CONCLUSIE VAN ADVOCAAT-GENERAAL D. RUIZ-JARABO COLOMER

van 22 oktober 2002 [1]

1. Met de drie vragen die de Centrale Raad van Beroep krachtens artikel 234 EG heeft gesteld, wenst hij in wezen te vernemen of artikel 59 EG-Verdrag (thans, na wijziging, artikel 49 EG) en artikel 60 EG-Verdrag (thans, na wijziging, artikel 50 EG) zich verzetten tegen de wettelijke regeling van een lidstaat in het kader van een stelsel van verplichte ziektekostenverzekering dat enkel gericht is op het verstrekken van geneeskundige hulp in natura, volgens welke, wanneer de behandeling nodig is, voorafgaande toestemming van het ziekenfonds vereist is voor de vergoeding van de kosten van de medische verzorging die in een andere lidstaat wordt verstrekt door een arts met wie of een ziekenhuisinstelling waarmee het ziekenfonds geen overeenkomst heeft gesloten.

I — De feiten van de twee hoofdgedingen

A — *De zaak Müller-Fauré*

2. Ontevreden over de behandelingen door Nederlandse tandartsen maakte V. G. Müller-Fauré van haar vakantie in Duitsland gebruik om de tandarts te bezoeken, zonder dat haar ziekenfonds daartoe toestemming had gegeven. Tussen 20 oktober en 18 november 1994 werden zes kronen en een frameprothese op precisieverankering geplaatst. Tevens werden haar tandvullingen, röntgenfoto's en anesthesie in rekening gebracht. Bij haar terugkeer in Nederland verzocht zij haar ziekenfonds, de Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA (hierna: „OZ Zorgverzekeringen"), om vergoeding van de behandeling ten belope van 7 444,59 DEM (3 806,35 euro). Aangezien het grootste deel van de behandeling in Duitsland niet door de verplichte ziektekostenverzekering wordt gedekt en dus niet voor terugbetaling in aanmerking komt, heeft het geschil in werkelijkheid betrekking op 465,05 NLG (211,03 euro). Op grond van het advies van zijn adviserend tandarts wees het ziekenfonds het verzoek in mei 1995 af.

3. De Commissie voor beroepszaken van de Ziekenfondsraad, die belast is met het toezicht op het beheer en de administratie van de ziekenfondsen (hierna: „commissie voor beroepszaken"), adviseerde in februari 1996 dat de weigering van het ziekenfonds terecht was. Volgens de commissie voor beroepszaken wordt de verplichte ziekenfondsverzekering gekenmerkt door zorgverlening in natura, hetgeen bete-

1 — Oorspronkelijke taal: Spaans.

kent dat de verzekerden aanspraak hebben op de hulp zelf. Enkel in uitzonderingsgevallen kunnen zij om vergoeding verzoeken, maar in het geval van Müller-Fauré was dat niet mogelijk, aangezien geen sprake was van een spoedeisende behandeling als bedoeld in artikel 22 van verordening (EEG) nr. 1408/71. [2] Om de door haar benodigde hulp te verkrijgen, had de patiënte zich bovendien niet hoeven te wenden tot een tandarts met wie OZ Zorgverzekeringen geen overeenkomst had gesloten.

4. De rechter die in eerste aanleg kennis nam van de zaak, heeft dit standpunt onderschreven en oordeelde dat de uitvoerigheid van de verrichte behandelingen en het feit dat de behandelingen zich over verschillende weken hebben uitgestrekt, erop wezen dat het niet om spoedhulp ging.

B — *De zaak Van Riet*

5. Op 5 april 1993 vroeg de huisarts van E. E. M. van Riet namens zijn patiënte aan de adviserend arts van de Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen UA (hierna: „ZAO Zorgverzekeringen") toestemming om voor rekening van laatstgenoemde een artroscopie te laten verrichten in België, waar deze ingreep sneller dan in Nederland kon plaatsvinden. Bij brieven van 24 juni 1993 en 5 juli 1993 werd dit verzoek afgewezen omdat de behandeling in Nederland kon worden verricht.

