FORSLAG TIL AFGØRELSE FRA GENERALADVOKAT DÁMASO RUIZ-JARABO COLOMER

fremsat den 22. oktober 2002 [1]

1. Med de tre spørgsmål, som Centrale Raad van Beroep (Nederlandene) har forelagt Domstolen i medfør af artikel 234 EF, ønskes det nærmere bestemt oplyst, om EF-traktatens artikel 59 (efter ændring nu artikel 49 EF) og EF-traktatens artikel 60 (nu artikel 50 EF) er til hinder for, at det i en medlemsstats bestemmelser om obligatorisk sygeforsikring, som udelukkende leverer de forsikrede naturaldelser, foreskrives, at godtgørelse af udgifter til nødvendig lægebehandling, som er ydet af en praktiserende læge eller et hospital i en anden medlemsstat, hvormed sygekassen ikke har indgået overenskomst, er betinget af, at den forsikrede har indhentet en forhåndstilladelse fra sygekassen.

I — De faktiske omstændigheder i de to hovedsager

A — *Müller-Fauré-sagen*

2. V.G. Müller-Fauré var utilfreds med de nederlandske tandlæger og besluttede sig derfor for at udnytte en ferie i Tyskland til at gå til tandlæge uden først at have indhentet tilladelse fra sin sygekasse. Mellem den 20. oktober og den 18. november 1994 fik hun lavet seks kroner og en rammeprotese med præcisionsforankring. Derudover blev hun faktureret for fyldninger, røntgenbilleder og bedøvelse. Da hun vendte tilbage til Nederlandene, anmodede hun sin sygekasse — den gensidige sygeforsikringskasse Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA (herefter »OZ Zorgverzekeringen«) — om godtgørelse af udgifterne til behandlingen, som udgjorde 7 444,59 DEM (3 806,35 EUR). Eftersom hovedparten af den behandling, der blev udført i Tyskland, ikke er omfattet af den obligatoriske sygeforsikring, og de hertil svarende udgifter derfor ikke kan godtgøres, vedrører sagen i realiteten 465,05 NLG (211,03 EUR). På grundlag af en udtalelse fra den rådgivende tandlæge afslog sygekassen anmodningen i maj 1995.

3. Klageudvalget for det sygekasseråd, som fører tilsyn med forvaltningen af sygekasserne (Commissie voor beroepszaken van de Ziekenfondsraad), fastslog i februar 1996, at afslaget var korrekt. Udvalget anførte, at den obligatoriske sygeforsikring er en ordning med naturaldelser, hvilket indebærer, at de forsikrede har ret til at

1 — Originalsprog: spansk.

modtage behandling. Kun i enkelte undtagelsestilfælde kan de forsikrede anmode om godtgørelse af udgifter, men i V.G. Müller-Faurés tilfælde forelå denne mulighed ikke, da der ikke var tale om en hastende behandling som omhandlet i artikel 22 i forordning (EØF) nr. 1408/71 [2]. Desuden havde patienten ikke behøvet at gå til en tandlæge, med hvem OZ Zorgverzekeringen ikke havde indgået overenskomst, for at få den nødvendige behandling.

4. Den ret, som behandlede sagen i første instans, tilsluttede sig dette synspunkt og fandt, at omfanget af den gennemførte behandling og det forhold, at den strakte sig over flere uger, bekræftede den vurdering, at der ikke var behov for øjeblikkelig hjælp.

B — *Van Riet-sagen*

5. Den 5. april 1993 ansøgte E.E.M. van Riets alment praktiserende læge på vegne af sin patient den rådgivende læge ved hendes sygekasse Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (herefter »ZAO Zorgverzekeringen«) om tilladelse til for ZAO Zorgverzekeringens regning at lade foretage en arthroskopi i Belgien, hvor et sådant indgreb ville kunne foretages med en langt kortere frist end i Nederlandene. Ved skrivelser af 24. juni 1993 og 5. juli 1993 blev anmodningen afslået med den begrundelse, at behandlingen kunne opnås i Nederlandene.

E.E.M. van Riet afventede ikke svaret, men lod allerede i maj 1993 foretage en arthroskopi og en forkortelse af albuebenet på en sportsklinik i Belgien. Sygekassen afslog at godtgøre udgifterne hertil på 93 792 BEF (2 325,04 EUR).

6. Den 23. september 1994 meddelte klageudvalget for det sygekasseråd, som fører tilsyn med forvaltningen af sygekasserne, at det anså afslaget på at godtgøre udgifterne til indgrebene for korrekt. Udvalget fandt, at den nødvendige lægehjælp var til rådighed i Nederlandene inden for en rimelig frist, og at der derfor ikke var tale om hastende behandling som omhandlet i artikel 22 i forordning nr. 1408/71.

Rechtbank gav ikke E.E.M. van Riet medhold i hendes søgsmål til prøvelse af denne

2 — Rådets forordning af 14.6.1971 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet (EFT 1971 II, s. 366), som ændret ved Rådets forordning (EØF) nr. 2001/83 af 2.6.1983 om ændring og ajourføring af forordning nr. 1408/71 og forordning nr. 574/72 (EFT L 230, s. 6).

afgørelse, idet retten fandt, at hun ikke havde behøvet at lade sin lidelse behandle i Belgien.

Den forelæggende ret har tilføjet, at selv om V.G. Müller-Fauré havde indgivet en ansøgning om tilladelse og E.E.M. van Riet havde afventet svar, ville sygekasserne ikke have meddelt denne tilladelse, da det ikke er fremgået, at deres behandlinger i udlandet var nødvendige. En manglende tillid til den nederlandske lægestand er ikke tilstrækkelig hertil, og ventetiden i Nederlandene på arthroskopi er ikke uacceptabelt lang.

II — De præjudicielle spørgsmål

7. Centrale Raad van Beroep har i forelæggelseskendelsen anført, at så godt som alle de lægelige ydelser, E.E.M. van Riet har modtaget i Belgien, er dækket af den obligatoriske sygeforsikring. Dette er kun tilfældet for en begrænset del af den tandlægebehandling, der blev ydet V.G. Müller-Fauré i Tyskland, idet udgifterne til den resterende del ikke kan godtgøres.

8. Endelig stiller retten spørgsmålet, om de anfægtede afgørelser er i strid med artikel 49 EF og 50 EF, hvorfor den har udsat begge sager og forelagt Domstolen følgende tre præjudicielle spørgsmål:

I overensstemmelse med den forelæggende rets praksis skal den forsikrede have opnået tilladelse fra sygekassen, før behandlingen påbegyndes. Udgifterne til lægebehandling i udlandet kan ikke godtgøres, medmindre et afslag på godtgørelse fra sygekassen på grund af særlige omstændigheder vil være i strid med almindelige retsprincipper. Sådanne omstændigheder foreligger imidlertid ikke i hverken sagen vedrørende V.G. Müller-Fauré, som udnyttede lejligheden til at gå til tandlæge, mens hun var på ferie, eller sagen vedrørende E.E.M. van Riet, som ikke afventede sygekassens svar på hendes ansøgning, selv om det ikke er fremgået, at hun af lægelige eller andre grunde ikke kunne have afventet en afgørelse vedrørende denne ansøgning.

»1) Skal EF-traktatens artikel 59 og 60 (nu artikel 49 EF og 50 EF) fortolkes således, at en bestemmelse som Ziekenfondswets [lov om sygeforsikring] artikel 9, stk. 4, sammenholdt med artikel 1 i Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering [bekendtgørelse om behandling i udlandet i forbindelse med sygeforsikring], i princippet er uforenelig med disse artikler, for så vidt det heri bestemmes, at en af en sygekasse forsikret person for at kunne gøre sin ret til ydelser gældende skal have forudgående samtykke fra sygekassen, før han må henvende sig til en person eller institution uden for Nederlandene, som sygekassen ikke har indgået aftale med?

2) Såfremt det første spørgsmål besvares bekræftende, er de ovenfor [...] nævnte formål med den nederlandske naturalydelsesordning [at opretholde en stabil læge- og hospitalstjeneste, som alle har adgang til, at bevare naturalydelsesordningen og at sikre den økonomiske ligevægt ved at styre omkostningerne] da tvingende almene hensyn, som kan berettige en begrænsning af det grundlæggende princip om fri udveksling af tjenesteydelser?

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

III — Den nationale lovgivning om obligatorisk sygeforsikring [3]

9. I Nederlandene er enhver arbejdstager og dermed ligestillet person med en indkomst, som ligger under en bestemt grænse, obligatorisk forsikret mod udgifter ved sygdom i henhold til lov om sygeforsikring, som dækker almindelig lægehjælp.

10. I henhold til denne lovs artikel 8 skal sygekasserne drage omsorg for, at de forsikredes krav på ydelser kan gøres gældende. Der er tale om en ordning, som udelukkende giver ret til naturalydelser, og de forsikrede har således ikke krav på godtgørelse af afholdte udgifter til lægebehandling, men på vederlagsfrie sundhedsydelser [4].

