SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA (Gran Sala)

de 5 de octubre de 2010 *

En el asunto C-512/08,

que tiene por objeto un recurso por incumplimiento interpuesto, con arreglo al artículo 226 CE, el 25 de noviembre de 2008,

Comisión Europea, representada por la Sra. N. Yerrell y por los Sres. G. Rozet y E. Traversa, en calidad de agentes, que designa domicilio en Luxemburgo,

parte demandante,

contra

República Francesa, representada por la Sra. A. Czubinski y el Sr. G. de Bergues, en calidad de agentes,

parte demandada,

* Lengua de procedimiento: francés.

apoyada por:

Reino de España, representado por el Sr. J.M. Rodríguez Cárcamo, en calidad de agente,

República de Finlandia, representada por la Sra. A. Guimaraes-Purokoski, en calidad de agente,

Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, representado por la Sra. I. Rao, posteriormente el Sr. S. Ossowski, en calidad de agentes, asistidos por la Sra. M.E. Demetriou, Barrister,

partes coadyuvantes,

EL TRIBUNAL DE JUSTICIA (Gran Sala),

integrado por el Sr. V. Skouris, Presidente, los Sres. A. Tizzano, J.N. Cunha Rodrigues, K. Lenaerts (Ponente) y J.-C. Bonichot y la Sra. C. Toader, Presidentes de Sala, y los Sres. K. Schiemann, P. Kūris, E. Juhász, G. Arestis, A. Arabadjiev, J.-J. Kasel y M. Safjan, Jueces;

Abogado General: Sra. E. Sharpston;
Secretario: Sr. M.-A. Gaudissart, jefe de unidad;

habiendo considerado los escritos obrantes en autos y celebrada la vista el 2 de marzo de 2010;

oídas las conclusiones de la Abogado General, presentadas en audiencia pública el 15 de julio de 2010;

dicta la siguiente

Sentencia

1 Mediante su recurso, la Comisión de las Comunidades Europeas solicita al Tribunal de Justicia que declare que la República Francesa ha incumplido las obligaciones que le incumben en virtud del artículo 49 CE, al haber subordinado a una autorización previa, en virtud del artículo R. 332-4 del code de la sécurité sociale, el reembolso de las prestaciones médicas accesibles en consultorio que requieran la utilización de equipos materiales particularmente onerosos, que se enumeran en el artículo R. 712-2-II del code de la santé publique (actualmente artículo R. 6122-26 de ese código), por una parte, y al no haber previsto en dicho artículo R. 332-4 o en otra disposición del Derecho francés la posibilidad de conceder al paciente, asegurado en el sistema francés de seguridad social, un reembolso complementario en las condiciones previstas por el apartado 52 de la sentencia de 12 de julio de 2001, Vanbraekel y otros (C-368/98, Rec. p. I-5363), por otra parte.

Marco jurídico

Derecho de la Unión

2 A tenor del artículo 22, apartado 1, 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, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, según 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), y modificado en último lugar por el Reglamento (CE) nº 1992/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de de 2006 (DO L 392, p. 1) (en lo sucesivo, «Reglamento nº 1408/71»):

«El trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia que satisfaga las condiciones exigidas por la legislación del Estado competente para tener derecho a las prestaciones, teniendo en cuenta, en su caso, las disposiciones del artículo 18 y:

a) cuyo estado requiera prestaciones en especie que sean necesarias desde un punto de vista médico durante una estancia en el territorio de otro Estado miembro, teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia, o

[…]

c) que sea autorizado por la institución competente a desplazarse al territorio de otro Estado miembro para recibir en el mismo la asistencia apropiada a su estado,

tendrá derecho:

i) a las prestaciones en especie servidas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia […], según las disposiciones de la legislación que ésta aplique, como si estuviera afiliado a la misma, regulándose la duración del servicio de las prestaciones por la legislación del Estado competente;

[…].»

Derecho nacional

Code de la sécurité sociale

3 La cobertura de la asistencia sanitaria dispensada a los asegurados del sistema francés de seguridad social fuera de Francia se regula en particular por los artículos R. 332-3 y R. 332-4 del code de la sécurité sociale, que fueron introducidos en ese código por el Decreto nº 2005-386, de 19 de abril de 2005, relativo a la cobertura de la asistencia recibida fuera de Francia y que modifica el code de la sécurité sociale (segunda parte: Decretos aprobados previo dictamen del Conseil d'État) (JORF de 27 de abril de 2005, p. 7321).

4 Esos artículos del code de la sécurité sociale disponen:

«Artículo R. 332-3

Las cajas de seguro de enfermedad reembolsarán los gastos de la asistencia dispensada a los asegurados y beneficiarios de las mismas en un Estado miembro de la Unión Europea o parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, en las mismas condiciones que si la asistencia se hubiese prestado en Francia, sin que el importe reembolsado pueda exceder del total de los gastos abonados por el asegurado, y sin perjuicio de las adaptaciones previstas en los artículos R. 332-4 a R. 332-6.

Artículo R. 332-4

Excepto en caso de asistencia imprevista, sólo previa autorización podrán las cajas de seguro de enfermedad reembolsar los gastos por la asistencia hospitalaria o que requiera el uso de los equipos materiales particularmente onerosos mencionados en la sección II del artículo R. 712-2 del code de la santé publique, dispensada a los asegurados y beneficiarios en un Estado miembro de la Unión Europea o parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo y que sea apropiada a su estado.

Esa autorización únicamente podrá ser denegada en alguno de los dos siguientes supuestos:

1º que la asistencia proyectada no forme parte de la asistencia cuya cobertura prevé la normativa francesa;

2º que pueda obtenerse en Francia idéntica asistencia o una igualmente efectiva en el momento oportuno, teniendo en cuenta el estado del paciente y la evolución probable de su enfermedad.

