# HOTĂRÂREA CURȚII (Marea Cameră)

5 octombrie 2010 *

În cauza C-512/08,

având ca obiect o acțiune în constatarea neîndeplinirii obligațiilor formulată în temeiul articolului 226 CE, introdusă la 25 noiembrie 2008,

**Comisia Europeană**, reprezentată de doamna N. Yerrell, precum și de domnii G. Rozet și E. Traversa, în calitate de agenți, cu domiciliul ales în Luxemburg,

reclamantă,

împotriva

**Republicii Franceze**, reprezentată de doamna A. Czubinski și de domnul G. de Bergues, în calitate de agenți,

pârâtă,

* Limba de procedură: franceza.

susținută de:

**Regatul Spaniei**, reprezentat de domnul J. M. Rodríguez Cárcamo, în calitate de agent,

**Republica Finlanda**, reprezentată de doamna A. Guimaraes-Purokoski, în calitate de agent,

**Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord**, reprezentat de doamna I. Rao și ulterior de domnul S. Ossowski, în calitate de agenți, asistați de doamna M.-E. Demetriou, barrister,

interveniente,

CURTEA (Marea Cameră),

compusă din domnul V. Skouris, președinte, domnii A. Tizzano, J. N. Cunha Rodrigues, K. Lenaerts (raportor), J.-C. Bonichot și doamna C. Toader, președinți de cameră, domnii K. Schiemann, P. Kūris, E. Juhász, G. Arestis, A. Arabadjiev, J.-J. Kasel și M. Safjan, judecători,

avocat general: doamna E. Sharpston,
grefier: domnul M.-A. Gaudissart, șef de unitate,

având în vedere procedura scrisă și în urma ședinței din 2 martie 2010,

după ascultarea concluziilor avocatului general în ședința din 15 iulie 2010,

pronunță prezenta

**Hotărâre**

1 Prin cererea introductivă, Comisia Comunităților Europene solicită Curții să constate că, prin faptul că a condiționat, conform articolului R. 332-4 din Codul securității sociale (code de la sécurité sociale), rambursarea serviciilor medicale acordate în afara mediului spitalicesc care implică utilizarea unor echipamente medicale complexe enumerate la articolul R. 712-2-II din Codul sănătății publice (code de la santé publique) (devenit articolul R. 6122-26 din acest cod) de eliberarea unei autorizări prealabile, pe de o parte, și prin faptul că nu a prevăzut, la articolul R. 332-4 menționat sau în orice altă dispoziție din dreptul francez, posibilitatea de a acorda pacientului, asigurat în sistemul francez de securitate socială, rambursarea complementară în condițiile prevăzute la punctul 53 din Hotărârea din 12 iulie 2001, Vanbraekel și alții (C-368/98, Rec., p. I-5363), pe de altă parte, Republica Franceză nu și-a îndeplinit obligațiile care îi revin în temeiul articolului 49 din Tratatul CE.

## Cadrul juridic

*Dreptul Uniunii*

2 Potrivit articolului 22 alineatul (1) din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 de aplicare a regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii care desfășoară activități independente și cu membrii familiilor acestora care se deplasează în cadrul Comunității, în versiunea modificată și actualizată prin Regulamentul (CE) nr. 118/97 al Consiliului din 2 decembrie 1996 (JO 1997, L 28, p. 1, Ediție specială, 05/vol. 4, p. 35), astfel cum a fost modificat, cel mai recent, prin Regulamentul (CE) nr. 1992/2006 al Parlamentului European și al Consiliului din 18 decembrie 2006 (JO L 392, p. 1, Ediție specială, 05/vol. 8, p. 288, denumit în continuare „Regulamentul nr. 1408/71”):

„Lucrătorul salariat sau lucrătorul care desfășoară o activitate independentă care îndeplinește condițiile impuse de legislația statului competent pentru a beneficia de prestații, luând în considerare, dacă este cazul, dispozițiile articolului 18 și:

(a) a cărui stare ar necesita prestații în natură necesare din punct de vedere medical pe parcursul ședерii pe teritoriul unui alt stat membru, luând în considerare natura prestațiilor și durata prevăzută a ședерii

sau

[…]

(c) care este autorizat de instituția competentă să se deplaseze pe teritoriul unui alt stat membru pentru a beneficia de tratament corespunzător bolii sale

are dreptul la:

(i) prestații în natură acordate pe seama instituției competente de instituția de la locul de ședere […], în conformitate cu dispozițiile legislației aplicate de respectiva instituție, ca și cum ar fi asigurat la aceasta; cu toate acestea, durata perioadei de acordare a prestațiilor este reglementată de legislația statului competent;

[…]"

*Dreptul național*

Codul securității sociale

3 Suportarea cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale acordate în afara Franței unor persoane asigurate în sistemul francez de securitate socială este reglementată, printre altele, de articolele R. 332-3 și R. 332-4 din Codul securității sociale, care au fost introduse în acest cod prin Decretul nr. 2005-386 din 19 aprilie 2005 referitor la plata pentru îngrijirile acordate în afara Franței și de modificare a Codului securității sociale (partea a doua: decrete adoptate după consultarea Conseil d'État) (JORF din 27 aprilie 2005, p. 7321).

4 Aceste articole din Codul securității sociale prevăd:

„Articolul R. 332-3

Casele de asigurări de sănătate rambursează costul îngrijirilor acordate persoanelor asigurate și membrilor familiilor acestora într-un stat membru al Uniunii Europene sau într-un stat care a aderat la Acordul privind Spațiul Economic European, în aceleași condiții în care s-ar fi efectuat rambursarea dacă îngrijirile ar fi fost acordate în Franța, fără ca suma rambursată să poată depăși suma totală plătită de persoana asigurată și sub rezerva ajustărilor prevăzute la articolele R. 332-4-R. 332-6.

Articolul R. 332-4

Cu excepția îngrijirilor medicale neprevăzute, casele de asigurări de sănătate nu pot, fără o autorizare prealabilă, să ramburseze costul îngrijirilor medicale spitalicești sau al îngrijirilor care implică utilizarea unor echipamente medicale complexe menționate în secțiunea II a articolului R.712-2 din Codul sănătății publice, care sunt acordate persoanelor asigurate sau membrilor familiilor acestora într-un alt stat membru al Uniunii Europene sau într-un stat care a aderat la Acordul privind Spațiul Economic European și care sunt adecvate în raport cu starea acestora.