11. Ifølge artikel 3 i kongelig anordning af 4. januar 1966 om naturalydelser i henhold til sygeforsikringen (Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering), som ændret ved bl.a. kongelig anordning af 16. december 1997, omfatter ydelserne bl.a. hjælp ydet af en alment praktiserende læge eller af en specialist »i det omfang, hvori det er sædvanligt i lægekredse«. Det afgørende er i den forbindelse, hvad der anses for sædvanligt i lægekredse i Nederlandene. En behandling anses generelt ikke for sædvanlig, når den ikke er tilstrækkeligt anerkendt i den nationale og internationale videnskabelige forskning og derfor ikke anvendes eller tilrådes. Det spørgsmål, der skal undersøges, er derfor, i hvilket omfang en bestemt behandling kan anses for en adækvat terapi, og såfremt den hviler på et

3 — Efter en meget summarisk gennemgang af den nederlandske ordning med obligatorisk sygeforsikring henviser Centrale Raad van Beroep med hensyn til yderligere detaljer til afsnit II.1 i Arrondissementsrechtbank te Roermonds kendelse om forelæggelse af de præjudicielle spørgsmål i sag C-157/99, Smits og Peerbooms, hvori der blev afsagt dom den 12.7.2001 (Sml. I, s. 5473). Selv vil jeg, hvor det er relevant, gengive min redegørelse for den nederlandske lovgivning i afsnit I i det forslag til afgørelse i denne sag, som jeg fremsatte den 18.5.2000.

4 — Under retsmødet understregede de to sygekasser, at de forsikrede ikke i henhold til denne lovgivning har krav på godtgørelse af afholdte udgifter til lægebehandling.

videnskabeligt anerkendt grundlag, om den kan anses for en ydelse som omhandlet i lov om sygeforsikring [5].

For så vidt angår tandlægebehandling findes bestemmelserne om, hvilke ydelser de forsikrede har adgang til, i artikel 7, stk. 2. I 1994 vedtog regeringen en næsten fuldstændig afskaffelse af adgangen til tandpleje under den obligatoriske sygeforsikring for personer over 18 år [6]. I øjeblikket dækker sygeforsikringen tilsyneladende kun en årlig forebyggende undersøgelse og de nødvendige røntgenbilleder.

12. Artikel 9 i lov om sygeforsikring indeholder regler om udøvelse af ret til ydelser. Artiklen bestemmer, for så vidt som det er relevant for denne sag, følgende:

»1. En forsikret, der vil gøre sin ret gældende til en ydelse, skal med henblik herpå [...] rette henvendelse til en person eller en institution, med hvilken den sygekasse, som han er tilsluttet, har indgået overenskomst herom [...]

2. En forsikret kan frit vælge mellem de personer og institutioner, der er omhandlet i stk. 1, medmindre andet følger af bestemmelserne i stk. 5 og bestemmelserne vedrørende sygetransport [...]

[...]

4. En sygekasse kan under fravigelse af bestemmelserne i stk. 1 og 2 give tilladelse til, at en forsikret med henblik på at gøre en ret til ydelse gældende retter henvendelse til en anden person eller en anden institution i Nederlandene, såfremt det er nødvendigt for den lægelige behandling. Ministeren kan fastsætte, i hvilke tilfælde og på hvilke betingelser en forsikret med henblik på at gøre en ret til ydelse gældende kan rette henvendelse til en person eller en institution uden for Nederlandene.«

13. Kravet om forhåndstilladelse er fastsat i artikel 1 i bekendtgørelse om behandling i udlandet i forbindelse med sygeforsikring af 30. juni 1988 [7], som bestemmer følgende:

»Ved tilfælde, hvori en sygekasse kan tillade, at en forsikret med henblik på at gøre en ret til ydelse gældende retter

5 — I Smits og Peerbooms-dommen fastslog Domstolen, hvordan dette krav skal fortolkes i forbindelse med en ansøgning fra en forsikret, som ønskede behandling på et hospital i en anden medlemsstat, som ikke havde indgået overenskomst.

6 — Et år senere genindførte regeringen den delvise finansiering af tandproteser, fordi nogle af de ældre borgere ikke havde råd til at anskaffe sig disse.

7 — *Nederlandse Staatscourant* 1988, nr. 123.

henvendelse til en person eller en institution uden for Nederlandene, forstås de tilfælde, hvor sygekassen har konstateret, at det er nødvendigt for den lægelige behandling af den forsikrede.«

Der er ikke fastsat særlige betingelser, som skal være opfyldt, for at den forsikrede kan behandles af en person eller en institution i udlandet, hvormed sygekasserne ikke har indgået overenskomst om behandling, og den forsikrede skal derfor indhente en forhåndstilladelse fra sin sygekasse svarende til den tilladelse, der ville skulle indhentes, hvis den forsikrede søgte behandling hos en person eller en institution i Nederlandene, hvormed sygekassen heller ikke har indgået overenskomst om levering af sundhedsydelser [8].

14. I henhold til artikel 44, stk. 1, i lov om sygeforsikring skal sygekasserne indgå overenskomster med personer og institutioner, der yder en eller flere former for behandling. Stk. 3 i nævnte artikel fastsætter, hvad overenskomsten skal indeholde, herunder arten og omfanget af parternes rettigheder og forpligtelser, de former for behandling, som skal gives, behandlingens kvalitet og effektivitet, omkostninger og kontrol med overholdelsen af overenskomsten. Hvis en person eller en institution ikke opfylder de aftalte betingelser, kan sygekassen opsige overenskomsten.

8 — Dette bekræftede den nederlandske regerings repræsentant i sit indlæg under retsmødet.

IV — Traktatens bestemmelser om fri udveksling af tjenesteydelser

15. Artikel 49 EF bestemmer følgende:

»Inden for rammerne af nedennævnte bestemmelser er der forbud mod restriktioner, der hindrer fri udveksling af tjenesteydelser inden for Fællesskabet, for så vidt angår statsborgere i medlemsstaterne, der er bosat i et andet af Fællesskabets lande end modtageren af den pågældende ydelse.

[...]«.

Artikel 50 EF bestemmer følgende:

»Som tjenesteydelser i denne traktats forstand betragtes de ydelser, der normalt udføres mod betaling, i det omfang de ikke omfattes af bestemmelserne vedrørende den frie bevægelighed for varer, kapital og personer.

Tjenesteydelserne omfatter især:

[...]

d) de liberale erhvervs virksomhed.

[...]«

V — Sagen for Domstolen

16. I første omgang er der inden for den i artikel 20 i EF-statutten for Domstolen fastsatte frist indgivet skriftlige indlæg af V.G. Müller-Fauré, OZ Zorgverzekeringen, den belgiske, danske, tyske, spanske, irske, italienske, nederlandske og svenske regering, Det Forenede Kongeriges regering og den islandske og norske regering samt af Kommissionen.

17. Den 12. juli 2001, dagen for domsafsigelsen i Smits og Peerbooms-sagen, anmodede Domstolens Justitskontor skriftligt Centrale Raad van Beroep om at oplyse, om retten i lyset af denne dom ønskede at opretholde sine spørgsmål. Efter at have hørt parterne i begge sager svarede retten den 25. oktober 2001, at den ikke ønskede at trække spørgsmålene tilbage.

18. Efter at Domstolen i februar 2000 havde erklæret den skriftlige forhandling i denne sag for afsluttet, besluttede den i marts 2002 at opfordre parterne i hovedsagerne, medlemsstaternes regeringer, Kommissionen og de øvrige berørte parter til at indgive skriftlige indlæg vedrørende konsekvenserne af Smits og Peerbooms-dommen, under hensyn til Centrale Raad van Beroeps betragtninger i skrivelsen af 25. oktober 2001.

E.E.M. van Riet, OZ Zorgverzekeringen, ZAO Zorgverzekeringen, den irske, nederlandske, svenske, britiske og norske regering samt Kommissionen benyttede sig af denne mulighed. Meddelelsen til den spanske regering var ikke blevet sendt til den adresse, som var blevet angivet med henblik herpå, hvorfor den spanske regering tillodes at indgive et indlæg efter fristens udløb, hvilket den gjorde den 1. august 2002.

19. Under retsmødet den 10. september 2002 blev der afgivet mundtlige indlæg af repræsentanterne for Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA og Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, af de befuldmægtigede for den danske, spanske, irske,

nederlandske, finske og britiske regering samt af Kommissionens befuldmægtigede.

VI — Parternes, regeringernes og Kommissionens holdning

20. Med undtagelse af de holdninger, som appellanterne i de to hovedsager, den belgiske regering og Kommissionen har givet udtryk for, er de overvejelser, som er fremført i indlæggene, i vidt omfang sammenfaldende, idet de dog adskiller sig på visse punkter, som jeg gør opmærksom på i det følgende.

21. V.G. Müller-Fauré er af den opfattelse, at det er i strid med artikel 49 EF og 50 EF at kræve forhåndstilladelse, og at en sådan ikke kan begrundes med, at ydelserne er de samme i Nederlandene og Tyskland, og at prisen og kvaliteten også er den samme. E.E.M. van Riet har anført, at hun skulle vente mellem ti og fjorten uger på den arthroskopi, som kunne bekræfte diagnosen om, at hun skulle have albuebenet forkortet. Derefter var der mellem seks og otte måneders ventetid på operationen. For at undgå dette henvendte hun sig til en klinik i Belgien, hvor hun kun kom til at vente fire uger på undersøgelsen og en uge på det kirurgiske indgreb, og hvor de samlede omkostninger kom til at udgøre mindre end to tredjedele af, hvad forløbet ville have kostet i Nederlandene.

22. OZ Zorgverzekeringen har anført, at kravet om forhåndstilladelse til at søge behandling hos en tjenesteyder i Nederlandene eller i udlandet, der ikke har indgået overenskomst, er en integrerende del af ordningen med naturalydelser. Hvis et sådant krav anses for at udgøre en hindring for den frie udveksling af tjenesteydelser, vil det kunne begrundes i behovet for at sikre sundhedsydelser af høj kvalitet til rimelige priser og i hensynet til ligebehandling af de forsikrede hvad angår retten til ydelser, idet der ikke herved skal sondres mellem, om ydelserne leveres af en praktiserende læge eller et hospital.