El asegurado social presentará su solicitud de autorización a la caja a la que esté afiliado. La decisión será adoptada por el órgano de control médico. Será notificada en un plazo compatible con el grado de urgencia y de disponibilidad de la asistencia proyectada, y, a más tardar, dos semanas después de la recepción de la solicitud. A falta de respuesta al término de ese último plazo se presumirá concedida la autorización.

Las decisiones denegatorias serán debidamente motivadas y susceptibles de recurso según los requisitos legales ordinarios ante el tribunal des affaires de sécurité sociale competente. No obstante, cuando la impugnación de la decisión guarde relación con la apreciación realizada por el médico asesor sobre el estado del enfermo, la adecuación a su estado de la asistencia proyectada o la identidad o igual grado de eficacia del tratamiento o tratamientos disponibles en Francia, será objeto de un dictamen médico en las condiciones previstas por el capítulo I del título IV del libro I del presente código.»

5 La aplicación del Decreto nº 2005-386 fue objeto de la circular DSS/DACI/2005/235, de 19 de mayo de 2005 (en lo sucesivo, «circular de 19 de mayo de 2005»), en la que se expone lo siguiente:

«El Decreto nº 2005-386 [...] culmina la integración en el Derecho interno de la jurisprudencia comunitaria sobre la libre prestación de servicios y la libre circulación de mercancías en materia de asistencia sanitaria.

[…]

Ese Decreto determina las condiciones de cobertura de la asistencia recibida en el extranjero en función de la zona geográfica en la que se ha dispensado: […] su artículo 3 crea cuatro nuevos artículos (R. 332-3, R. 332-4, R. 332-5 y R. 332-6) específicos relativos a la asistencia recibida en [Unión europea – Espacio económico europeo (UE-EEE)].

[…]

II — La cobertura de la asistencia recibida en UE-EEE (artículos R. 332-3, R. 332-4, R. 332-5, R. 332-6)

Estos cuatro nuevos artículos regulan específicamente la asistencia recibida en UE-EEE.

Comprenden un artículo de alcance general, que afirma el principio de la cobertura de la asistencia recibida en otro Estado miembro, y tres artículos de adaptación a situaciones especiales.

[…]

B — Las adaptaciones especiales (artículos R. 332-4, R. 332-5 y R. 332-6)

Los artículos R. 332-4, R. 332-5 y R. 332-6 completan el artículo R. 332-3, estableciendo varias adaptaciones del principio enunciado por ese artículo en las siguientes situaciones:

1 — La asistencia hospitalaria (artículo R. 332-4)

— El artículo R. 332-4 delimita el reembolso de la asistencia hospitalaria y del uso de los equipos materiales particularmente onerosos –del tipo IRM, TEP-SCAN, etc.– enumerados en la parte II del artículo R. 712-2 del code de la santé publique [...], a los que se puede tener acceso fuera del hospital, en consultorio.

— Este artículo no se aplica a la asistencia recibida de forma imprevista con ocasión de una estancia temporal (profesional, familiar, turística, etc.), que debe cubrirse con fundamento en los Reglamentos [(CEE)] nº 1408/71 y nº 574/72 de coordinación de los regímenes de seguridad social en Europa, haya presentado o no el asegurado en el Estado donde recibe asistencia un documento comunitario que acredite la adquisición de sus derechos.

— La cobertura de la asistencia hospitalaria y del uso de equipos materiales particularmente onerosos sigue estando subordinada a la concesión de una autorización previa por el organismo al que está afiliado el asegurado que se propone obtener esas prestaciones en UE-EEE.

Esta restricción está permitida por el [Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas], ya que tanto la asistencia hospitalaria como el uso de equipos materiales particularmente onerosos, en caso de libertad total de acceso fuera del territorio nacional, podrían perjudicar gravemente la organización del sistema sanitario o el equilibrio financiero del sistema de seguridad social del Estado de afiliación del asegurado.

Sin embargo, en la práctica los organismos del seguro de enfermedad no deben denegar sistemáticamente la concesión de la autorización previa para ese tipo de prestaciones programadas en otro Estado miembro.

En efecto, la autorización previa no puede denegarse si en Francia está previsto el reembolso de la asistencia proyectada, y si esa asistencia, o un tratamiento de efecto equivalente, no están disponibles en el momento oportuno, es decir, en un plazo compatible con el estado del paciente y la evolución probable de su enfermedad.

[…]

— Por supuesto, las decisiones denegatorias han de motivarse. El [Tribunal de Justicia] no admite, en caso de denegación de la autorización previa, que la decisión no indique con precisión al asegurado las razones por las que no se le permite obtener asistencia en otro Estado miembro. Así pues, la mera mención sin precisiones adicionales de la existencia de asistencia que puede dispensarse en Francia en el momento oportuno no puede considerarse suficiente en relación con las exigencias del [Tribunal de Justicia]. Las decisiones denegatorias, dado que se responde al solicitante que puede dispensarse en Francia un tratamiento de efecto equivalente, deben poner de manifiesto, por tanto, los aspectos de hecho que sustentan esa afirmación. En especial, podrá ser útil indicar una lista de establecimientos o de profesionales sanitarios capaces de dispensar al paciente la asistencia necesaria en el plazo requerido.

— En las regiones que padecen un déficit de oferta de asistencia hospitalaria específica o de equipos materiales particularmente onerosos, los organismos del seguro de enfermedad deberán autorizar sistemáticamente la cobertura de ciertas categorías de asistencia programada en UE-EEE. Una próxima circular precisará las regiones y las clases de asistencia hospitalaria o de equipos materiales particularmente onerosos a las que se refiere esta disposición.»