Zonder het antwoord af te wachten liet betrokkene in mei 1993 een artroscopie en een ulnaverkorting uitvoeren in een Belgisch sportziekenhuis. De verzekeringsinstelling weigerde de kosten ten belope van 93 792 BEF (2 325,04 euro) terug te betalen.

6. Op 23 september 1994 oordeelde de commissie voor beroepszaken, dat de terugbetaling van de medische kosten terecht was geweigerd. Volgens haar was de noodzakelijke en passende medische hulp binnen een redelijke termijn in Nederland beschikbaar en kon bijgevolg geen sprake zijn van een spoedbehandeling in de zin van artikel 22 van verordening nr. 1408/71.

De rechtbank verklaarde het beroep van betrokkene ongegrond, overwegende dat er

2 — Verordening van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op loontrekkenden en hun gezinnen, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen (PB L 149, blz. 2), in de versie van verordening (EEG) nr. 2001/83 van de Raad van 2 juni 1983 tot wijziging en bijwerking van verordening nr. 1408/71 en van verordening (EEG) nr. 574/72 (PB L 230, blz. 6).

gelet op haar klachten, geen noodzaak was om zich in België te laten behandelen.

II — De prejudiciële vragen

7. De Centrale Raad van Beroep merkt in zijn verwijzingsbeschikking op dat de in België aan Van Riet verstrekte medische hulp bijna volledig door de verplichte ziektekostenverzekering wordt gedekt. Van de in Duitsland aan Müller-Fauré verstrekte tandverzorging wordt slechts een klein gedeelte gedekt en komt de rest niet voor vergoeding in aanmerking.

Volgens de rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep moet de verzekerde vóór de aanvang van de behandeling toestemming van zijn ziekenfonds hebben verkregen. De kosten van in het buitenland verstrekte medische verzorging kunnen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking komen, tenzij de weigering van het ziekenfonds wegens bijzondere omstandigheden in strijd zou zijn met een algemeen rechtsbeginsel. Deze situatie heeft zich evenwel niet voorgedaan in het geval van Müller-Fauré, die van haar vakantie gebruik heeft gemaakt voor een bezoek aan de tandarts, of in het geval van Van Riet, die de beslissing van het ziekenfonds op haar verzoek niet heeft afgewacht, zonder dat is gebleken dat zij op medische of andere gronden niet kon wachten tot haar verzoek werd behandeld.

Voorts merkt de Centrale Raad van Beroep op dat, zelfs indien Müller-Fauré om toestemming had verzocht of Van Riet het antwoord had afgewacht, de ziekenfondsen de toestemming niet zouden hebben verleend, aangezien niet vaststaat dat de behandelingen in het buitenland nodig waren. Een gebrek aan vertrouwen in de Nederlandse medische stand is immers geen voldoende reden en de wachttijd voor een artroscopie in Nederland is evenmin onaanvaardbaar lang.

8. Ten slotte vraagt de Centrale Raad van Beroep zich af of de bestreden weigeringen in strijd zijn met de artikelen 49 EG en 50 EG. Hij heeft dan ook de behandeling van de twee zaken geschorst en het Hof om een antwoord verzocht op de volgende drie vragen:

„1) Moeten de artikelen 59 en 60 EG-Verdrag (thans de artikelen 49 EG en 50 EG) aldus worden uitgelegd dat daarmee in beginsel onverenigbaar is een bepaling als artikel 9, vierde lid, van de Ziekenfondswet, juncto artikel 1 van de Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering, voorzover daarin is bepaald dat een ziekenfondsverzekerde van het ziekenfonds voorafgaande toestemming nodig heeft om zich te mogen wenden tot een persoon of inrichting buiten Nederland, met wie het ziekenfonds geen overeenkomst heeft gesloten, voor het geldend maken van zijn recht op verstrekkingen?

2) Indien de eerste vraag bevestigend wordt beantwoord, vormen de [...] genoemde doelstellingen van het Nederlandse naturastelsel [het garanderen van evenwichtige en voor iedereen toegankelijke medische en ziekenhuisvoorzieningen, het voortbestaan van het naturastelsel en het toezicht op het financiële evenwicht door beheersing van de kosten] dan een dwingende reden van algemeen belang waardoor een belemmering van het fundamentele beginsel van het vrij verrichten van diensten gerechtvaardigd kan zijn?