Această autorizare nu poate fi refuzată decât în una dintre următoarele două situații:

1° Tratamentul propus nu face parte din categoria celor rambursate conform reglementărilor aplicabile în Franța;

2° Un tratament identic sau la fel de eficient poate fi aplicat în timp util în Franța, luând în considerare starea pacientului și evoluția probabilă a afecțiunii sale.

Persoana asigurată adresează cererea de autorizare casei de asigurări de sănătate la care este afiliată. Decizia este luată de organul de control medical. Aceasta trebuie notificată într-un termen care să fie compatibil cu gradul de urgență și de disponibilitate a tratamentului propus și care nu poate depăși două săptămâni de la momentul primirii cererii. În lipsa unui răspuns la expirarea acestui din urmă termen, se consideră că autorizarea a fost acordată.

Deciziile de refuz trebuie motivate corespunzător și pot fi atacate, în condițiile prevăzute de dreptul comun, la tribunalul pentru securitate socială competent. Cu toate acestea, contestațiile formulate împotriva acestor decizii, în cazul în care se referă la aprecierea pe care medicul consultant o face cu privire la starea bolnavului, la caracterul adecvat al tratamentului propus, la caracterul identic sau la eficacitatea similară a tratamentului sau a tratamentelor disponibile în Franța, trebuie să facă obiectul unei expertize medicale în condițiile prevăzute în capitolul 1 din titlul IV din cartea I din prezentul cod."

5 Aplicarea Decretului nr. 2005-386 a făcut obiectul Circularei DSS/DACI/2005/235 din 19 mai 2005 (denumită în continuare „Circulara din 19 mai 2005"), care cuprinde următoarele indicații:

„Decretul nr. 2005-386 […] finalizează procesul de integrare în dreptul intern a jurisprudenței comunitare referitoare la libera prestare a serviciilor și la libera circulație a mărfurilor în domeniul asistenței medicale.

[…]

Acesta stabilește condițiile privind suportarea cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale primite în străinătate în funcție de zona geografică în care au fost acordate: […] articolul 3 din acesta introduce patru noi articole (R. 332-3, R. 332-4, R. 332-5 și R. 332-6) specifice îngrijirilor medicale primite în [Uniunea Europeană – Spațiul Economic European (UE-SEE)].

[…]

II — Suportarea cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale primite în UE-SEE (articolele R. 332-3, R. 332-4, R. 332-5, R. 332-6)

Aceste patru noi articole se referă în mod specific la îngrijirile medicale primite în UE-SEE.

Acestea cuprind un articol având aplicabilitate generală care afirmă principiul suportării cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale primite într-un alt stat membru și trei articole de adaptare la situații speciale.

[…]

B — Adaptările speciale (articolele R. 332-4, R. 332-5 și R. 332-6)

Articolele R. 332-4, R. 332-5 și R. 332-6 completează articolul R. 332-3, prevăzând anumite adaptări ale principiului stabilit de acest articol în următoarele situații:

1 — Îngrijirile spitalicești (articolul R. 332-4)

— Articolul R. 332-4 reglementează rambursarea cheltuielilor determinate de îngrijirile spitalicești și de utilizarea echipamentelor medicale complexe – de tip RMN, scanere PET etc. – enumerate în secțiunea II a articolului R.712-2 din Codul sănătății publice […], la care accesul este posibil în afara mediului spitalicesc.

— Acest articol nu se aplică în cazul îngrijirilor medicale primite în mod inopinat cu ocazia unei șederi temporare (profesionale, familiale, turistice etc.), a căror suportare trebuie asigurată pe baza Regulamentelor [(CEE)] nr. 1408/71 și nr. 574/72 de coordonare a sistemelor de securitate socială în Europa, indiferent dacă persoana asigurată a prezentat sau nu a prezentat în statul în care au fost acordate îngrijirile medicale un document comunitar care să ateste eligibilitatea sa pentru acordarea drepturilor.

— Suportarea cheltuielilor determinate de îngrijirile spitalicești și de utilizarea echipamentelor medicale complexe rămâne condiționată de eliberarea unei autorizări prealabile de către organismul la care este afiliată persoana asigurată care urmărește să obțină aceste prestații în UE-SEE.

— Această restricție este permisă de [Curtea de Justiție a Comunităților Europene], întrucât îngrijirile spitalicești, precum și recurgerea la echipamentele medicale complexe ar putea, în cazul în care accesul la acestea ar fi total neîngrădit în afara teritoriului național, să aducă o atingere gravă organizării sistemului medical sau echilibrului financiar al sistemului de securitate socială al statului de afiliere al persoanei asigurate.

Cu toate acestea, în practică, organismele de asigurări de sănătate nu trebuie să refuze în mod sistematic să elibereze autorizarea prealabilă pentru acest tip de prestații programate într-un alt stat membru.

Astfel, autorizarea prealabilă nu poate fi refuzată dacă în Franța este prevăzută rambursarea îngrijirilor medicale preconizate și dacă aceste îngrijiri, sau un tratament cu un efect echivalent, nu sunt disponibile în timp util, adică într-o perioadă compatibilă cu starea pacientului și cu evoluția probabilă a afecțiunii sale.

[…]

— Desigur, deciziile de refuz trebuie să fie motivate. [Curtea de Justiție] nu admite ca, în cazul în care autorizarea prealabilă este refuzată, decizia să nu indice în mod precis persoanei asigurate care sunt motivele pentru care nu i se permite să obțină îngrijiri medicale într-un alt stat membru. Astfel, simpla menționare, neînsoțită de precizări suplimentare, a existenței unor îngrijiri medicale care pot fi acordate în Franța în timp util nu poate fi considerată suficientă în raport cu cerințele [Curții de Justiție]. Deciziile de refuz trebuie, așadar, să conțină, în cazul în care se răspunde solicitantului că poate fi acordat în Franța un tratament cu un efect echivalent, elementele de fapt pe care se bazează această afirmație. Ar putea fi util, în special, să se comunice o listă a instituțiilor sanitare sau a cadrelor medicale care ar putea acorda pacientului îngrijirile de care are nevoie în termenul necesar.

— În regiunile afectate de un deficit în ceea ce privește oferta de îngrijiri spitalicești sau de echipamente medicale complexe, organismele de asigurări de sănătate vor trebui să autorizeze în mod sistematic suportarea cheltuielilor determinate de anumite categorii de îngrijiri medicale programate în UE-SEE. O viitoare circulară va preciza care sunt regiunile și tipurile de îngrijiri spitalicești sau de echipamente medicale complexe avute în vedere de această dispoziție."