6 La circular de 19 de mayo de 2005 fue modificada y completada por la circular DSS/DACI/2008/242, de 21 de julio de 2008, relativa a la cobertura de la asistencia recibida en otro Estado miembro de la UE – EEE (en lo sucesivo, «circular de 21 de julio de 2008»), en la que se indica, en particular, que «aunque la jurisprudencia [Vanbraekel y otros] ya se aplica por las cajas», éstas hacen frente a numerosas dificultades concretas. En esta circular el Ministro competente «pide sin embargo [a los responsables de los organismos afectados] que prosigan haciendo lo necesario para aplicar el dispositivo de complemento diferencial en caso de solicitud del asegurado.»

Code de la santé publique

7 El artículo L. 6121-1 del code de la santé publique prevé:

«El plan de organización sanitaria tendrá por objeto prever y promover la evolución necesaria de la oferta de asistencia preventiva, curativa y paliativa para responder a las necesidades de la salud física y mental. También incluirá la oferta de asistencia para la cobertura de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos.

El plan de organización sanitaria tratará de fomentar la adaptación y la complementariedad de la oferta de asistencia, así como la cooperación, en particular entre los establecimientos sanitarios. Fijará objetivos con vistas a mejorar la calidad, la accesibilidad y la eficiencia de la organización sanitaria.

El plan tendrá en cuenta la articulación de los medios de los establecimientos sanitarios con la medicina dispensada en consultorio y el sector medico-social, así como la oferta de asistencia en las regiones limítrofes y en los territorios fronterizos.

Por orden del Ministro competente en materia de salud se fijará la lista de las materias, de las actividades de asistencia y de los equipos materiales particularmente onerosos que deberán incluirse obligatoriamente en un plan de organización sanitaria.

El plan de organización sanitaria se elaborará a partir de una evaluación de las necesidades de salud de la población y de su evolución, teniendo en cuenta los datos demográficos y epidemiológicos y los progresos de las técnicas médicas y tras un análisis cuantitativo y cualitativo de la oferta de asistencia existente.

El plan de organización sanitaria podrá ser revisado en todo o en parte en cualquier momento. Se reexaminará, al menos, cada cinco años.»

8 El artículo L. 6122-1 del citado código dispone:

«Estarán sujetos a la autorización de la Agencia regional de hospitalización los proyectos de creación de cualquier establecimiento sanitario, de creación, conversión y agrupación de las actividades de asistencia, incluso en forma de alternativa a la hospitalización, y de instalación de equipos materiales particularmente onerosos.

Se determinará por Decreto aprobado previo dictamen del Conseil d'État la lista de las actividades de asistencia y de los equipos materiales particularmente onerosos sujetos a autorización.»

9 El artículo R. 6122-26 del code de la santé publique, que recoge las disposiciones del artículo R. 712-2-II del mismo código, dispone:

«Estarán sujetos a la autorización prevista en el artículo L. 6122-1 los equipos materiales particularmente onerosos que se enumeran a continuación:

1º La cámara gamma con o sin detector de coincidencia de emisión de positrones, el tomógrafo por emisión, la cámara de positrones;

2º El aparato de formación de imágenes o de espectrometría por resonancia magnética nuclear para uso médico;

3º El escáner de uso médico;

4º La cámara hiperbárica;

5º El ciclotrón para uso médico.»

El procedimiento administrativo

10 A raíz de una denuncia, la Comisión envió el 18 de octubre de 2006 un escrito de requerimiento a la República Francesa en el que afirmaba la falta de conformidad del artículo R. 332-4 del code de la sécurité sociale con el artículo 49 CE, según su interpretación por el Tribunal de Justicia. Para sustentar su afirmación exponía tres imputaciones específicas, a saber:

— La exigencia de una autorización previa para el reembolso de determinadas prestaciones de asistencia no hospitalaria dispensadas en otro Estado miembro;

— La falta de una disposición que prevea el envío de un acuse de recibo al solicitante de una autorización previa para la cobertura de prestaciones de asistencia hospitalaria dispensadas en otro Estado miembro, y

— La falta de una disposición que permita conceder al asegurado del sistema francés de seguridad social un reembolso complementario en las condiciones previstas por el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada.

11 El referido apartado 53 de esa sentencia declara:

«[…]

El artículo [49 CE] debe interpretarse en el sentido de que si el reembolso de los gastos realizados por servicios hospitalarios prestados en un Estado miembro de estancia, conforme a las normas vigentes en dicho Estado, es inferior al que habría resultado de aplicar la normativa en vigor en el Estado miembro de afiliación en caso de hospitalización en este último, la institución competente debe abonar al beneficiario un reembolso complementario correspondiente a dicha diferencia.»

12 Mediante escrito de 1 de marzo de 2007, la República Francesa respondió al escrito de requerimiento.

13 En lo que atañe a la primera imputación, ese Estado miembro comunicó su intención de modificar el artículo R. 332-4 del code de la sécurité sociale en el sentido pretendido por la Comisión y de emitir, en espera de dicha modificación, una circular destinada a garantizar la observancia de las exigencias derivadas del Derecho de la Unión.

14 La República Francesa refutó el fundamento de la segunda imputación, alegando que los organismos franceses de seguridad social están obligados, en calidad de autoridades administrativas incluidas en el ámbito de la legislación nacional sobre los derechos del ciudadano en sus relaciones con la Administración, a remitir al solicitante de una autorización previa para la cobertura de la asistencia proyectada en otro Estado miembro un acuse de recibo que mencione, en particular, la fecha de recepción de la solicitud y el plazo a cuyo término ésta podrá considerarse aceptada.