3) Is het voor de beantwoording van deze vragen nog van belang of de behandeling geheel of ten dele betrekking heeft op intramurale medische zorg?"

III — De nationale wettelijke regeling inzake verplichte ziektekostenverzekering [3]

9. In Nederland zijn werknemers en daarmee gelijkgestelden, wier inkomen een bepaalde grens niet overschrijdt, verplicht verzekerd tegen ziektekosten krachtens de Ziekenfondswet, die de gewone geneeskundige verzorging dekt.

10. Overeenkomstig artikel 8 van deze wet dragen de ziekenfondsen er zorg voor, dat de aanspraken van verzekerden op verstrekkingen tot gelding kunnen komen. Het gaat om een stelsel waarin enkel medische hulp in natura wordt verstrekt, zodat de verzekerden geen aanspraak hebben op vergoeding van de door hen gemaakte ziektekosten maar enkel op gratis verzorging. [4]

11. Volgens artikel 3 van het koninklijk besluit van 4 januari 1966 inzake verstrekkingen in natura van de ziekteverzekering (Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering), zoals gewijzigd bij koninklijk besluit van 16 december 1977, omvat de genees- en heelkundige hulp onder meer door een huisarts en een specialist te verlenen genees- en heelkundige hulp „naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is". Bepalend is dus, wat in de kring van de beroepsgenoten in Nederland gebruikelijk is. In het algemeen wordt een behandeling niet als gebruikelijk erkend, wanneer zij niet wordt toegepast of niet wordt geadviseerd omdat zij onvoldoende door internationaal of nationaal wetenschappelijk onderzoek is onderbouwd. Wel van belang is, in hoeverre een behandeling als vakmatig juiste handelwijze wordt aanvaard, en dat zij, wanneer daarvoor een deugdelijke

3 — Na een zeer bondig overzicht van het Nederlandse stelsel van verplichte ziektekostenverzekering verwijst de Centrale Raad van Beroep voor een omstandige beschrijving naar punt II.1 van de prejudiciële verwijzing van de Arrondissementsrechtbank te Roermond in de zaak Smits en Peerbooms (C-157/99), waarover het Hof zich heeft uitgesproken in zijn arrest van 12 juli 2001 (Jurispr. blz. I-5473). Voorzover relevant heb ik mijn beschrijving van de Nederlandse wetgeving in hoofdstuk 1 van mijn conclusie van 18 mei 2000 in deze zaak hier overgenomen.

4 — Ter terechtzitting hebben de twee ziekenfondsen uitdrukkelijk verklaard dat de verzekerden bij deze wet geen recht op vergoeding van de door hen gemaakte ziektekosten wordt verleend.

wetenschappelijke basis bestaat, als verstrekking in de zin van de Ziekenfondswet wordt aangemerkt. [5]

Wat de tandheelkundige zorg betreft, worden de verstrekkingen waarop de verzekerden recht hebben, geregeld bij artikel 7, lid 2. In 1994 besloot de regering het recht van meerderjarigen vanaf 18 jaar op tandheelkundige zorg in het kader van de verplichte ziektekostenverzekering bijna volledig af te schaffen. [6] Thans zijn blijkbaar alleen een jaarlijkse preventieve controle en de noodzakelijke röntgenfoto's gedekt.

12. Artikel 9 van de Ziekenfondswet regelt het geldend maken van de aanspraak op verstrekkingen en bepaalt, voorzover hier van belang:

„1. De verzekerde, die zijn aanspraak op een verstrekking geldend wil maken, wendt zich daartoe [...] tot een persoon of een instelling, met wie of met welke het ziekenfonds, waarbij hij is ingeschreven, tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten [...]

2. De verzekerde wordt de keuze gelaten uit de in het eerste lid bedoelde personen en instellingen, behoudens het bepaalde in het vijfde lid en ten aanzien van ambulancevervoer [...]

[...]