23. Den belgiske regering er af den opfattelse, at kravet om forhåndstilladelse er i strid med artikel 49 EF og 50 EF. Desuden er det udtryk for forskelsbehandling at lægge til grund, at det ikke er nødvendigt at søge behandling i udlandet, når behandlingen kan ydes af en person eller institution i indlandet, som har indgået overenskomst. Det forhold, der særligt kendetegner sygesikringsordningen, nemlig at den kun giver ret til naturalydelser, udgør ikke et tvingende alment hensyn, idet dette ikke er tilstrækkelig vigtigt til at begrunde hindringen.

24. De resterende elleve landes synspunkter kan inddeles i to grupper. Landene i den første gruppe, som tæller Danmark, Tyskland, Irland, Sverige, Det Forenede Kongerige, Norge og Island, mener, at offentlige sundhedsydelser, der leveres vederlagsfrit, ikke er tjenesteydelser som omhandlet i artikel 50 EF dels på grund af det manglende betalingselement [9], dels fordi parterne, dvs. lægen og patienten, hverken kan bestemme ydelsens indhold eller pris.

Landene i den anden gruppe — Spanien, Finland, Italien og Nederlandene — har gjort gældende, at Domstolens dom i Kohll-sagen [10], som vedrørte en sygesikringsordning, som godtgør en del af udgifterne til behandlingen, ikke finder anvendelse på ordninger, som udelukkende giver ret til naturalydelser, uden at der herved skal sondres mellem behandling ydet af en praktiserende læge og behandling ydet på et hospital.

Hvis der faktisk er tale om tjenesteydelser, eller hvis den nævnte retspraksis også finder anvendelse på en sygesikringsordning som den nederlandske, er alle disse lande uden undtagelse af den opfattelse, at kravet om forhåndstilladelse ikke er i strid med artikel 49 EF og 50 EF.

25. Kommissionen anførte i sit første indlæg, at ydelser leveret af læger og hospitaler er tjenesteydelser i traktatens forstand, også i de medlemsstater, hvor der findes to fuldstændigt adskilte systemer, nemlig dels et offentligt sundhedssystem [11], dels en ordning med læger, som udøver deres erhverv frit, og privatfinansierede hospitaler. I den nederlandske sygesikringsordning udgør naturalydelserne, overenskomsterne og kravet om forhåndstilladelse et uadskilleligt hele. I forbindelse med meddelelsen af tilladelse er kravet om, at behandlingen skal være nødvendig for patienten, og at den ikke kan gives rettidigt af en institution, som har indgået overenskomst, imidlertid udtryk for en direkte forskelsbehandling på grundlag af etableringsstedet, idet

9 — En opfattelse, som jeg deler, hvilket jeg lod fremgå af mit forslag til afgørelse i sag C-157/99, Smits og Peerbooms. Jeg kan særlig henvise til punkt 35-49, hvori jeg nærmere undersøger kendetegnene ved den nederlandske obligatoriske sygesikringsordning og konkluderer, at de naturalydelser, den tilkender de forsikrede, ikke indebærer noget betalingselement og følgelig ikke er tjenesteydelser efter artikel 50 EF.

10 — Dom af 28.4.1998, sag C-158/96, Sml. I, s. 1931.

11 — Kommissionen har medgivet, at der i visse medlemsstater findes offentlige sundhedssystemer, hvor behandlerne ikke arbejder inden for rammerne af udøvelsen af et liberalt erhverv, hvor de ikke betales efter regning, og hvor hospitalerne ikke udøver kommerciel virksomhed. Som eksempel herpå nævnte Kommissionen under retsmødet Danmark, Spanien, Irland og Det Forenede Kongerige.

det fører til en bedre stilling for de nederlandske tjenesteydere, som ikke har indgået overenskomst, i forhold til sådanne tjenesteydere, som er etableret i andre medlemsstater.

VII — Domstolens retspraksis vedrørende fri udveksling af tjenesteydelser i relation til kravet om forhåndstilladelse fra sygekassen for at kunne modtage behandling i en anden medlemsstat

A — *Konsultation i lægens praksis og kravet om forhåndstilladelse i en sygesikringsordning baseret på godtgørelse af udgifter*

Kommissionen har anført, at hverken ønsket om at sikre sundhedsydelsernes kvalitet eller sygekassernes behov for at styre udgifterne udgør så tilstrækkeligt vigtige hensyn, at de kan berettige den hindring for den frie udveksling af tjenesteydelser, som kravet om forhåndstilladelse medfører. Inden for hospitalsbehandling sondrer Kommissionen mellem behandling, der ydes efter indlæggelse, og ambulant behandling, idet sidstnævnte type behandling sidestilles med den behandling, som tilbydes i en lægepraksis. På grundlag heraf slutter Kommissionen, at antallet af patienter, som rejser til andre medlemsstater for at opnå behandling, som ikke indebærer indlæggelse, næppe vil blive så stort, at det alvorligt vil kunne skade en national sygesikringsordning baseret på naturalydelser.

26. I det indlæg, som Kommissionen på opfordring af Domstolen har indgivet efter afsigelsen af dommen i Smits og Peerbooms-sagen, har Kommissionen anerkendt, at visse tandlægebehandlinger er af en sådan karakter, at det kan være berettiget at acceptere de tvingende hensyn, som undersøges i denne dom i relation til hospitalsbehandling, og Kommissionen har derfor opfordret Domstolen til at nuancere sin retspraksis i denne henseende.

27. Den 28. april 1998 afsagde Domstolen dom i Kohll-sagen [12]. De præjudicielle spørgsmål i denne sag var forelagt af Luxembourgs Cour de cassation, som skulle træffe afgørelse i en sag anlagt af Raymond Kohll til prøvelse af en afgørelse fra hans sygekasse om ikke at give tilladelse til, at hans datter kunne modtage behandling hos en specialtandlæge i Tyskland, fordi behandlingen ikke var uopsættelig og kunne gives i Luxembourg.

28. Hvad angår anvendelsen af bestemmelserne om den frie udveksling af tjenesteydelser på en behandling, der var foretaget uden for hospitalsregi af en specialtandlæge

12 — Anført i punkt 24 og i fodnote 10. Samme dag afsagde Domstolen også dom i Decker-sagen (sag C-120/95, Sml. I, s. 1831), som jeg ikke skal komme nærmere ind på, eftersom de faktiske omstændigheder vedrørte kob af briller, og baggrunden derfor var de frie varebevægelser. Jf. hvad angår de synspunkter, som er blevet fremført af de talrige forfattere, som har kommenteret disse to domme, mit forslag til afgørelse af 18.5.2000 i Smits og Peerbooms-sagen.

i en anden medlemsstat, fastslog Domstolen, at eftersom ydelsen var udført mod betaling, måtte den anses for en tjenesteydelse efter artikel 50 EF.

29. Med hensyn til de restriktive virkninger bemærkede Domstolen, at selv om de luxembourgske bestemmelser ikke fratog de sikrede muligheden for at benytte en tjenesteyder, der var etableret i en anden medlemsstat, stillede de dog krav om forhåndstilladelse som betingelse for godtgørelse af udgifter, der er afholdt i denne stat, hvorimod der for så vidt angår godtgørelse af udgifter afholdt i den stat, hvor den pågældende var forsikret, ikke fandtes noget krav om en sådan tilladelse. Domstolen fastslog følgelig, at sådanne bestemmelser afholdt de socialt sikrede fra at benytte tjenesteydelser på sundhedsområdet fra personer, der var etableret i en anden medlemsstat, og at de såvel for disse som for deres patienter udgjorde en hindring for den frie udveksling af tjenesteydelser [13].

30. Der blev fremført flere begrundelser for de omhandlede bestemmelser, nemlig hensynet til at bevare den økonomiske ligevægt i den sociale sikringsordning og beskytte folkesundheden, herunder nødvendigheden af at sikre kvaliteten af de lægelige ydelser, samt formålet om at opretholde en stabil læge- og hospitalstjeneste, som alle har adgang til.

13 — Domstolens dom af 31.1.1984, forenede sager 286/82 og 26/83, Luisi og Carbone, Sml. s. 377, præmis 16, og af 28.1.1992, sag C-204/90, Bachmann, Sml. I, s. 249, præmis 31.

31. Med hensyn til den økonomiske ligevægt i den sociale sikringsordning fandt Domstolen, at eftersom den luxembourgske sociale sikringsinstitution ville skulle dække de samme udgifter, hvad enten den forsikrede benyttede en luxembourgsk specialtandlæge eller en specialtandlæge, der var etableret i en anden medlemsstat, ville godtgørelse af udgifter til tandbehandling i en anden medlemsstat i henhold til satserne i den stat, hvor den pågældende er forsikret, ikke have væsentlig betydning for finansieringen af den sociale sikringsordning.

32. Hvad angår beskyttelsen af den offentlige sundhed bemærkede Domstolen i Kohll-dommens præmis 45 og 46, at selv om medlemsstaterne har adgang til at begrænse den frie udveksling af tjenesteydelser af hensyn til den offentlige sundhed, giver denne adgang dem dog ikke hjemmel til at undtage den offentlige sundhed, forstået som erhvervssektor, fra anvendelsesområdet for det grundlæggende princip om fri bevægelighed [14]. Domstolen understregede, at betingelserne for adgang til og udøvelse af virksomhed som læge og tandlæge er blevet reguleret i flere samordnings- eller harmoniseringsdirektiver [15], og at læger og tandlæger, der er etableret i andre

14 — Dom af 7.5.1986, sag 131/85, Gül, Sml. s. 1573, præmis 17.