15 Respecto a la tercera imputación, la República Francesa alega que la circunstancia invocada por la Comisión se debía a las incertidumbres sobre el alcance exacto de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, que había de debatirse entre los Estados miembros en el seno del Consejo de la Unión Europea. Con remisión a la circular DSS/DACI/2003/286, de 16 de junio de 2003, relativa a la aplicación de la normativa para asegurar el acceso del asegurado de un régimen francés de seguridad social a la asistencia en la Unión Europea y en el Espacio Económico Europeo (en lo sucesivo, «circular de 16 de junio de 2003»), ese Estado miembro añadió, sin embargo, que no tenía en absoluto la intención de ocultar a esos asegurados la existencia del derecho a un reembolso complementario reconocido por esa sentencia. Por otra parte, puso de relieve que las autoridades administrativas francesas atribuían un amplio alcance a dicha sentencia, conforme a la jurisprudencia de la Cour de cassation.

16 En vista de esos aspectos de la respuesta, la Comisión envió a la República Francesa el 23 de octubre de 2007 un dictamen motivado en el que indicó, por una parte, que renunciaba a la segunda imputación expuesta en su escrito de requerimiento y, por otra, que mantenía sus otras dos imputaciones, e instaba a ese Estado miembro a tomar las medidas necesarias para atenerse a ese dictamen motivado en un plazo de dos meses a partir de su recepción.

17 En su respuesta al citado dictamen motivado, de fecha 13 de diciembre de 2007, la República Francesa anunció la inminente aprobación de un Decreto para adaptar el artículo R. 332-4 del code de la sécurité sociale a las exigencias del Derecho de la Unión y para completar los artículos R. 332-2 a R. 332-6 de dicho código en lo que

atañe al derecho a un reembolso complementario previsto por la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada. Señaló también que estaba a punto de concluir la elaboración de una circular dirigida a sustituir la circular de 19 de mayo de 2005.

18 A raíz de un recordatorio que le envió la Comisión el 10 de junio de 2008, la República Francesa comunicó a ésta la circular de 21 de julio de 2008. Por otra parte, manifestó que existían algunas dificultades técnicas que retrasaban la adopción definitiva de la reforma del code de la sécurité sociale anunciada en su respuesta al dictamen motivado.

19 No convencida por esas explicaciones, la Comisión decidió interponer el presente recurso.

Sobre el recurso

Sobre la primera imputación, basada en la exigencia de una autorización previa para la cobertura de la asistencia no hospitalaria proyectada en otro Estado miembro y que requiera el uso de equipos materiales particularmente onerosos

Alegaciones de las partes

20 La Comisión alega que la exigencia de una autorización previa para la cobertura, por la institución competente, de la asistencia accesible en un consultorio en otro Estado miembro y que requiera el uso de equipos materiales particularmente onerosos constituye una restricción de la libre prestación de servicios.

21 Mantiene que aunque los objetivos de planificación pueden justificar ciertamente una exigencia como esa a los efectos de la cobertura social de la asistencia hospitalaria proyectada en otro Estado miembro, esa exigencia no se justifica, en cambio, en el ámbito de la asistencia no hospitalaria, como estimó el Tribunal de Justicia en las sentencias de 28 de abril de 1998, Kohll (C-158/96, Rec. p. I-1931), y de 13 de mayo de 2003, Müller-Fauré y van Riet (C-385/99, Rec. p. I-4509).

22 La Comisión, considerando a la luz del apartado 75 de la sentencia Müller-Fauré y van Riet, antes citada, que el aspecto característico de una prestación hospitalaria está en el hecho de que dicha prestación no puede dispensarse fuera del ámbito hospitalario, sostiene que el mantenimiento de la exigencia de autorización previa no se justifica objetivamente en el caso de la asistencia que requiere el uso de equipos materiales particularmente onerosos accesibles fuera de las infraestructuras hospitalarias.

23 Añade que diversos factores, como la aplicación de las limitaciones de cobertura y de los requisitos de concesión de las prestaciones de seguridad social en vigor en el Estado miembro de afiliación, los aspectos lingüísticos y geográficos, la falta de información sobre la naturaleza de la asistencia disponible en los demás Estados miembros o también los gastos de estancia inherentes a un desplazamiento a otro Estado miembro con fines médicos, permiten considerar que la supresión de la exigencia de autorización previa en el ámbito de la asistencia que requiere el uso de equipos materiales particularmente onerosos no daría lugar a un éxodo masivo de asegurados del sistema francés de seguridad social hacia los demás Estados miembros ni pondría en peligro el equilibrio financiero del sistema nacional de seguridad social.

24 La República Francesa, apoyada por el Reino de España, la República de Finlandia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, rebate el fundamento de esta primera imputación.

25 Esos Estados miembros alegan que la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, que permite, por razón de objetivos de planificación global, una medida de autorización previa a la cobertura, por la institución competente, de la asistencia hospitalaria dispensada en otro Estado miembro (véanse las sentencias Müller-Fauré y van Riet, antes citada, apartados 67 y 77 a 80, y de 16 de mayo de 2006, Watts, C-372/04, Rec. p. I-4325, apartados 104 y 108 a 111), puede transferirse al contexto de las prestaciones médicas que requieren el uso de equipos materiales particularmente onerosos fuera de las infraestructuras hospitalarias, en razón del coste muy elevado de esos equipos y de su impacto en el presupuesto de los sistemas de seguridad social.

Apreciación del Tribunal de Justicia

26 Con carácter previo, hay que señalar por una parte que, a tenor del artículo R. 332-4 del code de la sécurité sociale, la exigencia de autorización previa controvertida no afecta al supuesto denominado «de asistencia imprevista», es decir, la asistencia cuya necesidad sobreviene con ocasión de una estancia temporal del asegurado en otro Estado miembro. Como resulta de los escritos procesales de la Comisión, la primera imputación se circunscribe por tanto al supuesto de la asistencia denominada «programada», es decir, la que el asegurado se propone obtener en otro Estado miembro.