6 Circulara din 19 mai 2005 a fost modificată și completată de Circulara DSS/DACI/2008/242 din 21 iulie 2008 referitoare la suportarea cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale primite într-un alt stat membru al UE-SEE (denumită în continuare „Circulara din 21 iulie 2008"), în care se indică printre altele că, „deși jurisprudența [Vanbraekel și alții] este deja aplicată de casele de asigurări de sănătate", acestea se confruntă cu numeroase dificultăți concrete. În cadrul acestei circulare, ministrul de resort „solicită, cu toate acestea, [conducerii organismelor în cauză] să continue să ia măsurile necesare pentru a pune în aplicare dispozitivul suplimentului diferențial, în cazul în care persoana asigurată solicită aceasta".

Codul sănătății publice

7 Articolul L. 6121-1 din Codul sănătății publice prevede:

„Planul de organizare sanitară are ca obiect anticiparea și promovarea evoluțiilor necesare în ceea ce privește oferta de îngrijiri medicale preventive, curative și paliative, pentru a răspunde nevoilor de sănătate fizică și mentală. Acesta include de asemenea oferta de îngrijiri referitoare la asistența acordată femeilor însărcinate și nou-născuților.

Planul de organizare sanitară urmărește să determine adaptarea și complementaritatea ofertei de îngrijiri medicale, precum și să promoveze acțiunile de cooperare, în special între instituțiile medicale. Planul fixează obiective în vederea ameliorării calității, accesibilității și eficienței organizării sanitare.

Acesta ține seama de interacțiunea dintre mijloacele instituțiilor medicale spitalicești și cele ale medicilor din afara cadrului spitalelor și ale sectorului medico-social și social, precum și de oferta de îngrijiri medicale existentă în regiunile limitrofe și în teritoriile frontaliere.

Lista temelor, a serviciilor medicale și a echipamentelor medicale complexe care trebuie să figureze în mod obligatoriu în cadrul unui plan de organizare sanitară este stabilită prin ordin al ministrului sănătății.

Planul de organizare sanitară este adoptat pe baza unei evaluări a nevoilor de sănătate ale populației și a evoluției acestora ținând seama de datele demografice și epidemiologice și de progresul tehnicii medicale și în urma unei analize, cantitative și calitative, a ofertei de îngrijiri medicale existente.

Planul de organizare sanitară poate fi revizuit, în întregime sau în parte, în orice moment. O reexaminare a acestuia are loc cel puțin o dată la cinci ani."

8 Articolul L. 6122-1 din codul menționat prevede:

„Proiectele cu privire la crearea unei instituții medicale, la crearea, la transformarea și la gruparea serviciilor medicale, inclusiv sub forma unor alternative la îngrijirea în mediul spitalicesc, precum și instalarea echipamentelor medicale complexe necesită o autorizare din partea autorității spitalicești regionale.

Lista serviciilor medicale și a echipamentelor medicale complexe supuse autorizării va fi stabilită prin decret adoptat după consultarea Conseil d'État."

9 Articolul R. 6122-26 din Codul sănătății publice, care reia dispozițiile articolului R. 712-2-II din acest cod, prevede:

„Următoarele echipamente medicale complexe necesită autorizarea prevăzută la articolul L. 6122-1:

1° Cameră de scintilație cu sau fără detecție coincidentă a emisiei de pozitroni, tomografie bazată pe emisia de pozitroni sau cameră pozitronică;

2° Aparat de imagistică sau de spectrometrie prin rezonanță magnetică nucleară de uz clinic;

3° Scaner medical;

4° Cameră hiperbarică;

5° Ciclotron de uz medical."

**Procedura precontencioasă**

10 În urma unei plângeri, Comisia a adresat Republicii Franceze, la 18 octombrie 2006, o scrisoare de punere în întârziere în care susținea că articolul R. 332-4 din Codul securității sociale nu este conform articolului 49 CE, astfel cum a fost interpretat de Curte. În susținerea acestei afirmații erau formulate trei obiecții specifice, și anume:

— cerința unei autorizări prealabile pentru rambursarea anumitor îngrijiri medicale nespitalicești acordate într-un alt stat membru;

— inexistența unei dispoziții care să prevadă trimiterea unei confirmări de primire persoanei care solicită o autorizare prealabilă pentru suportarea cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale spitalicești acordate într-un alt stat membru și

— inexistența unei dispoziții care să permită ca unei persoane asigurate în sistemul francez de securitate socială să i se acorde o rambursare complementară în condițiile prevăzute la punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior.

11 La punctul 53 din această hotărâre se afirmă:

„[…]

Articolul [49 CE] trebuie interpretat în sensul că, dacă rambursarea cheltuielilor efectuate pentru servicii spitalicești prestate într-un stat membru de ședere, ce rezultă din aplicarea normelor în vigoare în acest stat, este inferioară celei care ar fi rezultat din aplicarea reglementării în vigoare în statul membru de afiliere în caz de spitalizare în acesta din urmă, trebuie să i se acorde asiguratului din partea instituției competente o rambursare complementară egală cu această diferență.”

12 Republica Franceză a răspuns acestei scrisori de punere în întârziere printr-o scrisoare din 1 martie 2007.

13 În ceea ce privește prima obiecție, acest stat membru a indicat că intenționa să modifice articolul R. 332-4 din Codul securității sociale în sensul solicitat de Comisie și să emită, în așteptarea acestei modificări, o circulară pentru a garanta respectarea cerințelor ce decurg din dreptul Uniunii.

14 Republica Franceză a contestat temeinicia celei de a doua obiecții, susținând că organismele franceze de securitate socială au obligația, în calitate de autorități administrative supuse reglementării naționale referitoare la drepturile cetățenilor în raporturile cu administrația, să elibereze persoanei care solicită o autorizare prealabilă pentru suportarea cheltuielilor determinate de îngrijirile spitalicești preconizate într-un alt stat membru o confirmare de primire care să menționeze, printre altele, data primirii cererii și termenul la expirarea căruia se poate considera că cererea a fost acceptată.

15 În ceea ce privește a treia obiecție, Republica Franceză a susținut că împrejurarea invocată de Comisie era imputabilă incertitudinilor referitoare la sfera exactă de aplicare a Hotărârii Vanbraekel și alții, citată anterior, care trebuia să fie dezbătută de statele membre la nivelul Consiliului Uniunii Europene. Cu toate acestea, referindu-se la Circulara DSS/DACI/2003/286 din 16 iunie 2003 privind aplicarea reglementării în vederea asigurării accesului persoanelor asigurate potrivit unui regim francez de securitate socială la îngrijiri medicale în cadrul Uniunii Europene și al Spațiului Economic European (denumită în continuare „Circulara din 16 iunie 2003"), acest stat membru a adăugat că nu avea nicidecum intenția să ascundă respectivelor persoane asigurate existența dreptului la o rambursare complementară consacrat prin hotărârea menționată. Republica Franceză a subliniat, pe de altă parte, că autoritățile administrative franceze considerau că această hotărâre are o sferă de aplicare largă, în conformitate cu jurisprudența Cour de cassation (Curtea de Casație).