15 — Der henvises til Rådets direktiv 78/686/EØF af 25.7.1978 om gensidig anerkendelse af eksamensbeviser, certifikater og andre kvalifikationsbeviser for tandlæger og om foranstaltninger, der skal lette den faktiske udøvelse af retten til etablering og fri udveksling af tjenesteydelser (EFT L 233, s. 1), Rådets direktiv 78/687/EØF af 25.7.1978 om samordning af de administrativt eller ved lov fastsatte bestemmelser om virksomhed som tandlæge (EFT L 233, s. 10) og Rådets direktiv 93/16/EØF af 5.4.1993 om fremme af den frie bevægelighed for læger og gensidig anerkendelse af deres eksamensbeviser, certifikater og andre kvalifikationsbeviser (EFT L 165, s. 1).

medlemsstater, i enhver henseende må antages at frembyde garantier svarende til dem, der ydes af læger og tandlæger, der er etableret på det nationale område, for så vidt angår den frie udveksling af tjenesteydelser, og at bestemmelser som de luxembourgske følgelig ikke kan begrundes med, at det af hensyn til den offentlige sundhed er nødvendigt at sikre kvaliteten af de lægelige tjenesteydelser, der udføres i andre medlemsstater.

Domstolen udtalte herefter, at for så vidt angår formålet om at opretholde en stabil læge- og hospitalstjeneste, som alle har adgang til, kan det, selv om dette formål hænger nært sammen med ordningen for finansiering af den sociale sikringsordning, også være omfattet af undtagelserne af hensyn til den offentlige sundhed i henhold til artikel 46 EF, i det omfang det bidrager til at opnå et højt niveau for beskyttelse af sundheden. I den forbindelse tillader denne bestemmelse medlemsstaterne at begrænse den frie udveksling af læge- og hospitalsydelser, i det omfang opretholdelse af behandlingsmuligheder eller en lægelig kompetence på det nationale område er væsentlig for den offentlige sundhed eller endog for befolkningens overlevelse.

For så vidt som det ikke var godtgjort, at de luxembourgske bestemmelser var nødvendige med henblik på at opnå de to nævnte formål, konkluderede Domstolen, at de ikke var begrundet i hensynet til den offentlige sundhed.

B — *Hospitalsbehandling og kravet om forhåndstilladelse i en sygesikringsordning baseret udelukkende på naturalydelser*

33. Den 12. juli 2001 afsagde Domstolen dom i Smits og Peerbooms-sagen [16], hvori den efter anmodning fra en nederlandsk ret, Arrondissementsrechtbank te Roermond, skulle undersøge de samme bestemmelser, som er omhandlet i denne sag, nemlig artikel 9, stk. 4, i lov om sygeforsikring, sammenholdt med artikel 1 i bekendtgørelse om behandling i udlandet i forbindelse med sygeforsikring.

34. I den ene af de to sager, som verserede for Rechtbank, havde sygekassen afslået at godtgøre den parkinsonsyge B.S.M. Smits' udgifter til en kategorial og multidisciplinær behandling, som hun uden forhåndstilladelse havde gennemgået på en tysk klinik. Begrundelsen for afslaget var, at den kategoriale kliniske behandling ikke ansås for sædvanlig i lægekredse og derfor ikke udgjorde en ydelse, som var dækket af sygesikringsordningen, og at der i Nederlandene kunne gives en tilfredsstillende og adækvat behandling på en institution, der havde indgået overenskomst, hvorfor den i Tyskland ydede behandling ikke var nødvendig.

16 — Anført i fodnote 3.

I den anden sag afslog sygekassen over for H.T.M. Peerbooms, der var gået i koma som følge af en færdselsulykke, at godtgøre udgifterne til den behandling, han havde gennemgået på en klinik i Østrig. Behandlingen bestod i en speciel intensiv neurostimulationsterapi, som i Nederlandene kun anvendes på eksperimental basis i to revalideringscentre og kun på patienter, som er yngre end 25 år. Sagsøgeren var ældre end 25 år. Afslaget var for det første baseret på den omstændighed — under hensyn til den eksperimentelle karakter af neurostimulationsterapien og i mangel af videnskabeligt bevis for dens virkning — at denne type behandling ikke ansås for sædvanlig i lægekredse og derfor ikke kunne anses for en ydelse, som var dækket af sygeforsikringen. Afslaget var for det andet baseret på den betragtning, at da der i Nederlandene kunne gives en tilfredsstillende og adækvat behandling på en institution, der havde indgået overenskomst, var den i Østrig ydede behandling ikke nødvendig.

35. Domstolen tiltrådte ikke det argument, som blev fremført af de fleste medlemsstater, og hvorefter sygesikringsordninger, som udelukkende giver de forsikrede ret til naturalydelser, ikke skulle henhøre under anvendelsesområdet for artikel 49 EF og 50 EF. Domstolen fastslog, at end ikke den omstændighed, at lægelig behandling på et hospital finansieres direkte af sygekasserne på grundlag af overenskomster og forudfastsatte satser, kan unddrage en sådan behandling fra området for tjenesteydelser.

36. Herefter fastslog Domstolen, at den nederlandske ordning afholder eller endog forhindrer de socialt forsikrede fra at rette henvendelse til personer, der leverer lægelige tjenesteydelser, og som er etableret i en anden medlemsstat end den medlemsstat, hvori vedkommende er tilsluttet en sygekasse, og at den derfor udgør en hindring for den frie udveksling af tjenesteydelser såvel for de forsikrede som for tjenesteyderne.

37. I præmis 76 ff. undersøges det krav om forhåndstilladelse, som den nederlandske lovgivning foreskriver for godtgørelse af udgifter til behandling ydet i en anden medlemsstat af en behandlingsyder, der ikke har indgået overenskomst. Domstolen fandt, at denne foranstaltning af flere årsager både var nødvendig og rimelig. For det første skal antallet af hospitaler, deres geografiske spredning, deres indretning og det udstyr, som de er forsynet med, eller endog arten af de lægelige ydelser, som de skal tilbyde, kunne gøres til genstand for planlægning. For det andet forfølger denne planlægning i en ordning med indgåelse af overenskomster som den nederlandske det formål at sikre, at der på den pågældende medlemsstats område er en tilstrækkelig og vedvarende adgang til et afbalanceret udbud af gode hospitalsydelser, samtidig med at den skal sikre en styring af omkostningerne ved undgå ethvert spild af økonomiske, tekniske og menneskelige ressourcer, idet et sådant spild navnlig vil være skadeligt i betragtning af, at hospitalssektoren er forbundet med betydelige omkostninger og skal opfylde stigende behov,

mens de økonomiske ressourcer, der kan anvendes til sundhedsbehandling, ikke, uanset den anvendte finansieringsmetode, er ubegrænsede [17].

VIII — Stillingtagen til de præjudicielle spørgsmål

38. Som det vil være fremgået, blev det i Kohll-dommen fastslået, at i forbindelse med en behandling, som var ydet af en læge i dennes praksis, og som var dækket af en sygesikringsordning baseret på godtgørelse af udgifter, var den hindring for den frie udveksling af tjenesteydelser, som kravet om forhåndstilladelse udgjorde, ikke begrundet. I Smits og Peerbooms-dommen, som vedrørte hospitalsbehandling, som var omfattet af en ordning med naturalydelser, fastslog Domstolen derimod uden at sondre mellem, om der var tale om en ordning baseret på godtgørelse af udgifter eller på naturalydelser, at hindringen for en af de ved traktaten sikrede grundlæggende frihedsrettigheder kunne være begrundet i tvingende almene hensyn.

Herefter skal det endvidere undersøges, om en sådan forhåndstilladelse kan accepteres, når en forsikret i henhold til en ordning med naturalydelser har behov for lægebehandling, som ikke kræver indlæggelse [18].

39. Centrale Raad van Beroep har i sin skrivelse til Domstolen for det første selv anerkendt, at Smits og Peerbooms-dommen, som vedrørte hospitalsbehandling, ikke giver den grundlag for at besvare de præjudicielle spørgsmål i sagen vedrørende V.G. Müller-Fauré, hvor der er tale om behandling ydet i en specialists praksis. Den forelæggende ret har for det andet anført, at selv om E.E.M. van Riet har ønsket at fastholde spørgsmålene, må det medgives, at det i lyset af den nævnte dom ikke er nødvendigt at besvare disse spørgsmål, men retten anmoder ikke desto mindre Domstolen om at præcisere betydningen af begrebet »rettidigt« i dommens præmis 103.

A — *De to første spørgsmål*

40. Disse spørgsmål er praktisk taget identiske med de spørgsmål, som Arrondissementsrechtbank te Roermond forelagde i Smits og Peerbooms-sagen, nærmere

17 — A. Bonomo, »Programmazione della spesa sanitaria e libertà di cura: un delicato dilemma«, *Il Foro Amministrativo*, 2001, s.1870-1880, særlig s.1880: »Equilibrio finanziario e programmazione della spesa sanitaria sembrano dunque prevalere sulla libertà di prestare servizi all'interno del territorio comunitario, e, quindi sulla libertà di scelta del luogo di cura.«

18 — E. Steyger, »National Health Care Systems Under Fire (but not too heavily)«, *Legal Issues of Economic Integration*, 2002, 29(1), s. 97-107, særlig s. 99: »Eftersom Kohll-sagen og Decker-sagen vedrørte en ordning baseret på godtgørelse af udgifter, blev det ikke afgjort, om samme indfaldsvinkel skulle anvendes på nationale sygesikringsordninger baseret på naturalydelser.«

bestemt spørgsmål 1a og spørgsmål 2. Spørgsmålene må imidlertid omformuleres under hensyn til, at der nu er fastlagt en retspraksis vedrørende kravet om forhåndstilladelse, når der er tale om hospitalsbehandling.

