bajos como en otro Estado miembro, cualquier esfuerzo de planificación efectuado a través del sistema de concertación con el fin de contribuir a garantizar una oferta de asistencia hospitalaria racionalizada, estable, equilibrada y accesible, resultaría inmediatamente comprometido (sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 81).

83 Por lo tanto, aunque el Derecho comunitario no se opone en principio a un sistema de autorización previa para esta categoría de prestaciones, es necesario, sin embargo, que los requisitos para la concesión de dicha autorización se justifiquen a la luz de las razones imperiosas antes referidas y que cumplan con el requisito de proporcionalidad mencionado en el apartado 68 de la presente sentencia.

84 Asimismo, de una jurisprudencia reiterada resulta que un régimen de autorización administrativa previa no puede legitimar un comportamiento discrecional de las autoridades nacionales que prive de eficacia a las disposiciones comunitarias y, en particular, a las relativas a una libertad fundamental como la que es objeto de los procedimientos principales (véanse las sentencias de 23 de febrero de 1995, Bordessa y otros, asuntos acumulados C-358/93 y C-416/93, Rec. p. I-361, apartado 25; de 14 de diciembre de 1995, Sanz de Lera y otros, asuntos acumulados C-163/94, C-165/94 y C-250/94, Rec. p. I-4821, apartados 23 a 28, y de 20 de febrero de 2001, Analir y otros, C-205/99, Rec. p. I-1271, apartado 37).

85 Por consiguiente, para que un sistema de autorización administrativa previa esté justificado aun cuando introduzca una excepción a una libertad fundamental, debe basarse en criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano, de forma que queden establecidos los límites del ejercicio de la facultad de apreciación de las autoridades nacionales, con el fin de que ésta no pueda utilizarse de manera arbitraria (sentencia Analir y otros, antes citada, apartado 38). Un sistema de autorización administrativa previa de ese tipo debe también basarse en un sistema procedimental suficientemente accesible y adecuado para garantizar a los interesados que sus solicitudes sean tramitadas en un plazo razonable y con objetividad e imparcialidad, debiendo, además, poder recurrir judicialmente contra las eventuales denegaciones de autorización (sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 90).

86 En los litigios principales, procede indicar que las divergencias no se refieren a la cobertura en cuanto tal, por el régimen del seguro de enfermedad neerlandés, de los tratamientos médicos y hospitalarios dispensados a las Sras. Müller-Fauré y Van Riet. En dichos litigios se discute la necesidad médica de que estas últimas efectuaran tales tratamientos en Alemania y en Bélgica, respectivamente, y no en los Países Bajos. A este respecto, en los apartados 99 a 107 de la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, el Tribunal de Justicia se pronunció también sobre este requisito relativo al carácter necesario del tratamiento previsto, al que está supeditada la concesión de la autorización.

87 Así, tal como señala el órgano jurisdiccional remitente, del tenor de los artículos 9, apartado 4, de la ZFW y 1 del Rhbz resulta que dicho requisito se aplica, en principio, indistintamente tanto si la solicitud de autorización se refiere a un tratamiento que se haya de seguir en un establecimiento situado en los Países Bajos con el que la caja de enfermedad del asegurado no haya celebrado un concierto como en un establecimiento situado en otro Estado miembro.

88 Por lo que se refiere a los tratamientos hospitalarios dispensados fuera de los Países Bajos, el juez remitente indica que el requisito relativo al carácter necesario del tratamiento se interpreta, en la práctica, de manera que su realización sólo se autoriza cuando no se puede dispensar un tratamiento adecuado en tiempo oportuno en los Países Bajos. Por su parte, el Gobierno neerlandés precisa que de la lectura conjunta de los artículos 9, apartado 4, de la ZFW y 1 del Rhbz resulta que la autorización debe ser denegada únicamente cuando la asistencia exigida por el estado del asegurado pueda ser ofrecida por prestadores concertados.

89 El requisito relativo al carácter necesario del tratamiento previsto por la normativa controvertida en los litigios principales puede estar justificado a la vista del artículo 59 del Tratado, siempre que se interprete en el sentido de que la autorización para someterse a tratamiento en otro Estado miembro sólo puede ser denegada por este motivo cuando un tratamiento idéntico o que presenta el mismo grado de eficacia para el paciente pueda conseguirse en tiempo oportuno acudiendo a un establecimiento con el que la caja de enfermedad del asegurado

haya celebrado un concierto (sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 103).