16 Având în vedere aceste elemente de răspuns, Comisia a adresat Republicii Franceze, la 23 octombrie 2007, un aviz motivat în care indica, pe de o parte, că renunța la a doua obiecție formulată în scrisoarea sa de punere în întârziere și, pe de altă parte, că își menținea celelalte două obiecții și invita acest stat membru să ia măsurile necesare pentru a se conforma acestui aviz motivat în termen de două luni de la primirea acestuia.

17 În răspunsul său din 13 decembrie 2007 la avizul motivat menționat, Republica Franceză a arătat că este iminentă adoptarea unui decret având ca obiect adaptarea articolului R. 332-4 din Codul securității sociale la cerințele prevăzute de dreptul Uniunii și completarea articolelor R. 332-2-R. 332-6 din codul menționat în ceea ce privește

dreptul la o rambursare complementară prevăzut de Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior. Republica Franceză a indicat de asemenea că era în curs de finalizare o circulară care urma să înlocuiască Circulara din 19 mai 2005.

18 În urma unei noi solicitări care i-a fost adresată de Comisie la 10 iunie 2008, Republica Franceză a comunicat acesteia din urmă Circulara din 21 iulie 2008. Pe de altă parte, Republica Franceză a menționat un anumit număr de dificultăți tehnice care au dus la întârzierea adoptării definitive a reformei Codului securității sociale anunțate în răspunsul său la avizul motivat.

19 Întrucât a considerat aceste explicații nesatisfăcătoare, Comisia a decis să introducă prezenta acțiune.

**Cu privire la acțiune**

*Cu privire la prima obiecție, întemeiată pe cerința unei autorizări prealabile pentru suportarea cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale nespitalicești preconizate într-un alt stat membru și care necesită utilizarea unor echipamente medicale complexe*

Argumentele părților

20 Comisia susține că cerința unei autorizări prealabile în vederea suportării, de către instituția competentă, a cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale acordate în afara mediului spitalicesc, într-un alt stat membru, care implică utilizarea unor echipamente medicale complexe constituie o restricție privind libera prestare a serviciilor.

21 Aceasta susține că, deși este adevărat că o astfel de cerință poate fi justificată de existența unor obiective de planificare în vederea asigurării acoperirii sociale a îngrijirilor spitalicești preconizate într-un alt stat membru, această cerință nu este justificată în ceea ce privește îngrijirile nespitalicești, astfel cum a stabilit Curtea în Hotărârea din 28 aprilie 1998, Kohll (C-158/96, Rec., p. I-1931), și în Hotărârea din 13 mai 2003, Müller-Fauré și van Riet (C-385/99, Rec., p. I-4509).

22 Considerând, din perspectiva punctului 75 din Hotărârea Müller-Fauré și van Riet, citată anterior, că elementul caracteristic al unui serviciu spitalicesc constă în faptul că serviciul în cauză nu poate fi acordat în afara cadrului unui spital, Comisia susține că, în cazul îngrijirilor medicale ce necesită utilizarea unor echipamente medicale complexe accesibile în afara infrastructurilor spitalicești, menținerea unei cerințe privind autorizarea prealabilă nu este justificată din punct de vedere obiectiv.

23 Aceasta adaugă că o serie de elemente, precum aplicarea unor limitări în ceea ce privește acoperirea și a unor condiții de acordare a prestațiilor sociale care sunt în vigoare în statul membru de afiliere, factorii lingvistici și geografici, lipsa de informații cu privire la natura îngrijirilor medicale disponibile în celelalte state membre sau cheltuielile de ședere inerente deplasării într-un alt stat membru în scopuri medicale permit să se considere că eliminarea cerinței autorizării prealabile în ceea ce privește îngrijirile ce implică utilizarea unor echipamente medicale complexe nu ar duce la un exod masiv al persoanelor asigurate în sistemul francez de securitate socială către celelalte state membre și nu ar pune în pericol echilibrul financiar al sistemului național de securitate socială.

24 Republica Franceză, susținută de Regatul Spaniei, de Republica Finlanda și de Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, contestă temeinicia acestei prime obiecții.

25 Aceste state membre susțin că jurisprudența Curții care admite, pentru motive legate de obiectivele de planificare globală, o măsură de autorizare prealabilă a suportării, de către instituția competentă, a cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale spitalicești acordate într-un alt stat membru (a se vedea Hotărârea Müller-Fauré și van Riet, citată anterior, punctele 67 și 77-80, precum și Hotărârea din 16 mai 2006, Watts, C-372/04, Rec., p. I-4325, punctele 104 și 108-111) poate fi aplicată și în contextul serviciilor medicale ce necesită utilizarea unor echipamente medicale complexe în afara infrastructurilor spitalicești, având în vedere costul foarte ridicat al acestor echipamente, precum și impactul acestora asupra bugetului sistemelor de securitate socială.

Aprecierea Curții

26 Cu titlu introductiv, este necesar să se sublinieze, pe de o parte, că, potrivit articolului R. 332-4 din Codul securității sociale, cerința autorizării prealabile în litigiu nu privește așa-numita ipoteză a „îngrijirilor medicale neprevăzute", care se referă la îngrijirile medicale care devin necesare în cursul unei șederi temporare a persoanei asigurate într-un alt stat membru. Astfel cum reiese din memoriile prezentate de Comisie, prima obiecție este astfel limitată la ipoteza așa-numitelor îngrijiri medicale „programate", care se referă la îngrijirile medicale pe care persoana asigurată intenționează să le obțină într-un alt stat membru.

27 Pe de altă parte, este important de subliniat că obiecția menționată nu privește o pretinsă încălcare a articolului 22 alineatul (1) litera (c) din Regulamentul nr. 1408/71, în temeiul căruia, cu excepția situațiilor speciale legate, printre altele, de starea de sănătate a persoanei afiliate sau de caracterul urgent al îngrijirilor medicale necesare (a se vedea în acest sens Hotărârea din 5 octombrie 2010, Elchinov, C-173/09, Rep., p. I-8889, punctele 45 și 51), instituția competentă este îndreptățită să condiționeze de acordarea unei autorizări prealabile suportarea, în numele său, a cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale programate într-un alt stat membru de către instituția din statul membru în care are loc șederea, în funcție de regimul de acoperire care este în vigoare în acest din urmă stat membru.