Det må derfor antages, at den nationale ret nu ønsker oplyst, om artikel 49 EF og artikel 50 EF er til hinder for, at det i en medlemsstats lovgivning om sygeforsikring, der indfører en ordning med naturaludelser, foreskrives, at den forsikrede skal indhente en forhåndstilladelse fra sin sygekasse, hvis han ønsker at rejse til en anden medlemsstat for at lade sig behandle af en læge, med hvem sygekassen ikke har indgået overenskomst, idet tilladelsen kun gives, hvis behandlingen er nødvendig for den pågældende, hvilket forudsætter fraværet af adækvat pleje, der rettidigt kan ydes af en behandlingsyder, der har indgået overenskomst i førstnævnte medlemsstat.

41. Domstolen har allerede i Smits og Peerbooms-dommen fastslået, at kravet om, at de forsikrede skal indhente en forhåndstilladelse fra sygekassen for at kunne udøve deres ret til hospitalsydelser i en anden medlemsstat, udgjorde en hindring for den frie udveksling af tjenesteydelser. Efter min opfattelse indebærer dette krav en begrænsning af samme størrelsesorden for de forsikrede, som søger behandling hos en praktiserende læge.

42. Artikel 49 EF er nemlig til hinder for anvendelse af nationale bestemmelser, som bevirker, at levering af tjenesteydelser mellem medlemsstater bliver vanskeligere end levering af tjenesteydelser internt i en medlemsstat [19]. Selv om den omtvistede nederlandske lovgivning ganske vist ikke fratager de forsikrede muligheden for at benytte en tjenesteyder, der er etableret i en anden medlemsstat, er sygekassens godtgørelse af de afholdte udgifter i praksis betinget af, at der er indhentet en forhåndstilladelse, som desuden vil blive nægtet, hvis det ovenfor nævnte krav ikke er opfyldt.

Eftersom det er de færreste personer og institutioner i andre medlemsstater, der har indgået overenskomst med nederlandske sygekasser, vil godtgørelse af udgifter til lægebesøg — som Domstolen fastslog i præmis 67 ff. i Smits og Peerbooms-dommen hvad angår hospitalsbehandling — i de fleste tilfælde være undergivet en forhåndstilladelse, som vil blive nægtet, hvis det nævnte krav ikke er opfyldt. Derimod er konsultation af læger i Nederlandene, som har indgået overenskomst — og som står for størstedelen af den lægehjælp, der ydes de forsikrede i henhold til den neder-

19 — Dom af 5.10.1994, sag C-381/93, Kommissionen mod Frankrig, Sml. I, s. 5145, præmis 17, Kohll-dommen, præmis 33, og Smits og Peerbooms-dommen, præmis 61.

landske lovgivning om sygeforsikring — ikke undergivet kravet om forhåndstilladelse og desuden gratis.

43. Som Domstolen fastslog i ovennævnte dom, følger det heraf, at de omtvistede nederlandske bestemmelser ikke blot afholder de forsikrede fra, men også forhindrer dem i at rette henvendelse til personer eller institutioner, der leverer lægelige tjenesteydelser, og som er etableret i en anden medlemsstat, og derfor såvel for de forsikrede som for tjenesteyderne udgør en hindring for den frie udveksling af tjenesteydelser [20].

44. Domstolen har hvad angår grænseoverskridende lægehjælp anerkendt, at visse tvingende almene hensyn kan begrunde begrænsninger i den frie udveksling af tjenesteydelser, både hvis der er tale om ambulant behandling inden for rammerne af en sygesikringsordning, som godtgør en del af udgifterne hertil [21], og hvis der er tale om hospitalsydelser, som leveres inden for rammerne af en ordning med naturalydelser [22].

Ved en gennemgang af retspraksis ses det, at der er tale om tre forskellige hensyn. For det første er der hensynet til at undgå risikoen for et alvorligt indgreb i den sociale sikringsordnings økonomiske ligevægt. For det andet er der det hensyn, som er baseret på formålet om at opretholde en stabil læge- og hospitalstjeneste, som alle har adgang til — som er omfattet af undtagelserne af hensyn til den offentlige sundhed i henhold til artikel 46 EF, i det omfang det bidrager til at opnå et højt niveau for beskyttelse af sundheden. Endelig er det sidste hensyn, som er begrundet i opretholdelsen af behandlingsmuligheder eller en lægelig kompetence på det nationale område, som er væsentlig for den offentlige sundhed eller endog for befolkningens overlevelse.

45. Det må derfor undersøges, om den hindring for den frie udveksling af tjenesteydelser på sundhedsområdet, som udgøres af det krav, som de nederlandske sygekasser, som forvalter den obligatoriske sygesikringsordning, stiller om, at de forsikrede skal indhente forhåndstilladelse for at kunne gå til en praktiserende læge, som ikke har indgået overenskomst, falder ind under et af disse tre hensyn, idet det herved skal erindres, at det i henhold til retspraksis er et krav, at den nationale ordning ikke overskrider, hvad der er objektivt nødvendigt med henblik på det formål, som forfølges, og at samme resultat ikke kan nås ved hjælp af mindre indgribende regler [23]. Desuden kan en bestemmelse, som indebærer en forskelsbehandling, kun være begrundet i de almene hensyn, der er nævnt

20 — Kohll-dommen, præmis 35, og Smits og Peerbooms-dommen, præmis 69.

21 — Jf. præmis 37 ff. i Kohll-dommen.

22 — Jf. præmis 72-75 i Smits og Peerbooms-dommen.

23 — Dom af 4.12.1986, sag 205/84, Kommissionen mod Tyskland, Sml. s. 3755, præmis 27 og 29, af 26.2.1991, sag C-180/89, Kommissionen mod Italien, Sml. I, s. 709, præmis 17 og 18, og af 20.5.1992, sag C-106/91, Ramrath, Sml. I, s. 3351, præmis 30 og 31, samt Smits og Peerbooms-dommen, præmis 75.

i artikel 46, stk. 1, EF, som artikel 55 EF henviser til, og økonomiske hensyn er ikke omfattet af den nævnte bestemmelse [24].

Den forelæggende ret har medgivet, at ordningen med naturalydelser, som forvaltes af de nederlandske sygekasser ved hjælp af overenskomster, er egnet til både at sikre kvaliteten af den lægehjælp, der kan ydes de forsikrede, og styre udgifterne.

46. Som jeg allerede anførte i mit forslag til afgørelse i Smits og Peerbooms-sagen, er den nederlandske obligatoriske sygesikringsordning for det første karakteriseret ved, at ydelserne er gratis for de forsikrede, men for at modtage den nødvendige lægehjælp skal de henvende sig til en af de personer eller institutioner, som sygekassen har indgået overenskomst med. Såfremt de beslutter at henvende sig til en person eller en institution, der ikke er indgået overenskomst med, skal de selv afholde de hermed forbundne udgifter og har ikke ret til godtgørelse. Det er for det andet karakteristisk for ordningen, at sygekasserne — som ved lov er forpligtet til at stille den nødvendige behandling til rådighed for de forsikrede — indgår overenskomster med institutioner og personer inden for praksiserhvervene, hvori de på forhånd aftaler ydelsernes indhold og kvalitet samt det økonomiske bidrag fra sygekassen. For personerne inden for praksiserhvervene består bidraget i et fast engangsbeløb og for hospitalerne i en plejesats, der mere har til formål at finansiere den pågældende institutions budget end at dække de reelle omkostninger ved de enkelte hospitalsophold.

47. Som anført i præmis 76 i Smits og Peerbooms-dommen indgår de lægelige ydelser, der leveres på et hospital, i modsætning til de lægelige ydelser, der leveres af praktiserende læger i deres praksis eller i patientens hjem, i en ramme, der frembyder ubestridelige særegenheder, eftersom antallet af hospitaler, deres geografiske spredning, deres indretning og det udstyr, som de er forsynet med, og arten af de lægelige ydelser, som de skal tilbyde, skal kunne gøres til genstand for planlægning.

Jeg mener imidlertid, at når der er tale om en sygesikringsordning, der er opbygget således, at der udelukkende erlægges naturalydelser, enten gennem egne institutioner og ansatte eller som i Nederlandene gennem overenskomster indgået med personer og institutioner, udviskes forskellen mellem behandling, der ydes af læger i deres praksis, og behandling, som ydes i forbindelse med en hospitalsindlæggelse.

24 — Domme af 25.7.1991, sag C-288/89, Collectieve Antennevoorziening Gouda m.fl., Sml. I, s. 4007, præmis 11, og sag C-353/89, Kommissionen mod Nederlandene, Sml. I, s. 4069, præmis 15, dom af 14.11.1995, sag C-484/93, Svensson og Gustavsson, Sml. I, s. 3955, præmis 15, og af 5.6.1997, sag C-398/95, SETTG, Sml. I, s. 3091, præmis 23.