27 Por otra parte, es preciso destacar que esa imputación no se refiere a una supuesta vulneración del artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento nº 1408/71, en virtud del cual, al margen de las situaciones específicas relacionadas, en particular, con el estado de salud del afiliado o con el carácter urgente de la asistencia necesaria (véase en este sentido la sentencia de 5 de octubre de 2010, Elchinov, C-173/09, Rec. p. I-8889, apartados 45 y 51), la institución competente está facultada para subordinar a una autorización previa la cobertura, a su propio cargo, de la asistencia programada en otro Estado miembro por la institución del Estado miembro de estancia en función del régimen de cobertura en vigor en este último Estado miembro.

28 La primera imputación, basada en el artículo 49 CE, se refiere en consecuencia a la falta de conformidad con este artículo de la exigencia de una autorización previa para la cobertura por la institución competente, según el régimen de cobertura en vigor en el Estado miembro de afiliación, de la asistencia programada en una estructura no hospitalaria situada en otro Estado miembro y que requiere el uso de equipos materiales particularmente onerosos.

29 Enunciadas esas precisiones previas, ha de subrayarse que, a falta de armonización a escala de la Unión Europea, corresponde a la legislación de cada Estado miembro determinar los requisitos que confieren derecho a las prestaciones en materia de seguridad social que comprendan una asistencia como la que es objeto de la primera imputación. Sin embargo, en el ejercicio de dicha competencia, los Estados miembros deben respetar el Derecho de la Unión, en especial las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios (véase en este sentido la sentencia de 15 de junio de 2010, Comisión/España, C-211/08, Rec. p. I-5267, apartado 53 y la jurisprudencia citada).

30 Según reiterada jurisprudencia, las prestaciones médicas dispensadas a cambio de una remuneración están comprendidas en el ámbito de aplicación de las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios, sin que deba distinguirse entre la asistencia dispensada en un marco hospitalario o fuera de él (véanse en especial las sentencias de 18 de marzo de 2004, Leichtle, C-8/02, Rec. p. I-2641, apartado 28; Watts, antes citada, apartado 86, y de 19 de abril de 2007, Stamatelaki, C-444/05, Rec. p. I-3185, apartado 19).

31 También se ha afirmado de forma reiterada que la libre prestación de servicios comprende la libertad de los destinatarios de los servicios, incluidas las personas que requieren tratamiento médico, para desplazarse a otro Estado miembro con el fin de recibir allí dichos servicios sin sufrir restricciones (véanse, en particular, en este sentido las sentencias antes citadas Watts, apartado 87, y Comisión/España, apartado 49).

32 Pues bien, en el presente asunto la exigencia de autorización previa, a la que se subordina en virtud de la normativa nacional controvertida la cobertura por la institución competente, según el régimen de cobertura en vigor en el Estado miembro al que pertenece ésta, de la asistencia programada en otro Estado miembro y que requiere el uso de equipos materiales particularmente onerosos fuera de las infraestructuras hospitalarias puede disuadir, e incluso impedir, a los asegurados del sistema francés de seguridad social de dirigirse a los prestadores de servicios médicos establecidos en ese otro Estado miembro para obtener la asistencia de que se trata. La referida exigencia constituye, por tanto, una restricción a la libre prestación de servicios, tanto para esos asegurados como para los prestadores de servicios (véanse en este sentido las sentencias antes citadas Müller-Fauré y van Riet, apartados 44 y 103, y Watts, apartado 98).

33 En lo que atañe al carácter objetivamente justificado de tal restricción, debe recordarse que el Tribunal de Justicia ha estimado en diversas ocasiones que las necesidades de la planificación relacionadas, por una parte, con 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 de calidad y, por otra, con la voluntad de lograr un control de los gastos y de evitar, en la medida de lo posible, todo derroche de medios financieros, técnicos y humanos, pueden justificar el requisito de someter a autorización previa la cobertura financiera por la institución competente de la asistencia prevista en otro Estado miembro (véanse, en este sentido, las sentencias de 12 de julio de 2001, Smits y Peerbooms, C-157/99, Rec. p. I-5473, apartados 76 a 81, Müller-Fauré y Van Riet, antes citada, apartados 76 a 81, y Watts, antes citada, apartados 108 a 110).

34 Esas consideraciones, enunciadas acerca de prestaciones médicas dispensadas en el medio hospitalario, pueden aplicarse a las prestaciones médicas que requieren el uso de equipos materiales particularmente onerosos, aun si estas últimas, como las que son objeto de la primera imputación de la Comisión, se dispensan fuera de dicho medio.

35 Al respecto, debe observarse que en el apartado 75 de la sentencia Müller-Fauré y van Riet, antes citada, el Tribunal de Justicia, tras haber subrayado la dificultad de establecer la distinción entre los conceptos de «prestaciones hospitalarias» y de «prestaciones no hospitalarias», señaló que ciertamente 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.

36 En contra del criterio propugnado por la Comisión, no puede deducirse, sin embargo, de ese pasaje de la citada sentencia que la circunstancia de que la asistencia que requiere el uso de equipos materiales particularmente onerosos pueda dispensarse fuera de un medio hospitalario prive totalmente de pertinencia a las consideraciones ligadas a las necesidades de planificación.

37 Pues bien, con independencia del medio, hospitalario o no, en el que se proyecte instalarlos y utilizarlos, es necesario que los equipos materiales particularmente onerosos, limitativamente enumerados en el artículo R. 6122-26 del code de la santé publique, puedan ser objeto de una política de planificación, como la definida por la normativa nacional controvertida, en lo que se refiere en especial a su número y reparto geográfico, a fin de contribuir a garantizar en la totalidad del territorio nacional una oferta de asistencia de vanguardia que sea racionalizada, estable, equilibrada y accesible, pero también para evitar en la medida de lo posible todo derroche de medios financieros, técnicos y humanos.