28 În consecință, prima obiecție, întemeiată pe articolul 49 CE, se referă la neconformitatea cu acest articol a cerinței unei autorizări prealabile în vederea suportării de către instituția competentă, potrivit regimului de acoperire care este în vigoare în statul membru de afiliere, a cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale programate într-o structură nespitalicească situată într-un alt stat membru și care implică utilizarea unor echipamente medicale complexe.

29 Odată ce au fost făcute aceste precizări introductive, este necesar să se sublinieze că, în lipsa unei armonizări la nivelul Uniunii, revine legislației fiecărui stat membru sarcina de a stabili, printre altele, condițiile de acordare a prestațiilor de securitate socială care acoperă îngrijiri medicale precum cele la care se referă prima obiecție. Totuși, în exercitarea acestei competențe, statele membre trebuie să respecte dreptul Uniunii, în special dispozițiile referitoare la libera prestare a serviciilor (a se vedea în acest sens Hotărârea din 15 iunie 2010, Comisia/Spania, C-211/08, Rep., p. I-5267, punctul 53 și jurisprudența citată).

30 Potrivit unei jurisprudențe constante, prestațiile medicale furnizate în schimbul unei remunerații se încadrează în domeniul de aplicare al dispozițiilor menționate, fără să fie necesar să se distingă între situația în care îngrijirile sunt acordate în cadrul unui spital și situația acordării acestora în afara unui astfel de cadru (a se vedea în special Hotărârea din 18 martie 2004, Leichtle, C-8/02, Rec., p. I-2641, punctul 28, Hotărârea Watts, citată anterior, punctul 86, și Hotărârea din 19 aprilie 2007, Stamatelaki, C-444/05, Rep., p. I-3185, punctul 19).

31 A fost stabilit de asemenea în mod repetat că libera prestare a serviciilor include libertatea destinatarilor serviciilor, printre care se numără persoanele care trebuie să primească îngrijiri medicale, de a se deplasa într-un alt stat membru pentru a beneficia de aceste servicii fără a fi afectați de restricții (a se vedea în acest sens în special Hotărârile citate anterior Watts, punctul 87, și Comisia/Spania, punctul 49).

32 Or, în speță, cerința autorizării prealabile căreia îi este supusă, în temeiul reglementării naționale în cauză, suportarea de către instituția competentă, potrivit regimului de acoperire care este în vigoare în statul membru de care aceasta aparține, a cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale programate într-un alt stat membru și care implică utilizarea unor echipamente medicale complexe în afara infrastructurilor spitalicești este de natură să descurajeze sau chiar să împiedice persoanele asigurate în sistemul francez de securitate socială să se adreseze unor prestatori de servicii medicale stabiliți în acest alt stat membru pentru a obține îngrijirile medicale în cauză. Aceasta constituie, prin urmare, atât pentru aceste persoane asigurate, cât și pentru acești prestatori o restricție privind libera prestare a serviciilor (a se vedea în acest sens Hotărârile citate anterior Müller-Fauré și van Riet, punctele 44 și 103, și Watts, punctul 98).

33 În ceea ce privește caracterul justificat din punct de vedere obiectiv al unei astfel de restricții, trebuie amintit că a fost stabilit de Curte în mai multe rânduri că imperative legate de planificare ce se referă, pe de o parte, la obiectivul de a asigura pe teritoriul statului membru în cauză un acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de îngrijiri medicale de calitate și, pe de altă parte, la voința de a asigura un control al costurilor și de a evita, în măsura în care este posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane pot justifica cerința ce constă în a supune unei autorizări prealabile suportarea, din punct de vedere financiar, de către instituția competentă a îngrijirilor medicale preconizate într-un alt stat membru (a se vedea în acest sens Hotărârea din 12 iulie 2001, Smits și Peerbooms, C-157/99, Rec., p. I-5473, punctele 76-81, Hotărârea Müller-Fauré și Van Riet, citată anterior, punctele 76-81, precum și Hotărârea Watts, citată anterior, punctele 108-110).

34 Astfel de considerații, exprimate în ceea ce privește serviciile medicale oferite în mediu spitalicesc, pot fi preluate și în cazul serviciilor medicale ce necesită utilizarea unor echipamente medicale complexe, chiar dacă acestea din urmă ar fi, precum cele la care se referă prima obiecție a Comisiei, furnizate în afara unui astfel de mediu.

35 În această privință, trebuie constatat că este adevărat că, la punctul 75 din Hotărârea Müller-Fauré și van Riet, citată anterior, după ce a subliniat dificultatea de a stabili o distincție între noțiunea „servicii medicale spitalicești" și noțiunea „servicii medicale nespitalicești", Curtea a reținut că serviciile medicale oferite în mediu spitalicesc, însă care ar putea fi oferite de un cadru medical într-un cabinet sau într-un centru medical, ar putea, din acest punct de vedere, să fie asimilate unor servicii medicale nespitalicești.

36 Cu toate acestea, contrar poziției susținute de Comisie, nu se poate deduce din acest fragment din hotărârea menționată că împrejurarea că anumite îngrijiri medicale ce necesită utilizarea unor echipamente medicale complexe pot fi oferite în afara cadrului unui spital face ca acele considerații întemeiate pe imperative legate de planificare să își piardă orice pertinență.

37 Or, indiferent de mediul, spitalicesc sau nespitalicesc, în care au fost proiectate să fie instalate și utilizate, echipamentele medicale complexe, enumerate în mod limitativ la articolul R. 6122-26 din Codul sănătății publice, trebuie să poată face obiectul unei politici de planificare, precum cea definită de reglementarea națională în cauză, în ceea ce privește, în special, numărul acestora și repartizarea lor geografică, pentru a contribui la asigurarea pe întregul teritoriu național a unei oferte de servicii medicale de vârf care să fie raționalizată, stabilă, echilibrată și accesibilă, dar și pentru a evita, în măsura în care este posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane.