48. I Nederlandene findes der omkring 30 sygekasser med hver deres afgrænsede stedlige kompetenceområde. Enhver, som har ret til obligatorisk sygeforsikring, skal indmelde sig i den sygekasse, der driver virksomhed i den kommune, hvori vedkommende er bosat. Antallet af overenskomster, som disse sygekasser regelmæssigt indgår med alment praktiserende læger og forskellige speciallæger, varierer alt efter størrelsen af det lægehjælpsbehov, der er beregnet for den pågældende region, og antallet af forsikrede i en given periode.

49. De satser, som sygekasserne årligt forhandler med alment praktiserende læger og speciallæger, som er forskellige alt efter speciale, afhænger i stort omfang af antallet af forsikrede, som er tilknyttet den pågældende læges praksis. Satserne beregnes ved hjælp af en aritmetisk formel, hvorved et beløb, der repræsenterer gennemsnitsindtægten [25], lægges sammen med et andet beløb, som repræsenterer gennemsnitsomkostningen ved at drive en lægepraksis [26]; resultatet divideres dernæst med en faktor, som repræsenterer arbejdsbyrden (for en alment praktiserende læge sat til 2 350 patienter om året). Ud fra denne beregningsmetode modtog en alment praktiserende læge i år 2000 fra den sygekasse, med hvilken han havde indgået en overenskomst om lægelige ydelser, et beløb på 133 NLG for hver forsikret, som valgte hans praksis [27]. Dette beløb blev udbetalt uafhængigt af antallet af faktisk modtagne patienter, ud fra den tankegang, at nogle patienter har brug for behandling flere gange end andre, mens andre slet ikke opsøger lægen i årets løb [28]. Tandlæger, som har indgået overenskomst, modtager tilsyneladende også et fast beløb pr. forsikret patient fra sygekassen [29].

På denne måde forhåndsfinansieres de sundhedsydelser, de forsikrede får brug for i årets løb hos både alment praktiserende læger, speciallæger og tandlæger, således at sygekasserne principielt ikke vil skulle afholde supplerende udgifter. Under disse omstændigheder kan det forhold, at de forsikrede modtager behandling fra tjenesteydere, der ikke er omfattet af en overenskomst, få væsentlig betydning for finansieringen af ordningen, idet det, hver gang det sker, indebærer en yderligere finansiel byrde for sygekassen, hvorved ordningens finansielle ligevægt sættes på spil.

25 — Beløbet omfatter løn, feriepenge, forsikringer, gratialer, tillæg og pensionsordninger. Lønnen fastsættes ud fra lønskalaerne for tjenestemænd og tilpasses årligt.

26 — Der findes generelle retningslinjer for beregningen af omkostningerne til drift af det nødvendige udstyr inden for hvert enkelt speciale. Der medregnes udgifter til leje, bil, hjælpepersonale, telefon, dækningsområde, materialer m.m. Omkostningerne tilpasses efter nye behov, som opstår, som f.eks. indførelse af edb i lægens praksis.

27 — Beløbet udgør 157 NLG for forsikrede, som er ældre end 64 år.

28 — Betalingsordningen for personer, som har indgået overenskomst, og som yder lægehjælp inden for rammerne af den obligatoriske sygesikringsordning, adskiller sig tydeligt fra ordningen for private patienter, hvor der ikke er nogen fast sats, men hvor der betales for hver konsultation.

29 — Jf. kapitel 5 i publikationen fra Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport-NL fra maj 2001 med titlen *Health Care, Health Policies and Health Care reforms in the Netherlands:* Alment praktiserende læger og tandlæger modtager et fast beløb pr. patient, der er omfattet af sygeforsikringen, men normalt honorar for ydelsen fra deres privatforsikrede patienter.

50. Hvis det kun er nogle få patienter om året, der gør som V.G. Müller-Fauré, vil det ganske vist være vanskeligt at påvise, at godtgørelsen af de pågældende beløb har nogen væsentlig betydning for forvaltningen af sygekassernes budget.

Kommissionen har anført, at man ikke kan tale om en risiko for et alvorligt indgreb i den sociale sikringsordnings økonomiske ligevægt, for når det kommer til stykket, vil det på grund af sprogbarrieren og vanskelighederne ved at rejse være begrænset, hvor mange patienter der vil tage til andre medlemsstater for at konsultere en læge [30].

51. Denne holdning kan jeg ikke være enig i. Kommissionen er udmærket klar over, at forholdsvis mange læger udnytter etableringsfriheden til at udøve deres virksomhed i andre medlemsstater end deres egen. For en patient, som konsulterer en af disse læger, som taler samme sprog som patienten, er der ikke nogen sprogbarriere. De sproglige grænser i Europa er ligeledes langt fra sammenfaldende med staternes territoriale grænser, og i store grænseområder taler befolkningen ofte nabolandets sprog. Tænk for eksempel på lande som Belgien og Nederlandene, Luxembourg og Tyskland, Italien og Østrig, Sverige og Finland, Spanien og Portugal eller på lande, som har samme sprog, som Irland og Det Forenede Kongerige og Østrig og Tyskland.

Afstanden virker heller ikke afskrækkende, navnlig ikke på baggrund af udviklingen i kommunikationsmidlerne i Europa, tendensen til at eje en anden bolig i en anden medlemsstat og den lethed og hyppighed, hvormed en stor del af befolkningen rejser på ferie i udlandet.

52. Der er endnu en grund til, at jeg mener, at forholdsvis mange patienter ville rejse til en anden medlemsstat for at konsultere en speciallæge, hvis de havde sikkerhed for at få deres honorarbeløb godtgjort. Jeg tænker på de mennesker, som — fordi de økonomisk ville kunne tillade sig det — ikke ville affinde sig med at vente i kortere eller længere tid på behandling. En syg person forsøger i et berettiget ønske om helbredelse at gøre alt, hvad han kan for at få behandlet sin lidelse. Allerede i 1600-tallet var Molière bevidst om denne tendens hos mennesket, idet Argan, hovedpersonen i komedien *Den indbildt syge*, uden hensyntagen til sin datter Angéliques følelser forsøger at få hende gift med en læge for at

30 — Den nederlandske regering oplyste under retsmødet, at uanset de hindringer, Kommissionen henviser til, og den obligatoriske forhåndstilladelse for at kunne benytte sig af tjenesteydere, som ikke er omfattet af en overenskomst, modtog omkring 14 000 forsikrede behandling i udlandet i 2001.

være sikker på altid at have medikamenter mod alle sine dårligdomme på rede hånd[31].

53. Hvad angår formålet om at bevare ordningens økonomiske ligevægt må det ikke glemmes, at en ordning med naturalydelser også er karakteriseret ved den vigtige funktion, som er tildelt den alment praktiserende læge, som har ansvaret for at yde patienterne den primære behandling og, når han skønner det nødvendigt, henvise dem til den relevante specialist, som patienten ikke frit kan konsultere. Hvis de forsikrede kunne undlade dette første skridt og på eget initiativ opsøge en specialist i en anden medlemsstat i visheden om, at sygekassen ville være forpligtet til at godtgøre honorarerne, ville man tabe en stor del af den effektivitet, som ordningen ellers vinder ved denne måde at kontrollere unødvendigt forbrug af lægelige ydelser på, navnlig ved at forhindre, at speciallægernes praksis fyldes med patienter, som har henvist sig selv, selv om de end ikke ved, hvilket speciale deres lidelse hører under. På denne måde opfylder dette aspekt ved den alment praktiserende læges arbejde, som tager sigte på at holde udgifterne i ave og kontrollere, at ressourcerne fordeles efter behovene, inden for kredsen af ydelser, der er omfattet af en overenskomst, en tilsvarende funktion som sygekassens forhåndstilladelse til at konsultere en læge, som ikke har indgået overenskomst.

54. Hvad angår ønsket om at opretholde en stabil lægetjeneste, som er så omfattende som muligt, og som alle har adgang til, er det desuden indlysende, at lægernes interesse i at indgå overenskomster med sygekasserne er direkte proportional med antallet af patienter, de herved kan opnå, og for hvilke de hvert år modtager de fastsatte satser. Hvis de forsikrede i stedet for at gå til de læger, som har indgået overenskomst, går til andre læger, som ikke er omfattet af en overenskomst, enten i deres eget land eller i udlandet, vil sygekasserne ikke kunne garantere et bestemt antal forsikrede pr. læge. Herved ville der være fare for, at mange af disse læger ikke længere ville være interesserede i at forpligte sig til at stille bestemte tjenester til rådighed og garantere ydelsernes pris og kvalitet ved at indgå overenskomster med de sygekasser, som forvalter den obligatoriske sygeforsikring, idet de ville foretrække at behandle private patienter, som der ganske vist er færre af, men som betaler højere honorarer. Dette ville indebære, at det på trods af sygekassernes bestræbelser på at planlægge udbuddet af sundhedsydelser og de menneskelige og økonomiske ressourcer ikke længere ville være muligt at garantere de forsikrede en stabil og almindelig adgang til lægerne, herunder et bredt udvalg af specialister, til en rimelig pris, og herved ville den fortsatte beståen af ordningen med naturalydelser i sin nuværende form blive bragt alvorligt i fare. Man må også til stadighed holde sig for øje, at som Domstolen jævnligt fastslår, begrænser fælles-

31 — J.B. Molière, »Den indbildt syge«, *Komedier*, Borgens Forlag, 1965, særlig første akt, femte scene, s. 264. Det er interessant at læse, hvordan tjenestepigen Toinette i tredje akts tiende scene forklæder sig som doktor over for sin herre og foregriber spørgsmålet om grænseoverskridende sundhedsydelser, da hun erklærer, at hun er vandrelæge og drager fra by til by, fra provins til provins og fra kongerige til kongerige (s. 310).

skabsretten ikke medlemsstaternes kompetence til selv at udforme deres sociale sikringsordninger [32], og i mangel af en harmonisering på fællesskabsplan tilkommer det følgelig hver medlemsstat i lovgivningen at fastsætte de betingelser, som en person skal opfylde, for at være berettiget til ydelser [33].