38 Ese derroche sería tanto más perjudicial dado que las condiciones de instalación, de funcionamiento y de utilización de los cinco tipos de equipos limitativamente enumerados por el artículo R. 6122-26 del code de la santé publique son particularmente onerosas, mientras que los recursos presupuestarios que los Estados miembros pueden dedicar a la asistencia de vanguardia y, en particular, a subvencionar esos equipos no son ilimitados, cualquiera que sea el modo de financiación utilizado (véanse por analogía, acerca de los medicamentos, las sentencias de 19 de mayo de 2009, Comisión/Italia, C-531/06, Rec. p. I-4103, apartado 57, y Apothekerkammer des Saarlandes y otros, C-171/07 y C-172/07, Rec. p. I-4171, apartado 33).

39 Sin que la Comisión lo haya refutado, la República Francesa y el Reino Unido, han destacado también, tomando como ejemplo el tomógrafo por emisión de positrones, utilizado en la detección y el tratamiento del cáncer, que esos equipos representan costes cifrados en cientos de miles, incluso millones de euros, tanto para su adquisición como para su instalación y utilización.

40 Ahora bien, si los asegurados del sistema francés de seguridad social pudieran obtener de prestadores establecidos en otros Estados miembros, libremente y en cualquier circunstancia, a cargo de la institución competente, la asistencia que requiera el uso de equipos materiales particularmente onerosos, como los enumerados limitativamente por el code de la santé publique, se pondría en peligro así el esfuerzo de planificación de las autoridades nacionales, así como el equilibrio financiero de la oferta de asistencia de vanguardia.

41 Esa posibilidad podría llevar, en efecto, a la infrautilización de los equipos materiales particularmente onerosos instalados en el Estado miembro de afiliación y subvencionados por éste, o también a una carga desmesurada para el presupuesto de la seguridad social de ese Estado miembro.

42 En razón de esos riesgos para la organización de la política de salud pública y para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social, la exigencia, al margen de situaciones especiales como las referidas en el apartado 27 de la presente sentencia, de someter a la autorización previa de la institución competente la cobertura por ésta, conforme al régimen de cobertura vigente en el Estado miembro al que pertenece la misma, de un tratamiento programado en una estructura no hospitalaria situada en otro Estado miembro y que requiere el uso de los equipos materiales particularmente onerosos que figuran en el artículo R. 6122-26 del code de la santé publique se manifiesta como una restricción justificada, en el estado actual del Derecho de la Unión (véase por analogía la sentencia antes citada Müller-Fauré y van Riet, apartado 81).

43 Debe recordarse además que, según reiterada jurisprudencia, un régimen de autorización previa 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. Un sistema de autorización administrativa previa de ese tipo debe basarse también 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 (véanse en este sentido las sentencias antes citadas Smits y Peerbooms, apartado 90; Müller-Fauré y van Riet, apartado 85, y Watts, apartado 116).

44 En el presente caso la Comisión no ha formulado ninguna crítica específica de las reglas de procedimiento y de fondo que delimitan la medida de autorización previa controvertida, en particular de las condiciones limitativas conforme a las cuales puede denegarse dicha autorización en virtud del artículo R. 332-4 del code de la sécurité sociale.

45 En estas circunstancias, la infracción del artículo 49 CE alegada en la primera imputación no se manifiesta fundada. En consecuencia, procede desestimar esa imputación.

Sobre la segunda imputación, basada en la falta, en el Derecho francés, de una disposición que prevea el derecho del asegurado del sistema francés de seguridad social a un reembolso complementario en las condiciones previstas en el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros

Alegaciones de las partes

46 La Comisión afirma que, a falta de una disposición, en el Derecho francés, que prevea la posibilidad de un reembolso complementario en las condiciones previstas en el

apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, el asegurado del sistema francés de seguridad social no puede disfrutar del derecho a ese reembolso. Por tanto, no puede considerarse que en el Derecho francés se haya dado aplicación a la solución derivada de dicha sentencia.

47 La Comisión añade que las meras prácticas administrativas no pueden considerarse constitutivas de una ejecución válida de las obligaciones derivadas del Tratado CE. Por lo demás, las circulares de 16 de junio de 2003, 19 de mayo de 2005 y 21 de julio de 2008, dirigidas por el Ministerio de Salud a los organismos franceses de seguridad social, demuestran la existencia de una ambigüedad en la legislación francesa, que puede generar el desconocimiento y, en consecuencia, la imposibilidad de que los asegurados del sistema francés de seguridad social ejerciten efectivamente el derecho derivado de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada.

48 La Comisión mantiene además que los casos mencionados por la República Francesa de asegurados sociales que han podido obtener un reembolso complementario conforme a esa sentencia, o que están a punto de obtenerlo, no bastan para demostrar el respeto efectivo de los derechos de los asegurados del sistema francés de seguridad social en conjunto.

49 La República Francesa, apoyada en la vista por el Reino de España, alega que, habida cuenta del efecto directo del artículo 49 CE, y de la obligación de los tribunales nacionales de proteger los derechos conferidos a los particulares por ese artículo, la atribución por éste del derecho a un reembolso complementario, en las condiciones enunciadas en el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, no necesita una medida específica de aplicación en una norma de Derecho interno. Añade que el artículo R. 332-3 del code de la sécurité sociale abarca en particular el supuesto contemplado en el referido apartado 53. Por lo demás, la solución enunciada por dicha sentencia ha sido efectivamente aplicada por la Cour de cassation en una sentencia de 28 de marzo de 2002.

50 La República Francesa alega que una circular dirigida a recordar esa solución a los organismos competentes basta para asegurar la aplicación de ésta. Las circulares emitidas con esa finalidad tuvieron además un efecto práctico, como lo acredita la creación, durante el año 2006, de un Centro nacional de asistencia sanitaria en el extranjero, encargado de tramitar, en especial conforme a la referida solución, las solicitudes de reembolso de la asistencia dispensada a los asegurados del sistema francés de seguridad social en otro Estado miembro o en un país tercero.