38 O astfel de risipă ar fi cu atât mai mult prejudiciabilă având în vedere condițiile de instalare, de funcționare și de utilizare a celor cinci tipuri de echipamente enumerate în mod limitativ la articolul R. 6122-26 din Codul sănătății publice, care sunt deosebit de costisitoare, și aceasta în condițiile în care resursele bugetare pe care statele membre sunt în măsură să le aloce tratamentelor medicale de vârf și în special subvenționării unor astfel de echipamente nu sunt nelimitate, indiferent de modul de finanțare utilizat (a se vedea, prin analogie, în ceea ce privește medicamentele, Hotărârile din 19 mai 2009, Comisia/Italia, C-531/06, Rep., p. I-4103, punctul 57, și Apothekerkammer des Saarlandes și alții, C-171/07 și C-172/07, Rep., p. I-4171, punctul 33).

39 Fără a fi contrazise de Comisie, Republica Franceză și Regatul Unit au subliniat astfel, luând ca exemplu tomograful cu emisie de pozitroni, utilizat în depistarea și tratamentul cancerului, că aceste echipamente reprezintă cheltuieli de ordinul sutelor de mii sau chiar al milioanelor de euro, atât în ceea ce privește achiziționarea acestora, cât și în ceea ce privește instalarea și utilizarea lor.

40 Or, în cazul în care persoanele asigurate în sistemul francez de securitate socială ar putea obține de la prestatori stabiliți în alte state membre, în mod liber și în toate situațiile, pe cheltuiala instituției competente, îngrijiri medicale care necesită utilizarea unor echipamente medicale complexe ce corespund celor care sunt enumerate în mod limitativ de Codul sănătății publice, efortul de planificare al autorităților naționale, precum și echilibrul financiar al ofertei de îngrijiri medicale de vârf ar fi în acest mod compromise.

41 Astfel, o asemenea posibilitate ar putea duce la o utilizare insuficientă a echipamentelor medicale complexe existente în statul membru de afiliere și subvenționate de acesta sau la o sarcină excesivă pentru bugetul securității sociale al acestui stat membru.

42 Având în vedere aceste riscuri pentru organizarea politicii de sănătate publică și pentru echilibrul financiar al sistemului de securitate socială, cerința constând în a supune, cu excepția unor situații speciale precum cele menționate la punctul 27 din prezenta hotărâre, unei autorizări prealabile din partea instituției competente suportarea de către aceasta, potrivit regimului de acoperire care este în vigoare în statul membru de care aparține, a cheltuielilor determinate de un tratament programat într-o structură nespitalicească situată într-un alt stat membru și care implică utilizarea unor echipamente medicale complexe ce figurează la articolul R. 6122-26 din Codul sănătății publice reprezintă, în starea actuală a dreptului Uniunii, o restricție justificată (a se vedea, prin analogie, Hotărârea Müller-Fauré și van Riet, citată anterior, punctul 81).

43 Mai trebuie amintit că, potrivit unei jurisprudențe constante, un regim de autorizare prealabilă trebuie să fie întemeiat pe criterii obiective, nediscriminatorii și cunoscute în mod anticipat, astfel încât să limiteze exercitarea puterii de apreciere a autorităților naționale pentru ca aceasta să nu fie utilizată în mod arbitrar. Pe de altă parte, un astfel de regim de autorizare trebuie să aibă la bază un sistem procedural ușor accesibil și capabil să garanteze persoanelor interesate că cererea lor va fi soluționată într-un termen rezonabil, cu obiectivitate și cu imparțialitate, iar eventualele respingeri ale cererilor de autorizare trebuie, în plus, să poată fi contestate în cadrul unei acțiuni în justiție (a se vedea în acest sens Hotărârile citate anterior Smits și Peerbooms, punctul 90, Müller-Fauré și van Riet, punctul 85, precum și Watts, punctul 116).

44 În speță, Comisia nu a formulat nicio critică specifică în privința normelor de procedură și de fond ce reglementează măsura autorizării prealabile în cauză, în special în privința condițiilor limitative în care poate fi refuzată, potrivit articolului R. 332-4 din Codul securității sociale, respectiva autorizare.

45 În aceste condiții, prima obiecție, referitoare la neîndeplinirea obligațiilor ce rezultă din articolul 49 CE, nu este întemeiată. În consecință, aceasta trebuie să fie respinsă.

*Cu privire la a doua obiecție, întemeiată pe inexistența în dreptul francez a unei dispoziții care să prevadă dreptul persoanelor asigurate în sistemul francez de securitate socială la o rambursare complementară în condițiile prevăzute la punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții*

Argumentele părților

46 Comisia susține că, în lipsa din dreptul francez a unei dispoziții care să prevadă posibilitatea unei rambursări complementare în condițiile stabilite la punctul 53 din

Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior, persoanele asigurate în sistemul francez de securitate socială nu pot beneficia de dreptul la o astfel de rambursare. Prin urmare, nu s-ar putea considera că soluția care decurge din hotărârea menționată a fost transpusă în dreptul francez.

47 Comisia adaugă că simplele practici administrative nu pot fi considerate o executare valabilă a obligațiilor care decurg din Tratatul CE. În rest, circularele din 16 iunie 2003, din 19 mai 2005 și din 21 iulie 2008, adresate de Ministerul Sănătății organismelor franceze de securitate socială, ar dovedi existența unei ambiguități în legislația franceză, de natură să dea naștere unor neînțelegeri și, prin urmare, să determine imposibilitatea persoanelor asigurate în sistemul francez de securitate socială de a exercita efectiv dreptul care decurge din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior.

48 De asemenea, potrivit Comisiei, cazurile menționate de Republica Franceză, referitoare la persoane asigurate care au putut beneficia de o rambursare complementară în conformitate cu această hotărâre sau care se află pe punctul de a beneficia de o astfel de rambursare, nu sunt suficiente pentru a demonstra respectarea efectivă a drepturilor tuturor persoanelor asigurate în sistemul francez de securitate socială.

49 Republica Franceză, susținută în cadrul ședinței de Regatul Spaniei, afirmă că, având în vedere efectul direct al articolului 49 CE, precum și obligația instanțelor naționale de a asigura protecția drepturilor conferite particularilor prin acest articol, nașterea, în temeiul articolului menționat, a dreptului la o rambursare complementară în condițiile menționate la punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior, nu necesită o măsură specifică de punere în aplicare în cadrul unui text normativ din dreptul intern. Aceasta adaugă că articolul R. 332-3 din Codul securității sociale acoperă, printre altele, ipoteza avută în vedere la punctul 53 menționat. De altfel, soluția consacrată prin această hotărâre ar fi fost aplicată efectiv de Cour de cassation în cadrul unei hotărâri pronunțate la 28 martie 2002.