4. Een ziekenfonds kan, in afwijking van het bepaalde in het eerste en tweede lid, aan een verzekerde toestemming verlenen zich voor het geldend maken van zijn recht op een verstrekking te wenden tot een andere persoon of instelling in Nederland, indien zulks voor zijn geneeskundige verzorging nodig is. Onze Minister kan bepalen in welke gevallen en onder welke voorwaarden aan een verzekerde ook toestemming kan worden verleend zich voor het geldend maken van zijn recht op een verstrekking te wenden tot een persoon of inrichting buiten Nederland."

13. Het toestemmingsvereiste is geregeld in artikel 1 van de Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering van 30 juni 1988 [7], dat luidt:

„Als gevallen, waarin een ziekenfonds aan een verzekerde toestemming kan verlenen zich voor het geldend maken van zijn recht

5 — In het reeds aangehaalde arrest Smits en Peerbooms heeft het Hof aangegeven, hoe dit vereiste dient te worden uitgelegd met betrekking tot een verzoek van een verzekerde om medische hulp in een ziekenhuisinstelling van een andere lidstaat waarmee het ziekenfonds geen overeenkomst heeft gesloten.

6 — Een jaar later heeft de regering de gedeeltelijke betaling van gebitten opnieuw ingevoerd, aangezien een aantal bejaarden zich deze uitgave niet konden veroorloven.

7 — Stcrt. 1988, 123.

op een verstrekking te wenden tot een persoon of inrichting buiten Nederland, worden aangewezen de gevallen waarin het ziekenfonds heeft vastgesteld dat zulks voor de geneeskundige verzorging van die verzekerde nodig is."

Er zijn geen bijzondere voorwaarden vastgesteld voor verstrekkingen aan verzekerden door beroepsbeoefenaren of verzorgingsinstellingen in het buitenland waarmee de ziekenfondsen geen zorgovereenkomsten hebben gesloten. Bijgevolg moeten de verzekerden voorafgaande toestemming van hun ziekenfonds verkrijgen, evenals zij ook moeten doen voor een behandeling door een in Nederland gevestigde beroepsbeoefenaar of verzorgingsinstelling waarmee het ziekenfonds evenmin een zorgovereenkomst heeft gesloten. [8]

14. Teneinde de verzekerden verstrekkingen in natura te kunnen bieden, dienen ziekenfondsen ingevolge artikel 44, eerste lid, van de Ziekenfondswet overeenkomsten te sluiten met personen en instellingen die een of meer vormen van hulp verlenen. Artikel 44, lid 3, van deze wet omschrijft de inhoud van de overeenkomst, waaronder de aard en de omvang van de wederzijdse rechten en verplichtingen, de te verlenen vorm van hulp, de kwaliteit en de doelmatigheid van de hulpverlening, de kosten en de controle op de naleving van de overeenkomst. Indien de persoon of de instelling niet aan de overeengekomen voorwaarden voldoet, kan het ziekenfonds de overeenkomst beëindigen.

8 — Dit punt is ter terechtzitting bevestigd door de gemachtigde van de Nederlandse regering.

IV — De verdragsbepalingen inzake het vrij verrichten van diensten

15. Artikel 49 EG luidt:

„In het kader van de volgende bepalingen worden de beperkingen op het vrij verrichten van diensten binnen de Gemeenschap verboden ten aanzien van de onderdanen der lidstaten die in een ander land van de Gemeenschap zijn gevestigd dan dat, waarin degene is gevestigd te wiens behoeve de dienst wordt verricht.

[...]"

Artikel 50 EG bepaalt:

„In de zin van dit Verdrag worden als diensten beschouwd de dienstverrichtingen welke gewoonlijk tegen vergoeding geschieden, voorzover de bepalingen, betreffende het vrij verkeer van goederen, kapitaal en personen op deze dienstverrichtingen niet van toepassing zijn.

De diensten omvatten met name werkzaamheden:

[...]

d) van de vrije beroepen.

[...]"

V — De procedure voor het Hof

16. In een eerste fase zijn binnen de bij artikel 20 van 's Hofs Statuut-EG gestelde termijn schriftelijke opmerkingen ingediend door Müller-Fauré, OZ Zorgverzekeringen, de regeringen van België, Denemarken, Duitsland, Spanje, Ierland, Italië, Nederland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, IJsland en Noorwegen en door de Commissie.