90 Para apreciar si se puede conseguir en tiempo oportuno un tratamiento que presente el mismo grado de eficacia para el paciente en un establecimiento que haya celebrado un concierto con la caja de enfermedad a la que esté afiliado el asegurado, las autoridades nacionales tienen la obligación de tomar en consideración todas las circunstancias que caracterizan cada caso concreto, teniendo en cuenta debidamente no sólo la situación médica del paciente en el momento en que se solicita la autorización y, en su caso, el grado del dolor o la naturaleza de la minusvalía de este último, que podría, por ejemplo, hacer imposible o excesivamente difícil el ejercicio de una actividad profesional, sino también sus antecedentes (véase, en este sentido, la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 104).

91 El Tribunal de Justicia ha precisado también, en los apartados 105 y 106 de su sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, que:

— interpretado de esta manera, el requisito relativo al carácter necesario del tratamiento puede permitir mantener en el territorio nacional una oferta suficiente, equilibrada y permanente de asistencia hospitalaria de calidad, así como garantizar la estabilidad financiera del sistema del seguro de enfermedad;

— si muchos asegurados decidieran recurrir a la asistencia de otros Estados miembros, aun cuando los establecimientos hospitalarios que hayan celebrado un concierto con la caja de enfermedad de la que dependen ofrezcan tratamientos adecuados, idénticos o equivalentes, este flujo de pacientes podría poner en peligro tanto el principio mismo de la concertación como, en consecuencia, todos los esfuerzos de planificación y de racionalización

efectuados en dicho sector vital para evitar el fenómeno del exceso de capacidad hospitalaria, del desequilibrio en la oferta de asistencia médica hospitalaria, de derroche y de deterioro, tanto logísticos como financieros.

92 No obstante, la denegación de la autorización previa que no esté motivada por el temor de derroche o de deterioro, como consecuencia del exceso de capacidad en los hospitales, sino exclusivamente por una razón basada en la existencia de listas de espera en el territorio nacional para recibir el tratamiento hospitalario de que se trata, sin tomar en consideración las circunstancias concretas que caracterizan la situación médica del paciente, no puede constituir un obstáculo válidamente justificado a la libre prestación de servicios. En efecto, de las alegaciones presentadas ante el Tribunal de Justicia no resulta que dicho plazo de espera sea necesario, independientemente de consideraciones de naturaleza puramente económica que no pueden, en cuanto tales, justificar un obstáculo al principio fundamental de la libre prestación de servicios, para garantizar la protección de la salud pública. Por el contrario, un plazo de espera demasiado largo o anormal podría restringir la accesibilidad a un conjunto equilibrado de tratamientos hospitalarios de calidad.

Sobre las prestaciones no hospitalarias

93 Por lo que respecta a las prestaciones médicas no hospitalarias, tales como las dispensadas a la Sra. Müller-Fauré y, en parte, a la Sra. Van Riet, no se ha aportado al Tribunal de Justicia, especialmente por las cajas de Zwijnrecht y de Amsterdam, así como por el Gobierno neerlandés, ningún dato que apoye la afirmación según la cual la libertad concedida a los asegurados para acudir, sin autorización previa, a un Estado miembro distinto de aquel en el que está establecida la caja de enfermedad a la que están afiliados, para recibir tales prestaciones de un prestador no concertado, puede perjudicar gravemente el equilibrio financiero del sistema de seguridad social neerlandés.

94 Ciertamente, la supresión del requisito de la concertación para prestaciones dispensadas en el extranjero afecta a los medios de control de los gastos de asistencia sanitaria del Estado miembro de afiliación.

95 No obstante, de los autos no resulta que la supresión de la exigencia de autorización previa para este tipo de prestaciones pueda provocar, a pesar de las barreras lingüísticas, la distancia geográfica, los gastos de estancia en el extranjero y la falta de información sobre la naturaleza de la asistencia que allí se dispensa, desplazamientos transfronterizos de pacientes de tal entidad que se viera gravemente perturbado el equilibrio financiero del sistema de seguridad social neerlandés y que, en consecuencia, quedara amenazado el nivel global de protección de la salud pública, lo que podría justificar válidamente un obstáculo al principio fundamental de la libre prestación de servicios.