50 Republica Franceză susține că, în aceste condiții, o circulară prin care să se amintească această soluție organismelor competente este suficientă pentru a asigura punerea sa în aplicare. În plus, circularele adoptate în acest scop ar fi avut un efect în practică, fapt demonstrat de crearea, în cursul anului 2006, a unui Centru național al îngrijirilor medicale în străinătate, însărcinat să gestioneze, în conformitate, printre altele, cu respectiva soluție, cererile de rambursare a cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale acordate într-un alt stat membru sau într-o țară terță unor persoane asigurate în sistemul francez de securitate socială.

Aprecierea Curții

51 La punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior, în contextul unor îngrijiri medicale programate acordate într-un alt stat membru și a căror autorizare, necesară pentru suportarea cheltuielilor de către instituția competentă, fusese refuzată în mod nejustificat, Curtea a interpretat articolul 49 CE în sensul că, dacă rambursarea cheltuielilor efectuate pentru servicii spitalicești prestate în statul membru de ședere, ce rezultă din aplicarea normelor în vigoare în acest stat membru, este inferioară celei care ar fi rezultat din aplicarea reglementării în vigoare în statul membru de afiliere în caz de spitalizare în acesta din urmă, trebuie să i se acorde asiguratului din partea respectivei instituții o rambursare complementară egală cu această diferență.

52 Astfel cum a precizat ulterior Curtea, dreptul persoanei asigurate la o astfel de rambursare complementară este limitat la cheltuielile efectuate în mod real în statul membru de ședere (a se vedea în acest sens Hotărârea Watts, citată anterior, punctele 131 și 143).

53 În această privință, trebuie subliniat că articolul 49 CE, astfel cum a fost interpretat la punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior, este obligatoriu, în calitate de dispoziție direct aplicabilă din tratat, pentru toate autoritățile statelor membre, inclusiv pentru autoritățile administrative și jurisdicționale, care trebuie,

prin urmare, să îl respecte, fără a fi necesară adoptarea unor dispoziții naționale de executare (a se vedea în acest sens Hotărârea din 15 octombrie 1986, Comisia/Italia, 168/85, Rec., p. 2945, punctul 11, precum și Hotărârea din 21 februarie 2008, Comisia/Italia, C-412/04, Rep., p. I-619, punctele 67 și 68).

54 Posibilitatea justițiabililor de a invoca acest articol, astfel cum a fost interpretat de Curte, în fața autorităților naționale nu constituie însă decât o garanție minimă și nu este suficientă pentru a asigura singură aplicarea deplină și completă a acestei dispoziții (a se vedea în acest sens Hotărârea din 20 martie 1986, Comisia/Țările de Jos, 72/85, Rec., p. 1219, punctul 20, Hotărârea din 15 octombrie 1986, Comisia/Italia, citată anterior, punctul 11, precum și Hotărârea din 5 martie 1996, Brasserie du pêcheur și Factortame, C-46/93 și C-48/93, Rec., p. I-1029, punctul 20).

55 Astfel, este necesar de asemenea ca ordinea juridică a statului membru în cauză să nu creeze o situație ambiguă care să fie de natură să mențină subiecții de drept implicați într-o stare de incertitudine în ceea ce privește posibilitatea de a invoca această dispoziție a dreptului Uniunii care are un efect direct (a se vedea în acest sens Hotărârea din 15 octombrie 1986, Comisia/Italia, citată anterior, punctul 11, precum și Hotărârile din 26 februarie 1991, Comisia/Italia, C-120/88, Rec., p. I-621, punctul 9, și Comisia /Spania, C-119/89, Rec., p. I-641, punctul 8).

56 În această privință, trebuie amintit însă că, în cadrul unei proceduri în constatarea neîndeplinirii obligațiilor în temeiul articolului 226 CE, revine Comisiei obligația de a stabili existența pretinsei neîndepliniri a obligațiilor, prin prezentarea Curții a elementelor necesare pentru ca aceasta să verifice existența respectivei neîndepliniri a obligațiilor (a se vedea în special Hotărârea din 29 aprilie 2010, Comisia/Germania, C-160/08, Rep., p. I-3713, punctul 116 și jurisprudența citată).

57 În speță, este necesar să se constate, în primul rând, că articolul R. 332-3 din Codul securității sociale enunță, fapt confirmat de Circulara din 19 mai 2005, principiul general al suportării de către instituția franceză competentă a cheltuielilor determinate

de îngrijirile medicale acordate într-un alt stat membru sau într-un stat parte la Acordul privind Spațiul Economic European unei persoane asigurate în sistemul francez de securitate socială, „în aceleași condiții în care s-ar fi efectuat rambursarea dacă îngrijirile ar fi fost acordate în Franța" și în limita cheltuielilor efectiv suportate de persoana asigurată.

58 Prin modul general în care este formulată, această dispoziție include dreptul de a obține o rambursare complementară din partea instituției franceze competente în situația avută în vedere la punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior, fapt de care Comisia a luat de altfel act în cursul procedurii desfășurate în fața Curții.

59 Această constatare nu este repusă în discuție de „ajustările prevăzute la articolele R. 332-4-R. 332-6" din Codul securității sociale, la care face trimitere articolul R. 332-3 din acest cod și care se referă la cerința autorizării prealabile pentru suportarea cheltuielilor determinate de anumite tipuri de îngrijiri medicale acordate într-un alt stat membru, la posibilitatea oferită organismelor franceze de securitate socială de a încheia cu instituții medicale stabilite într-un alt stat membru sau într-un stat parte la Acordul privind Spațiul Economic European convenții prin care să fie definite condițiile de internare a persoanelor asigurate în sistemul francez de securitate socială în aceste instituții și modalitățile de rambursare a cheltuielilor determinate de îngrijirile medicale care le sunt acordate în cadrul acestora, precum și, respectiv, condițiile de rambursare a cheltuielilor determinate de analizele efectuate de un laborator de biologie medicală stabilit într-un alt stat membru sau într-un stat parte la Acordul privind Spațiul Economic European.

60 Pe de altă parte, astfel cum a indicat Republica Franceză în cadrul ședinței, Comisia nu a identificat vreo dispoziție din dreptul francez care să împiedice aplicarea soluției consacrate la punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior.

61 În al doilea rând, trebuie reținut că, în speță, Comisia nu a afirmat că ar exista decizii ale instanțelor naționale care să fi condus la negarea dreptului ce decurge pentru persoanele asigurate în sistemul francez de securitate socială din articolul 49 CE în situația avută în vedere la punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior.