55. Det er rigtigt, at de sociale sikringsordninger, som er baseret på naturalydelser, er plaget af ventelisteproblemer, som skyldes den stadigt større uligevægt mellem udbud og efterspørgsel på sundhedsområdet, både for så vidt angår hospitalsindlæggelse og behandling hos praktiserende læger [34]. I denne situation udgør den forhåndstilladelse, som de forsikrede skal indhente fra sygekassen for at kunne søge behandling hos en person eller en institution, der ikke er indgået overenskomst med, i indlandet eller i udlandet, en mekanisme, som gør det muligt for sygekasserne at fastlægge prioriteterne for de forskellige behandlinger, forvalte ressourcerne og sikre, at der i praksis er adgang til sundhedsydelser i overensstemmelse med de til enhver tid gældende behov. Hvis de patienter, som er på venteliste til lægebehandling, havde fri adgang til det tjenesteydelsesmarked, som ikke er omfattet af en overenskomst, og ret til godtgørelse af honoraret, ville forudsætningen for det grundlæggende princip om, at de forsikrede har lige adgang til sundhedsplejen, briste, til skade for dem, som venter på, at det bliver deres tur, enten fordi de ikke har råd til andet, eller fordi de tror på det gode i systemet. Resultatet vil blive, at sygesikringsordninger baseret på naturalydelser mister deres væsentligste træk og i praksis bliver til en ordning med godtgørelse til de forsikrede.

I denne forbindelse er det uvæsentligt, at udgifterne til et bestemt indgreb, som en forsikret person som E.E.M. van Riet har ladet foretage i en anden medlemsstat, eventuelt er mindre end det beløb, som sygekassen ville have skullet betale i den stat, hvor den pågældende er forsikret, eftersom de negative følger for ordningen af denne handlemåde ikke kan bedømmes alene på grundlag af et enkeltstående indgreb [35].

56. Hvis de syge systematisk rejser til andre medlemsstater for at søge lægehjælp, vil der ligeledes, navnlig i små lande, opstå fare for, at sygekasserne ikke vil kunne opretholde et acceptabelt fagligt niveau til behandling af sjældne sygdomme eller meget komplicerede tilfælde.

32 — Dom af 7.2.1984, sag 238/82, Duphar m.fl., Sml. s. 523, præmis 16, af 17.6.1997, sag C-70/95, Sodemare m.fl., Sml. I, s. 3395, præmis 27, Kohll-dommen, præmis 17, og Smits og Peerbooms-dommen, præmis 44.

33 — Dom af 30.1.1997, forenede sager C-4/95 og C-5/95, Stöber og Piosa Pereira, Sml. I, s. 511, præmis 36, Kohll-dommen, præmis 18, og Smits og Peerbooms-dommen, præmis 45.

34 — Dette er ikke kun et problem for de sygesikringsordninger, som er baseret på naturalydelser; her kan blot henvises til det antal dage, henholdsvis uger, man i Luxembourg — hvor det kun er en del af de udgifter, som de forsikrede betaler for ydelserne, som godtgøres — skal vente på at få tid hos alment praktiserende læger og speciallæger.

35 — L. Dubouis,»La libre circulation des patients hospitaliers, une liberté sous conditions«, *Revue de droit sanitaire et social*, 37(4) 2001, s. 721-726, særlig s.726: Man kan spørge sig selv, om det er fuldt ud berettiget at give en patient, som tager til en anden medlemsstat, ret til fra oprindelseslandets ordning og ordningen i det land, hvori han lader sig behandle, at udvælge de elementer, som er mest fordelagtige for ham.

57. Kravet om forhåndstilladelse er, ud over at være uløseligt forbundet med ordningen med naturalydelser, velegnet til at sikre, at de forsikrede i god tid i forvejen ved, om den behandling, de søger, er omfattet af sygeforsikringen, og til at gøre det muligt for sygekassen at styre udgifterne og forbruget af ydelser.

Hvis V.G. Müller-Fauré havde anmodet om forhåndstilladelse, ville hun have været klar over, at kun en ubetydelig del af de ydelser, hun agtede at anmode tandlægen i Tyskland om at udføre, var omfattet af hendes sociale sikringsordning i Nederlandene. Samtidig havde sygekassen kunnet tage stilling til, om hendes tænder var i en sådan tilstand, at behandling af en tandlæge, med hvem der ikke var indgået overenskomst, var nødvendig, eller om det, henset til at sygekassen stiller de tandplejeydelser, som er dækket af sygeforsikringen, til rådighed gennem betaling af et fast beløb pr. forsikret, ville være bedre, at patienten rettede henvendelse til en tandlæge, som var omfattet af en overenskomst.

58. I Belgien godtgør sygeforsikringen en del af de forsikredes udgifter til ydelserne, og den belgiske regering er ikke enig i, at kravet om forhåndstilladelse fra sygekassen, som blev underkendt i Kohll-dommen, må anses for berettiget inden for rammerne af ordninger med naturalydelser, eftersom den frie udveksling af tjenesteydelser ikke kan være afhængig af den sociale sikringsordnings særlige kendetegn.

Jeg har forståelse for dette synspunkt, men deler det ikke. Jeg er bevidst om vanskelighederne ved at forene denne ved traktaten sikrede grundlæggende frihedsrettighed med de særlige træk ved femten landes sygesikringsordninger, hvoraf de fleste er baseret på naturalydelser. Man må imidlertid ikke glemme, at det aldrig har været medlemsstaternes hensigt at harmonisere deres lovgivninger på dette område, og at de blot har koordineret disse ved forordning nr. 1408/71 med henblik på at opfylde formålene i artikel 42 EF. Medlemsstaterne skal ganske vist ved udformningen af deres sociale sikringsordninger overholde fællesskabsretten [36], men denne forpligtelse indebærer ikke, at de skal give afkald på de principper og den tankegang, som deres sygeforsikringer traditionelt bygger på, eller at de skal foretage en sådan omstrukturering af deres ordninger, at det bliver muligt at godtgøre udgifterne til ydelser for den del af de forsikrede, som vælger at søge læge i en anden medlemsstat [37].

59. Endelig blev betingelsen om den nødvendige karakter af den behandling, som patienten søger hos en tjenesteyder, der ikke er omfattet af en overenskomst, som forudsætning for sygekassens meddelelse af forhåndstilladelse, grundigt undersøgt i præmis 103-107 i Smits og Peerbooms-dommen. I det foreliggende tilfælde kan

36 — Kohll-dommen, præmis 19, og Smits og Peerbooms-dommen, præmis 46.

37 — Vi må i givet fald se, hvordan de forsikrede vil reagere, når de i stedet for at have adgang til gratis ydelser ved sygdom vil skulle forudbetale ydelsen og vente en tid, inden en del af beløbet godtgøres.

man efter min opfattelse ved hjælp af samme ræsonnement fastslå, at denne betingelse er begrundet med henblik på artikel 49 EF, for så vidt som den fortolkes således, at tilladelsen kun kan afslås, når en tilsvarende behandling eller en behandling, som frembyder samme grad af virkning for patienten, kan ydes rettidigt af en person eller en institution, som den forsikredes sygekasse har indgået en overenskomst med [38].

Fortolket på denne måde bidrager betingelsen i forbindelse med forhåndstilladelsen til på det nationale område at opretholde et tilstrækkeligt, afbalanceret og vedvarende udbud af gode ambulante ydelser, og til at sikre sygesikringsordningens økonomiske stabilitet.

60. Hvis mange af de forsikrede i henhold til en ordning med naturalydelser beslutter sig for at rejse til andre medlemsstater for at konsultere en læge, selv om der i deres hjemland inden for rammerne af en ordning med overenskomster findes et tilstrækkeligt udbud af adækvate, identiske eller tilsvarende ydelser, sker det samme som i forbindelse med hospitalsydelser, nemlig at denne frastrømning af patienter vil kunne indebære en fare for selve princippet om indgåelse af overenskomster, for de planlægnings- og rationaliseringsbestræbelser, der udfoldes af sygekasserne, for ligevægten i udbuddet af lægelige ydelser og for forvaltningen af ressourcerne afhængigt af prioriteterne [39].