17. Op 12 juli 2001, de dag waarop het arrest Smits en Peerbooms werd uitgesproken, heeft de griffie van het Hof de Centrale Raad van Beroep schriftelijk gevraagd, of hij, gelet op het antwoord van het Hof in die zaak, zijn vragen wenste te handhaven. Na partijen in beide zaken te hebben gehoord, heeft de Centrale Raad van Beroep op 25 oktober 2001 geantwoord dat hij zijn vragen niet introk.

18. Na te hebben vastgesteld dat de schriftelijke behandeling in februari 2000 was beëindigd, heeft het Hof in maart 2002 partijen in de hoofdgedingen, de regeringen van de lidstaten, de Commissie en de overige belanghebbenden uitgenodigd, schriftelijk hun standpunt kenbaar te maken over de consequenties die uit het arrest Smits en Peerbooms moesten worden getrokken, gelet op de overwegingen van de Centrale Raad van Beroep in zijn brief van 25 oktober 2001.

Van deze mogelijkheid is gebruikgemaakt door Van Riet, OZ Zorgverzekeringen, ZAO Zorgverzekeringen, de regeringen van Ierland, Nederland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen en door de Commissie. Aangezien de mededeling aan de Spaanse regering niet aan de voor de betekening gekozen domicilie was toegezonden, is deze regering toestemming verleend om haar schriftelijke opmerkingen na het verstrijken van de termijn in te dienen, wat zij heeft gedaan op 1 augustus 2002.

19. Ter terechtzitting, die op 10 september 2002 plaatsvond, zijn mondelinge opmerkingen gemaakt door de vertegenwoordigers van OZ Zorgverzekeringen en ZAO Zorgverzekeringen en de gemachtigden van Denemarken, Spanje, Ierland, Nederland,

Finland, het Verenigd Koninkrijk en de Commissie.

VI — De standpunten van degenen die in deze procedure opmerkingen hebben ingediend

20. De overwegingen van degenen die opmerkingen hebben ingediend, met enkele bijzonderheden waarop ik hierna zal ingaan, stemmen grotendeels overeen, met uitzondering van de standpunten van de verzoeksters in de twee hoofdgedingen, de Belgische regering en de Commissie.

21. Volgens Müller-Fauré is de voorafgaande toestemming in strijd met de artikelen 49 EG en 50 EG en kan deze toestemming ook niet worden gerechtvaardigd, omdat de verstrekkingen in Nederland en in Duitsland identiek zijn en ook de kosten en kwaliteit gelijk zijn. Van Riet verklaart dat zij voor de bevestiging van de diagnose, namelijk de noodzaak van de ulnaverkorting door middel van een artroscopie, in Nederland tien tot veertien weken moest wachten. Daarna zou de wachttijd voor de operatie nog zes tot acht maanden bedragen. Om deze ongemakken te vermijden heeft zij zich tot een Belgisch ziekenhuis gewend, waar zij slechts vier weken behoefde te wachten voor het onderzoek en één week voor de heelkundige ingreep, en dat voor een totale prijs die minder dan twee derde bedroeg dan wat het in Nederland zou hebben gekost.

22. OZ Zorgverzekeringen betoogt dat de voorafgaande toestemming om zich tot een niet-gecontracteerde zorgverlener te wenden, in Nederland of in het buitenland, inherent is aan het naturastelsel. Indien deze als een belemmering van de vrije dienstverrichting zou worden aangemerkt, zou zij gerechtvaardigd zijn door de noodzaak om de kwaliteit van de geneeskundige verzorging tegen beheersbare kosten en gelijke aanspraken van de verzekerden op verstrekkingen te waarborgen, zonder dat een onderscheid behoeft te worden gemaakt naargelang de zorg door een arts dan wel door een ziekenhuis wordt verstrekt.

23. Volgens de Belgische regering is het toestemmingsvereiste in strijd met de aangehaalde artikelen 49 EG en 50 EG. Bovendien leidt het standpunt dat de behandeling in het buitenland niet noodzakelijk is omdat een behandeling door gecontracteerde beroepsbeoefenaar in eigen land mogelijk is, tot discriminatie. De specifieke aard van het ziekteverzekeringsstelsel, dat wil zeggen het feit dat enkel hulp in natura wordt verstrekt, is geen dwingende reden van algemeen belang, aangezien het geen element bevat dat een belemmering van het vrije verkeer rechtvaardigt.