Apreciación del Tribunal de Justicia

51 En el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, el Tribunal de Justicia, en el contexto de la asistencia programada y dispensada en otro Estado miembro, cuya autorización, necesaria para la cobertura por la institución competente, había sido indebidamente denegada, interpretó el artículo 59 CE en el sentido de que si el reembolso de los gastos realizados por servicios hospitalarios prestados en el Estado miembro de estancia, conforme a las normas vigentes en dicho Estado, es inferior al que habría resultado de aplicar la normativa en vigor en el Estado miembro de afiliación en caso de hospitalización en este último, la institución competente debe abonar al beneficiario un reembolso complementario correspondiente a dicha diferencia.

52 Como el Tribunal de Justicia precisó con posterioridad, el derecho del asegurado social a ese reembolso complementario está limitado por los gastos realmente incurridos en el Estado miembro de estancia (véase en este sentido la sentencia Watts, antes citada, apartados 131 y 143).

53 Al respecto, hay que poner de relieve que el artículo 49 CE, según su interpretación en el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, como disposición directamente aplicable del Tratado, vincula a todas las autoridades de los Estados miembros, incluidas las autoridades administrativas y jurisdiccionales, que están

obligadas, por consiguiente, a observarlo, sin que sea necesario adoptar disposiciones nacionales de ejecución (véanse en este sentido las sentencias de 15 de octubre de 1986, Comisión/Italia, 168/85, Rec. p. 2945, apartado 11, y de 21 de febrero de 2008, Comisión/Italia, C-412/04, Rec. p. I-619, apartados 67 y 68).

54 La facultad que tienen los justiciables de invocar ante las autoridades nacionales ese artículo, según su interpretación por el Tribunal de Justicia, sólo constituye sin embargo una garantía mínima y no basta para asegurar por sí sola la aplicación plena y completa de la citada disposición (véanse en este sentido las sentencias de 20 de marzo de 1986, Comisión/Países Bajos, 72/85, Rec. p. 1219, apartado 20; de 15 de octubre de 1986, Comisión/Italia, antes citada, apartado 11, y de 5 de marzo de 1996, Brasserie du pêcheur y Factortame, C-46/93 y C-48/93, Rec. p. I-1029, apartado 20).

55 En efecto, es preciso además que el ordenamiento jurídico del Estado miembro del que se trata no dé lugar a una situación ambigua que pueda mantener a los sujetos de derecho interesados en una situación de incertidumbre sobre la posibilidad de invocar esa disposición del Derecho de la Unión dotada de efecto directo (véanse en este sentido la sentencia de 15 de octubre de 1986, Comisión/Italia, antes citada, apartado 11, y las sentencias de 26 de febrero de 1991, Comisión/Italia, C-120/88, Rec. p. I-621, apartado 9, y Comisión/España, C-119/89, Rec. p. I-641, apartado 8).

56 No obstante, procede recordar a este respecto que, según reiterada jurisprudencia, en un procedimiento por incumplimiento con arreglo al artículo 226 CE incumbe a la Comisión probar la existencia del incumplimiento alegado, aportando al Tribunal de Justicia los elementos necesarios para que éste pueda verificar la existencia de tal incumplimiento (véase en particular la sentencia de 29 de abril de 2010, Comisión/Alemania, C-160/08, Rec. p. I-3713, apartado 116 y la jurisprudencia citada).

57 En el presente asunto, debe observarse en primer lugar que el artículo R. 332-3 del code de la sécurité sociale enuncia, y lo confirma la circular de 19 de mayo de 2005, el principio general de cobertura por la institución francesa competente de la asistencia

dispensada a un asegurado del sistema francés de seguridad social en otro Estado miembro o en un Estado parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo «en las mismas condiciones que si la asistencia se hubiese prestado en Francia», y con el límite de los gastos efectivamente realizados por el asegurado social.

58 Por la generalidad de sus términos, esa disposición abarca el derecho a un reembolso complementario a cargo de la institución francesa competente en el supuesto previsto por el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, de lo que por otra parte, la Comisión tuvo conocimiento durante el procedimiento ante el Tribunal de Justicia.

59 Esa apreciación no se desvirtúa por las «adaptaciones previstas en los artículos R. 332-4 a R. 332-6» del code de la sécurité sociale, a las que remite el artículo R. 332-3 del mismo código, y que se refieren respectivamente a la exigencia de autorización previa para la cobertura de ciertas clases de asistencia dispensada en otros Estados miembros, a la posibilidad reconocida a los organismos franceses de seguridad social de celebrar convenios con establecimientos de asistencia situados en otro Estado miembro o en un Estado parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo en los que se definan las condiciones de la estancia de los asegurados del sistema francés de seguridad social en dichos establecimientos y las formas de reembolso de la asistencia que se les dispense en éstos, así como a las condiciones de reembolso de los gastos de análisis realizados por un laboratorio de análisis de biología médica establecido en otro Estado miembro o en un Estado parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

60 Como ha puesto de relieve la República Francesa en la vista, la Comisión no ha identificado por otra parte ninguna disposición del Derecho francés que se oponga a la aplicación de la solución enunciada en el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada.

61 En segundo lugar, debe observarse que la Comisión no ha puesto de manifiesto en el presente caso la existencia de resoluciones dictadas por los tribunales nacionales que hubieran llevado a denegar el derecho derivado del artículo 49 CE a favor de los asegurados del sistema francés de seguridad social en el supuesto previsto por el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada.