Når det derimod først er fastslået, at den form for behandling, der er dækket af den indenlandske sygesikringsordning, ikke kan ydes af en læge, som har indgået overenskomst, kan det ikke tillades, at der gives forrang til indenlandske personer eller institutioner, hvormed den forsikredes sygekasse ikke har indgået nogen overenskomst, til skade for læger i andre medlemsstater, for allerede fra det øjeblik, hvor sådanne former for behandling i et tænkt tilfælde faktisk ydes uden for rammerne af den planlægning, der er indført ved den nationale lovgivning, vil en sådan forrang overskride det, som er nødvendigt med

38 — Dette var, hvad angår hospitalsydelser, den opfattelse, som Arrondissementsrechtbank te Roermond, som havde forelagt det præjudicielle spørgsmål i sagen, gav udtryk for, da den afsagde dom vedrørende realiteten i de to hovedsager den 3.10. 2001, dvs. knap to en halv måned efter at have modtaget Domstolens besvarelse. Arrondissementsrechtbank frifandt sagsøgte med den begrundelse, at det hverken var klinisk eller videnskabeligt bevist, at den kategoriale og multidisciplinære behandling, som blev anvendt i Tyskland, var bedre end den behandling, som var tilgængelig i Nederlandene, og at patienten havde kunnet få behandling på et hospital i Nederlandene, som hendes sygekasse havde indgået overenskomst med. Den sag, H.T.M. Peerbooms havde anlagt, led samme skæbne, idet retten fandt, at den specielle intensive neurostimulationsterapi ikke kunne anses for sædvanlig i lægekredse, eftersom den hverken var tilstrækkeligt efterprøvet eller godkendt af den internationale lægevidenskab. Til støtte for denne opfattelse henviste retten til en sagkyndig erklæring fra 1994 vedrørende stimulationsprogrammer, til en rapport fra en kommission under sundhedsudvalget og til en pilotundersøgelse. Jf. dommene i Domstolens database »Décisions nationales«, ref. nr. QP/03935-1-A og QP/03935-P1-B.

39 — L. Dubouis, s. 726, anfører vedrørende behandling i hospitalsregi følgende: Tilbage står, at konsekvenserne i praksis, på mellemlang eller lang sigt, af denne retspraksis, er vanskelige at beregne. Er der mon ikke en fare for, at den vil føre til en overdreven tilstrømning af patienter til de førende institutioner, forværre problemerne i de mindre konkurrencedygtige behandlingssystemer? Det vil være ønskeligt, at vores hospitalssystemer er modtagelige for strømningerne i Europa. Man skal dog ikke glemme, hvor forskellige de er, og hvordan de hver især er komplekse og hviler på en skrøbelig ligevægt, især økonomisk.

henblik på at sikre de tvingende hensyn, som kan begrunde en hindring for den frie udveksling af tjenesteydelser.

61. Jeg er klar over, at den fortolkning, jeg foreslår, både imødegår den holdning, som forsvares af de medlemsstater, hvor sygesikringsordningen godtgør en del af det honorar, de forsikrede har betalt (af disse er det kun Belgien, som har afgivet indlæg i denne sag), og har den ulempe, at den går de overbeviste forkæmpere for liberaliseringen af medlemsstaternes sundhedsydelser imod. Den har dog i det mindste den fordel, at den klart og utvetydigt løser det rejste problem og forhindrer dilemmaer som det, Kommissionen står over for, idet Kommissionen anerkender, at visse tandlægeydelser har sådanne særlige træk, at de i Smits og Peerbooms-dommen omhandlede tvingende hensyn kan gøres gældende.

Som svar på det spørgsmål, jeg stillede Kommissionen herom, oplyste Kommissionen, at den henviste til de tandlægebehandlinger, som er forbundet med store omkostninger, og som kun foretages af højt specialiserede tandlæger, og at disse ydelsers tilgængelighed kræver planlægning. Kommissionen medgav desuden, at der ikke findes fuldstændigt faste kriterier for, hvordan man sondrer mellem hospitalsbehandling og ambulant behandling: Hvis der er tale om indlæggelse, er kravet om tilladelse berettiget, men hvis behandlingen ydes i lægens praksis, må der tages stilling fra sag til sag.

Jeg er ikke ene om at mene, at Kommissionens forslag, uanset hvor hensigtsmæssigt det måtte forekomme i lyset af proportionalitetsprincippet, ikke ville fungere i praksis[40] dels, fordi det ville indebære et usikkerhedsmoment hos brugerne, som ville være i strid med retssikkerhedsprincippet, dels fordi det — hvis kravet om forhåndstilladelse kan begrundes i sygekassernes behov for at kunne planlægge udbuddet af lægelige ydelser — forekommer mig indlysende, at det ikke kun er udbuddet af de dyreste og mest komplicerede behandlinger, som skal planlægges[41]. Hertil kommer, at sygekasserne i hver enkelt konkret tilfælde af ambulant behandling ville skulle foretage en forudgående undersøgelse af, om de særlige kendetegn ved denne behandling gør, at der kan kræves forhåndstilladelse, hvilket ville udgøre endnu en hindring for adgangen til behandling.

62. Af de anførte grunde mener jeg, at artikel 49 EF og 50 EF ikke er til hinder for en medlemsstats bestemmelser om indførelse af en social sikringsordning baseret på naturalydelser, hvorefter de forsikrede

40 — De medlemsstater, som deltog i retsmødet og udnyttede deres ret til at afgive indlæg, var imod en sådan mulighed.

41 — Mulighederne indskrænker sig ikke til tandlægeydelser. Der findes ydelser som f.eks. scanning eller MR-undersøgelse, som normalt foretages af radiologer, og som ikke kræver indlæggelse. De institutioner, som forvalter sygeforsikringen, planlægger uden tvivl disse ydelsers — om end stadig begrænsede — tilgængelighed.

skal indhente en forhåndstilladelse fra deres sygekasse for at kunne rejse til en anden medlemsstat for at lade sig behandle af en læge, som ikke har indgået overenskomst, og hvorefter udstedelsen af tilladelsen er betinget af, at behandlingen er nødvendig for den pågældende, for så vidt som denne betingelse fortolkes således, at tilladelsen kun kan afslås, når en tilsvarende behandling eller en behandling, som frembyder samme grad af virkning for patienten, kan ydes rettidigt af en person eller en institution, som har indgået en overenskomst med den sygekasse, som den forsikrede er tilsluttet.

B — *Det tredje spørgsmål*

63. Kravet om forhåndstilladelse til at modtage behandling i hospitalsregi i en anden medlemsstat er allerede grundigt undersøgt i Smits og Peerbooms-dommen. Det er følgelig ikke nødvendigt at besvare det tredje præjudicielle spørgsmål, hvormed det ønskes oplyst, om der ved besvarelsen af de to første spørgsmål skal sondres mellem, om ydelsen helt eller delvis vedrører behandling i hospitalsregi.

C — *Centrale Raad van Beroeps spørgsmål om, hvad der nærmere bestemt forstås ved udtrykket »rettidigt« i Smits og Peerbooms-dommens præmis 103*

64. Den nationale ret har i skrivelsen af 25. oktober 2001 spurgt Domstolen, hvad der skal forstås ved dette udtryk, som den finder uklart. Retten har formuleret sit spørgsmål således:

»Skal udtrykket »rettidigt« [»tijdig«] i Smits og Peerbooms-dommens præmis 103 forstås således, at der ikke tages hensyn hertil, hvis behandlingen ikke er hastende eller nødvendig af medicinske årsager, uafhængigt af hvor lang ventetiden er?«

65. Hvad angår dette spørgsmål er jeg enig med Kommissionen, som har understreget, at udtrykket har oprindelse i nederlandsk ret, nærmere bestemt i Arrondissementsrechtbank te Roermonds kendelse om forelæggelse af de præjudicielle spørgsmål i Smits og Peerbooms-sagen. På næstsidste linje af næstsidste afsnit i kendelsens kapitel II.1 er udtrykket »tijdig« anvendt.

Der er tale om en betingelse, som er knyttet til et af de to krav, som sygekasserne stiller i forbindelse med udstedelse af forhåndstilladelse, nemlig at den påtænkte behandling er nødvendig for patienten.

66. I Smits og Peerbooms-dommens præmis 104 angav Domstolen desuden nærmere, hvordan det vurderes, om en behandling, der frembyder samme grad af virkning for patienten, kan opnås rettidigt i en institution, der har indgået en overenskomst med den sygekasse, som den forsikrede er tilsluttet; Domstolen fastslog, at de nationale myndigheder herved er forpligtet til at tage hensyn til alle de omstændigheder, der kendetegner hver enkelt konkret sag, under hensyntagen ikke alene til patientens lægelige situation på det tidspunkt, hvor der ansøges om tilladelse, men også til hans sygdomshistorie.

Som det ses, henviste Domstolen ikke til andre grunde end lægelige.

67. Efter min opfattelse bør den nationale rets spørgsmål besvares med, at betingelsen om, at behandlingen skal kunne opnås »rettidigt« (»tijdig«), skal undergives en rent lægelig vurdering, uafhængigt af hvor lang ventetiden er for at opnå den ønskede behandling.

IX — Forslag til afgørelse

68. Sammenfattende foreslår jeg Domstolen, at de spørgsmål, der er forelagt af Centrale Raad van Beroep, besvares således:

»1) Artikel 49 EF og 50 EF er ikke til hinder for en medlemsstats bestemmelser om indførelse af en social sikringsordning baseret på naturalydelser, hvorefter

de forsikrede skal indhente en forhåndstilladelse fra deres sygekasse for at kunne rejse til en anden medlemsstat for at lade sig behandle af en læge, som ikke har indgået overenskomst, og hvorefter udstedelsen af tilladelsen er betinget af, at behandlingen er nødvendig for den pågældende, for så vidt som denne betingelse fortolkes således, at tilladelsen kun kan afslås, når en tilsvarende behandling eller en behandling, som frembyder samme grad af virkning for patienten, kan ydes rettidigt af en person eller en institution, som har indgået en overenskomst med den sygekasse, som den forsikrede er tilsluttet.

2) Betingelsen om, at behandlingen skal kunne opnås »rettidigt« (»tijdig«), skal undergives en rent lægelig vurdering, uafhængigt af hvor lang ventetiden er for at opnå den ønskede behandling.«