24. De standpunten van de elf overige staten kunnen in twee groepen worden ingedeeld. Voor de staten van de eerste groep — Denemarken, Duitsland, Ierland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en IJsland — is de openbare medische verzorging, die gratis is voor de betrokkenen, geen dienst in de zin van artikel 50 EG, hetzij omdat zij het element vergoeding mist [9], hetzij omdat de betrokken partijen, namelijk de arts en de patiënt, niet over de inhoud of de prijs van de dienst kunnen beslissen.

De landen van de tweede groep, bestaande uit Spanje, Finland, Italië en Nederland, betogen dat de rechtspraak van het Hof in het arrest Kohll [10], dat is gewezen met betrekking tot een ziekteverzekeringsstelsel waarin een deel van de medische kosten wordt vergoed, niet kan worden toegepast op de ziekteverzekeringsstelsels die enkel zorg in natura verstrekken, zonder dat dienaangaande een onderscheid moet worden gemaakt tussen zorgverlening door een arts of door een ziekenhuis.

Zelfs indien wordt aangenomen dat het om diensten gaat of dat bovengenoemde rechtspraak eveneens van toepassing is op een ziekteverzekeringsstelsel als het Nederlandse, zijn al deze landen zonder uitzondering van mening dat het vereiste van voorafgaande toestemming niet in strijd is met de artikelen 49 EG en 50 EG, omdat het gerechtvaardigd is.

25. De Commissie verklaarde in haar eerste opmerkingen, dat verstrekkingen van artsen en ziekenhuizen diensten in de zin van het Verdrag zijn, ook in de lidstaten waarin een stelsel van openbare gezondheidszorg [11] volledig los van de vrije beoefenaren van het artsenberoep en de privaat gefinancierde ziekenhuizen functioneren. In het Nederlandse ziekenfondsstelsel vormen de verstrekkingen in natura, de overeenkomsten en het toestemmingsvereiste een onlosmakelijk geheel. Voor het verlenen van de toestemming vormt echter het criterium dat de verstrekking die een geconventioneerde instelling niet tijdig kan bieden, nodig moet zijn voor de patiënt, een rechtstreekse discriminatie wegens de plaats van de

9 — Een mening die ik deel, zoals ik duidelijk heb gemaakt in mijn conclusie in de zaak Smits en Peerbooms. Zie met name de punten 35 tot en met 49, waar ik gedetailleerd het Nederlandse verplichte ziekteverzekeringsstelsel onderzoek, en stel dat de aan de verzekerden geboden verstrekkingen in natura het element vergoeding missen en derhalve geen diensten in de zin van artikel 50 EG zijn.

10 — Arrest van 28 april 1998 (C-158/96, Jurispr. blz. I-1931).

11 — De Commissie erkent dat in een aantal lidstaten stelsels van openbare gezondheidszorg bestaan waarin zorgverleners hun beroep niet als vrij beroep uitoefenen en niet per medische handeling worden vergoed, en waar ziekenhuizen geen commerciële activiteit verrichten. Ter terechtzitting heeft zij als voorbeeld genoemd: Denemarken, Spanje, Ierland en het Verenigd Koninkrijk.

instelling, aangezien Nederlandse niet-gecontracteerde dienstverrichters worden bevoordeeld ten opzichte van in de overige lidstaten gevestigde dienstverrichters.

VII — De rechtspraak van het Hof inzake het vrij verrichten van diensten, met betrekking tot het vereiste van voorafgaande toestemming van het ziekenfonds om in een andere lidstaat verzorging te verkrijgen

Volgens de Commissie kan noch de bewaking van de kwaliteit van de gezondheidszorg noch de beheersing van de kosten door de ziekenfondsen de belemmering rechtvaardigen die de voorafgaande toestemming meebrengt voor het vrij verrichten van diensten. Binnen de ziekenhuisverzorging maakt de Commissie een onderscheid tussen intramurale verzorging en ambulante verzorging, en stelt zij laatstgenoemde diensten gelijk met verzorging door een arts. Op grond daarvan acht zij het weinig waarschijnlijk dat de verplaatsing van patiënten naar andere lidstaten op zoek naar medische verzorging zonder ziekenhuisopname een dermate grote omvang zal aannemen dat een nationaal ziekteverzekeringsstelsel met verstrekkingen in natura in gevaar komt.