62 Dimpotrivă, instituția reclamantă a luat act, în cursul procedurii desfășurate în fața Curții, de hotărârea pronunțată de Cour de cassation la 28 martie 2002, în care aceasta din urmă a stabilit că „din dispozițiile articolului 49 [CE], astfel cum a fost interpretat de Curtea de Justiție [în Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior], rezultă obligația casei de asigurări de sănătate de la locul de afiliere de a suporta cheltuielile medicale efectuate de persoana asigurată într-un alt stat membru potrivit tarifului aplicabil unor îngrijiri identice acordate în Franța, astfel încât, în cazul în care rambursarea efectuată conform normelor în vigoare în statul de ședere este inferioară celei care ar fi rezultat din aplicarea reglementării în vigoare în statul de afiliere, trebuie să i se acorde asiguratului din partea instituției competente o rambursare complementară egală cu această diferență”.

63 În al treilea rând, Comisia nu a demonstrat, în speță, existența vreunei practici administrative care să constea în a priva persoanele asigurate în sistemul francez de securitate socială de dreptul la o rambursare complementară în situația avută în vedere la punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior.

64 Dimpotrivă, în avizul motivat, aceasta a luat act de precizările, care figurau în răspunsul Republicii Franceze la scrisoarea de punere în întârziere, potrivit cărora, conform hotărârii pronunțate de Cour de cassation la 28 martie 2002, menționată la punctul 62 din prezenta hotărâre, organismele franceze de securitate socială consideră că soluția reținută în Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior, are o aplicabilitate largă.

65 În ceea ce privește circularele din 16 iunie 2003, din 19 mai 2005 și din 21 iulie 2008 emise de autoritatea ministerială competentă, acestea nu aveau ca obiect, contrar poziției susținute de Comisie în fața Curții, să clarifice o situație care ar fi fost ambiguă. Acestea nu urmăreau nici să pună capăt unor pretinse practici divergente ale organismelor franceze de securitate socială, dintre care unele s-ar fi abătut de la aplicarea soluției consacrate prin Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior.

66 Astfel cum a constatat chiar Comisia în avizul său motivat, Circulara din 16 iunie 2003 cuprindea o simplă descriere, adresată organismelor vizate, a soluției reținute în respectiva hotărâre. În ceea ce privește Circulara din 19 mai 2005, obiectul acesteia era, astfel cum reiese din fragmentele din aceasta care figurează la dosar, să explice care este domeniul de aplicare al articolelor R. 332-3-R.332-6 din Codul securității sociale, care au fost introduse prin Decretul nr. 2005-386. În ceea ce privește Circulara din 21 iulie 2008, aceasta cuprinde constatarea potrivit căreia respectiva soluție este „deja aplicată de casele de asigurări de sănătate" și solicită acestora din urmă să „continue să ia măsurile necesare pentru a pune în aplicare dispozitivul suplimentului diferențial", în pofida dificultăților concrete cu care acestea se confruntă în ceea ce privește calculul acestui supliment, ca urmare, printre altele, a lipsei unui instrument care să permită compararea costului aferent aceluiași tratament în Franța și în celelalte state membre, precum și ca urmare a întârzierilor survenite în cadrul cooperării dintre instituțiile naționale implicate.

67 În aceste condiții, chiar dacă este adevărat că, potrivit jurisprudenței constante a Curții amintite de Comisie, simple practici administrative, care, prin însăși natura lor, pot să fie modificate de administrație în mod arbitrar, nu pot, în contextul unei legislații naționale incompatibile cu dreptul Uniunii, să fie considerate o executare valabilă a obligațiilor care decurg din tratat (a se vedea în special Hotărârea din 13 martie 1997, Comisia/Franța, C-197/96, Rec., p. I-1489, punctul 14, Hotărârea din 9 martie 2000, Comisia/Italia, C-358/98, Rec., p. I-1255, punctul 17, și Hotărârea din 10 martie 2005, Comisia/Regatul Unit, C-33/03, Rec., p. I-1865, punctul 25), nu este mai puțin adevărat că, în speță, lipsa unor dovezi privind existența unor practici administrative contrare dreptului Uniunii confirmă constatarea potrivit căreia legislația franceză, în special articolul R. 332-3 din Codul securității sociale, nu dă naștere unei situații de natură să priveze persoanele asigurate în sistemul francez de securitate

socială de drepturile care le sunt conferite de articolul 49 CE, astfel cum a fost interpretat în Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior.

68 În al patrulea rând, Comisia nu a menționat, în speță, nicio plângere legată de un pretins refuz al unui organism francez de securitate socială de a recunoaște unei persoane asigurate dreptul la o rambursare complementară în situația avută în vedere la punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior. Dimpotrivă, Republica Franceză a prezentat, în cursul procedurii desfășurate în fața Curții, mai multe exemple de cazuri referitoare la persoane asigurate în sistemul francez de securitate socială care se găseau în situația avută în vedere la punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior, și care au putut să beneficieze de o rambursare complementară în conformitate cu această hotărâre sau care se aflau pe punctul de a beneficia de o astfel de rambursare.

69 Din considerațiile care precedă rezultă că nu a fost demonstrat de către Comisie că ordinea juridică franceză dă naștere unei situații care ar putea priva persoanele asigurate în sistemul francez de securitate socială de dreptul la o rambursare complementară în ipoteza avută în vedere la punctul 53 din Hotărârea Vanbraekel și alții, citată anterior.

70 Prin urmare, a doua obiecție trebuie să fie respinsă.

71 Rezultă că acțiunea trebuie să fie respinsă în întregime.

**Cu privire la cheltuielile de judecată**

72 Potrivit articolului 69 alineatul (2) din Regulamentul de procedură, partea care cade în pretenții este obligată, la cerere, la plata cheltuielilor de judecată. Întrucât Republica Franceză a solicitat obligarea Comisiei la plata cheltuielilor de judecată, iar Comisia a căzut în pretenții, se impune obligarea acesteia la plata cheltuielilor de judecată. În conformitate cu alineatul (4) primul paragraf al aceluiași articol, Regatul Spaniei, Republica Finlanda și Regatul Unit, care au intervenit în prezentul litigiu, suportă propriile cheltuieli de judecată.

Pentru aceste motive, Curtea (Marea Cameră) declară și hotărăște:

**1) Respinge acțiunea.**

**2) Obligă Comisia Europeană la plata cheltuielilor de judecată.**

**3) Regatul Spaniei, Republica Finlanda, precum și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord suportă propriile cheltuieli de judecată.**

Semnături