96 Además, la asistencia se dispensa generalmente cerca del lugar de residencia del paciente, en un entorno cultural que le resulta familiar y le permite establecer con el médico que le atiende relaciones de confianza. Salvo en los casos de urgencia, los desplazamientos transfronterizos de pacientes se manifiestan fundamentalmente en las regiones fronterizas o para el tratamiento de patologías específicas. Además, precisamente en tales regiones o para dichas patologías las cajas de enfermedad neerlandesas tenderán a establecer un sistema de concertación con médicos extranjeros, tal como resulta de las observaciones presentadas ante el Tribunal de Justicia.

97 Esta serie de circunstancias pueden limitar el eventual impacto financiero sobre el sistema neerlandés de seguridad social de la supresión de la exigencia de autorización previa por lo que respecta a la asistencia dispensada en la consulta del facultativo extranjero.

98 En cualquier caso, procede recordar que corresponde únicamente a los Estados miembros determinar el alcance de la cobertura de enfermedad de que disfrutan los asegurados, de forma que, cuando estos últimos acuden sin autorización previa a un Estado miembro distinto de aquel en el que está establecida la caja de enfermedad a la que están afiliados para ser tratados en él, sólo pueden aspirar a la cobertura de la asistencia recibida dentro de los límites de la cobertura garantizada por el régimen del seguro de enfermedad del Estado miembro de afiliación.

Sobre la alegación basada en las características esenciales del régimen del seguro de enfermedad neerlandés

99 La caja de Zwijndrecht, así como los Gobiernos neerlandés, español y noruego, han destacado la libertad de que gozan los Estados miembros para establecer el sistema de seguridad social que deseen. Pues bien, en el presente asunto, de no exigirse la autorización previa, los asegurados podrían dirigirse libremente a prestadores de asistencia no concertados, de forma que quedaría amenzada la existencia del régimen neerlandés de prestaciones en especie, cuyo funcionamiento depende esencialmente del sistema de concertación. Además, las autoridades neerlandesas se verían obligadas a introducir en su forma de organización del acceso a la asistencia mecanismos de reembolso, en la medida en que, en lugar de recibir prestaciones sanitarias gratuitas en el territorio nacional, los asegurados deberían anticipar las cantidades necesarias para el pago de las prestaciones que hubieran recibido y esperar algún tiempo antes de obtener su reintegro. De esta manera, los Estados miembros se verían abocados a renunciar a los principios y al sistema de su régimen del seguro de enfermedad.

100 A este respecto, según jurisprudencia reiterada, el Derecho comunitario no restringe la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de seguridad social (véanse, en particular, las sentencias de 7 de febrero de 1984, Duphar y otros, 238/82, Rec. p. 523, apartado 16, y de 17 de junio de 1997, Sodemare y otros, C-70/95, Rec. p. I-3395, apartado 27). Así pues, puesto que no existe una armonización a escala comunitaria, corresponde a la legislación de cada Estado miembro determinar los requisitos que confieren derecho a las prestaciones en materia de seguridad social (véanse, en particular, las sentencias de 24 de abril de 1980, Coonan, 110/79, Rec. p. 1445, apartado 12; de 4 de octubre de 1991, Paraschi, C-349/87, Rec. p. I-4501, apartado 15, y de 30 de enero de 1997, Stöber y Piosa Pereira, asuntos acumulados C-4/95 y C-5/95, Rec. p. I-511, apartado 36). No obstante, no es menos cierto que, en el ejercicio de dicha competencia, los Estados miembros deberán respetar el Derecho comunitario (sentencias antes citadas Decker, apartado 23, y Kohll, apartado 19).

101 A este respecto, han de formularse dos observaciones previas.

102 Por un lado, la realización de las libertades fundamentales garantizadas por el Tratado obliga inevitablemente a los Estados miembros a introducir adaptaciones en su sistema nacional de seguridad social, sin que pueda considerarse que ello menoscaba su competencia soberana en la materia. A este respecto, basta referirse a las adaptaciones que han tenido que introducir en sus legislaciones en materia de seguridad social para ajustarse al Reglamento nº 1408/71, en particular a los requisitos previstos en su artículo 69 en materia de pago de las prestaciones por desempleo a trabajadores residentes en el territorio de otros Estados miembros, cuando ningún régimen nacional garantizaba la concesión de tales asignaciones a desempleados inscritos en las oficinas de empleo de otro Estado miembro.