62 Por el contrario, durante el procedimiento ante el Tribunal de Justicia la institución demandante tuvo conocimiento de la sentencia de la Cour de cassation de 28 de marzo de 2002, en la que esta última juzgó que «de las disposiciones del artículo 49 [CE], según su interpretación por el Tribunal de Justicia, [en la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada,] resulta que la caja del lugar de afiliación está obligada a cubrir los gastos médicos incurridos por su asegurado en otro Estado miembro según el baremo de precios aplicable a una idéntica asistencia dispensada en Francia, de modo que si el reembolso realizado en aplicación de las reglas vigentes en el Estado de estancia es inferior al que habría resultado de la aplicación de la legislación vigente en el Estado de afiliación, la institución competente está obligada a conceder al asegurado social un reembolso complementario igual a esa diferencia.»

63 En tercer lugar, en el presente asunto la Comisión no ha acreditado la existencia de práctica administrativa alguna que habría privado a los asegurados del sistema francés de seguridad social del derecho a un reembolso complementario en el supuesto previsto por el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada.

64 Por el contrario, en el dictamen motivado la Comisión se dio por enterada de las indicaciones expuestas en la respuesta de la República Francesa al escrito de requerimiento, según las cuales, conforme a la sentencia de la Cour de cassation de 28 de marzo de 2002, mencionada en el apartado 62 de la presente sentencia, los organismos franceses de seguridad social dan una aplicación amplia a la solución enunciada en la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada.

65 En lo que se refiere a las circulares de 16 de junio de 2003, 19 de mayo de 2005 y 21 de julio de 2008 emitidas por la autoridad ministerial competente, su objeto no era disipar una situación supuestamente ambigua, en contra de lo alegado por la Comisión ante el Tribunal de Justicia. Tampoco se proponían poner fin a prácticas supuestamente divergentes de los organismos franceses de seguridad social, algunas de las cuales habrían llevado supuestamente a excluir la aplicación de la solución enunciada en la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada.

66 Como la propia Comisión manifestó en su dictamen motivado, la circular de 16 de junio de 2003 contenía una mera descripción de la solución definida por la citada sentencia, para conocimiento de los organismos afectados. En cuanto a la circular de 19 de mayo de 2005, como resulta de los extractos de ésta que figuran en los autos, su objeto era explicar el alcance de los artículos R. 332-3 a R. 332-6 del code de la sécurité sociale, introducidos por el Decreto nº 2005-386. La circular de 21 de julio de 2008 incluye la observación de que dicha solución «ya se aplica por las cajas» y pide a éstas que «se prosiga haciendo lo necesario para aplicar el dispositivo de complemento diferencial», ello pese a las dificultades concretas a las que hacen frente ésas para el cálculo de ese complemento, debido en particular a la falta de un instrumento de comparación de los costes del mismo tratamiento en Francia y en los demás Estados miembros, así como a la lentitud de la cooperación entre las instituciones nacionales interesadas.

67 Siendo así, si bien es verdad que en virtud de la jurisprudencia reiterada del Tribunal de Justicia recordada por la Comisión, en el contexto de una legislación nacional incompatible con el Derecho de la Unión las meras prácticas administrativas, por naturaleza modificables a discreción de la Administración, no pueden ser consideradas como constitutivas de un cumplimiento válido de las obligaciones del Tratado (véanse en especial las sentencias de 13 de marzo de 1997, Comisión/Francia, C-197/96, Rec. p. I-1489, apartado 14; de 9 de marzo de 2000, Comisión/Italia, C-358/98, Rec. p. I-1255, apartado 17, y de 10 de marzo de 2005, Comisión/Reino Unido, C-33/03, Rec. p. I-1865, apartado 25), no lo es menos que en el presente asunto la falta de prueba de prácticas administrativas contrarias al Derecho de la Unión corrobora la apreciación de que la legislación francesa, en particular el artículo R. 332-3 del code de la sécurité sociale, no crea una situación que pueda privar a los asegurados del sistema

francés de seguridad social de los derechos que les confiere el artículo 49 CE, según su interpretación en la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada.

68 En cuarto lugar, la Comisión no ha puesto de manifiesto en el presente asunto ninguna denuncia ligada a una supuesta negativa por un organismo francés de seguridad social a reconocer a un asegurado social el derecho a un reembolso complementario en el supuesto previsto por el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada. Por el contrario, la República Francesa ha presentado durante el procedimiento ante el Tribunal de Justicia varios ejemplos de casos de asegurados del sistema francés de seguridad social que se hallaban en la situación prevista en el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, que obtuvieron un reembolso complementario conforme a esa sentencia, o estaban a punto de obtenerlo.

69 De las anteriores consideraciones resulta que la Comisión no ha demostrado que el ordenamiento jurídico francés dé lugar a una situación en la que los asegurados del sistema francés de seguridad social puedan quedar privados del derecho a un reembolso complementario en el supuesto contemplado en el apartado 53 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada.

70 Por tanto, debe desestimarse el segundo motivo.

71 De ello resulta que procede desestimar el recurso en su totalidad.

Costas

72 A tenor del apartado 2 del artículo 69 del Reglamento de Procedimiento, la parte que pierda el proceso será condenada en costas, si así lo hubiera solicitado la otra parte. Dado que la República Francesa ha solicitado la condena en costas de la Comisión y que se han desestimado los motivos de recurso de ésta, procede condenarla en costas. En aplicación del apartado 4, párrafo primero, del mismo artículo, el Reino de España, la República de Finlandia y el Reino Unido, que han intervenido en el presente litigio, cargarán con sus propias costas.

En virtud de todo lo expuesto, el Tribunal de Justicia (Gran Sala) decide:

1) Desestimar el recurso.

2) Condenar en costas a la Comisión Europea.

3) El Reino de España, la República de Finlandia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte cargarán con sus propias costas.

Firmas