103 Por otra parte, tal como se desprende ya del apartado 39 de la presente sentencia, una prestación médica no pierde su calificación de prestación de servicios por el hecho de que esté cubierta por un servicio nacional de salud o por un régimen de prestaciones en especie. El Tribunal de Justicia ha declarado en particular, a este respecto, que una prestación médica dispensada en un Estado miembro y pagada por el paciente no puede dejar de estar comprendida en el ámbito de aplicación de la libre prestación de servicios garantizada por el Tratado por el solo hecho de que el reembolso de la asistencia de que se trate se solicite al amparo de una legislación sobre el seguro de enfermedad de otro Estado miembro que prevé esencialmente una intervención en especie (sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 55). Precisamente la exigencia de una autorización previa para poder beneficiarse a continuación de la cobertura de dicha asistencia constituye, tal como se ha señalado en el apartado 44 de la presente sentencia, el obstáculo a la libre prestación de servicios, es decir, a la posibilidad de que el paciente recurra al prestador médico que elija en un Estado miembro distinto del de afiliación. Así pues, no procede, desde el punto de vista de la libre prestación de servicios, establecer una distinción según que el paciente pague el importe de los gastos efectuados y solicite a continuación su reembolso o que la caja del seguro de enfermedad o el presupuesto nacional pague directamente al prestador.

104 A la luz de estas observaciones ha de examinarse si la supresión de la exigencia de una autorización previa concedida por las cajas de enfermedad para recibir asistencia sanitaria no hospitalaria, dispensada en un Estado miembro distinto del de afiliación, puede poner en entredicho las características esenciales del sistema de acceso a la asistencia sanitaria en los Países Bajos.

105 En primer lugar, en el propio marco de la aplicación del Reglamento nº 1408/71, los Estados miembros que han establecido un régimen de prestaciones en especie, o incluso un sistema nacional de salud, han de prever mecanismos de reembolso *a posteriori* de la asistencia dispensada en un Estado miembro distinto del competente. Así sucede, por ejemplo, en el caso en que no haya sido posible cumplimentar las formalidades exigidas durante la estancia del interesado en este último Estado [véase el artículo 34 del Reglamento (CEE) nº 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento nº 1408/71], o cuando el Estado competente ha autorizado, conforme al artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento nº 1408/71, el acceso a la asistencia en el extranjero.

106 En segundo lugar, tal como se ha señalado en el apartado 98 de la presente sentencia, los asegurados que acuden sin autorización previa a un Estado miembro distinto de aquel en el que está establecida la caja de enfermedad a la que están afiliados para ser tratados en él sólo pueden aspirar a la cobertura de la asistencia recibida dentro de los límites de la cobertura garantizada por el régimen del seguro de enfermedad del Estado miembro de afiliación. Así, en el presente asunto, de los autos resulta que, de los 3.806,35 euros pagados por la Sra. Müller-Fauré al prestador establecido en Alemania, la caja de Zwijndrecht sólo cubriría, en cualquier caso, habida cuenta del alcance de la cobertura de seguro por ella garantizada, 221,03 euros. Igualmente, los requisitos para la concesión de las prestaciones siguen siendo aplicables en caso de asistencia dispensada en un Estado miembro distinto del de afiliación, siempre y cuando no sean discriminatorias ni constituyan un obstáculo a la libre prestación de servicios. Así sucede, en particular, con la exigencia de la consulta previa a un médico de atención primaria antes de acudir a un médico especialista.

107 En tercer lugar, nada se opone a que el Estado miembro competente en el que existe un régimen de prestaciones en especie fije qué importes de reembolso pueden recibir los pacientes a los que se ha dispensado asistencia en otro Estado miembro, siempre y cuando tales importes se basen en criterios objetivos, no discriminatorios y transparentes.

108 En consecuencia, a la luz de los datos y alegaciones presentados ante el Tribunal de Justicia, no resulta que la supresión de la exigencia de autorización previa concedida por las cajas de enfermedad a los asegurados afiliados a ellas para permitirles recibir asistencia sanitaria, en particular no hospitalaria, dispensada en un Estado miembro distinto del de afiliación, pueda menoscabar las características esenciales del régimen del seguro de enfermedad neerlandés.

109 Habida cuenta de todas las consideraciones expuestas, procede responder a las cuestiones planteadas que

— los artículos 59 y 60 del Tratado deben ser interpretados en el sentido de que no se oponen a la legislación de un Estado miembro, como la controvertida en los litigios principales, que, por un lado, supedita la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada en un Estado miembro distinto de aquel en el que está establecida la caja de enfermedad a la que está afiliado el asegurado por un prestador con el que esta última no ha celebrado ningún concierto a la obtención de una autorización previa concedida por dicha caja y, por otro, supedita la concesión de esta autorización al requisito de que el tratamiento médico del asegurado lo exija. No obstante, la autorización sólo podrá denegarse, por este motivo, cuando un tratamiento idéntico o que presente el mismo grado de eficacia para el paciente pueda conseguirse en tiempo oportuno en un establecimiento con el que la caja haya celebrado un concierto;

— por el contrario, los artículos 59 y 60 del Tratado se oponen a la misma legislación en la medida en que ésta supedita la cobertura de la asistencia no hospitalaria dispensada en otro Estado miembro por una persona o un establecimiento con los que la caja de enfermedad a la que está afiliado el asegurado no ha celebrado ningún concierto a la obtención de una autorización previa concedida por esta última, cuando la legislación de que se trata establece un régimen de prestaciones en especie en virtud del cual los asegurados no reciben el reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia médica, sino la asistencia en sí misma, que es gratuita.

Costas

110 Los gastos efectuados por los Gobiernos neerlandés, belga, danés, alemán, español, irlandés, italiano, finlandés, sueco, del Reino Unido, islandés y noruego, así como por la Comisión, que han presentado observaciones ante este Tribunal de Justicia, no pueden ser objeto de reembolso. Dado que el procedimiento tiene, para las partes de los litigios principales, el carácter de un incidente promovido ante el órgano jurisdiccional nacional, corresponde a éste resolver sobre las costas.

En virtud de todo lo expuesto,

EL TRIBUNAL DE JUSTICIA,

pronunciándose sobre las cuestiones planteadas por el Centrale Raad van Beroep mediante resolución de 6 de octubre de 1999, declara:

— **Los artículos 59 del Tratado CE (actualmente artículo 49 CE, tras su modificación) y 60 del Tratado CE (actualmente artículo 50 CE) deben ser interpretados en el sentido de que no se oponen a la legislación de un Estado miembro, como la controvertida en los litigios principales, que, por un lado, supedita la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada en un Estado miembro distinto de aquel en el que está establecida la caja de enfermedad a la que está afiliado el asegurado por un prestador con el que esta última no ha celebrado ningún concierto a la obtención de una autorización previa concedida por dicha caja y, por otro, supedita la concesión de esta**

autorización al requisito de que el tratamiento médico del asegurado lo exija. No obstante, la autorización sólo podrá denegarse, por este motivo, cuando un tratamiento idéntico o que presente el mismo grado de eficacia para el paciente pueda conseguirse en tiempo oportuno en un establecimiento con el que la caja haya celebrado un concierto.

— Por el contrario, los artículos 59 y 60 del Tratado se oponen a la misma legislación en la medida en que ésta supedita la cobertura de la asistencia no hospitalaria dispensada en otro Estado miembro por una persona o un establecimiento con los que la caja de enfermedad a la que está afiliado el asegurado no ha celebrado ningún concierto a la obtención de una autorización previa concedida por esta última, cuando la legislación de que se trata establece un régimen de prestaciones en especie en virtud del cual los asegurados no reciben el reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia médica, sino la asistencia en sí misma, que es gratuita.

Rodríguez Iglesias Wathelet Schintgen

Timmermans Edward La Pergola

Jann Macken Colneric

von Bahr Cunha Rodrigues

Pronunciada en audiencia pública en Luxemburgo, a 13 de mayo de 2003.

El Secretario El Presidente

R. Grass G.C. Rodríguez Iglesias