A — *Het consulteren van een arts in zijn praktijk en het vereiste van voorafgaande toestemming in een ziekteverzekeringsstelsel waarin geneeskundige hulp wordt vergoed*

27. Op 28 april 1998 heeft het Hof het arrest Kohll [12] gewezen. De prejudiciële vragen waren gesteld door de Cour de Cassation de Luxembourg, die uitspraak moest doen op een hoger beroep van Kohll tegen de weigering van zijn ziekenfonds om toestemming te verlenen voor een orthodontische behandeling van zijn dochter in Duitsland, omdat de behandeling niet spoedeisend was en in Luxemburg kon worden verricht.

26. In het stuk dat de Commissie op verzoek van het Hof na de uitspraak van het arrest Smits en Peerbooms heeft ingediend, erkent zij dat sommige vormen van tandheelkundige behandelingen bepaalde kenmerken vertonen, welke zouden kunnen rechtvaardigen dat hier rekening wordt gehouden met de in dat arrest onderzochte dwingende belangen betreffende intramurale zorg. Zij verzoekt het Hof dan ook zijn rechtspraak op dit punt te nuanceren.

28. Aangaande de toepassing van het vrij verrichten van diensten op een extramurale behandeling door een in een andere lidstaat gevestigde orthodontist verklaarde het Hof,

12 — Aangehaald in punt 24 en in voetnoot 10. Op dezelfde dag wees het Hof ook het arrest Decker (C-120/95, Jurispr. blz. I-1831), waarover ik hier niet zal uitweiden, omdat de feiten betrekking hadden op de aankoop van een bril en bijgevolg te maken hadden met het vrij verkeer van goederen. Zie de commentaren van de talrijke auteurs op deze twee arresten, die ik in mijn conclusie van 18 mei 2000 in de zaak Smits en Peerbooms heb aangehaald.

dat deze hulp, daar zij tegen vergoeding werd verleend, een dienst betrof in de zin van artikel 50 EG.

29. Wat de restrictieve gevolgen betreft, belette de Luxemburgse regeling de verzekerden weliswaar niet, zich tot een in een andere lidstaat gevestigde dienstverrichter te wenden, maar de vergoeding van de in die staat gemaakte kosten werd wel afhankelijk gesteld van een voorafgaande toestemming, terwijl voor de vergoeding van in de staat van verzekering gemaakte kosten deze toestemming niet vereist was. Volgens het Hof weerhield een dergelijke regeling daarom de sociaalverzekerden ervan om zich tot zorgverleners in een andere lidstaat te wenden, en vormde zij zowel voor laatstgenoemden als voor hun patiënten een belemmering van het vrij verrichten van diensten. [13]

30. Er werden verschillende rechtvaardigingsgronden aangevoerd, te weten de handhaving van het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel en de bescherming van de volksgezondheid, waaronder de noodzaak om de kwaliteit van de geneeskundige hulp te garanderen en het streven naar een evenwichtige en voor eenieder toegankelijke medische en ziekenhuisverzorging.

13 — Arresten van 31 januari 1984, Luisi en Carbone (286/82 en 26/83, Jurispr. blz. 377, punt 16), en 28 januari 1992, Bachmann (C-204/90, Jurispr. blz. I-249, punt 31).

31. Met betrekking tot de eerste rechtvaardigingsgrond was het Hof, daar de financiële lasten voor het Luxemburgse socialezekerheidsorgaan gelijk waren of de verzekerde zich nu in Luxemburg of in een andere lidstaat tot een orthodontist wendde, van oordeel dat de vergoeding van de kosten van in andere lidstaten verleende tandverzorging volgens de tarieven van de staat van verzekering geen belangrijke invloed heeft op de financiering van het socialezekerheidsstelsel.

32. Wat de bescherming van de volksgezondheid betreft, herinnerde het Hof in de punten 45 en 46 van het arrest Kohll eraan, dat de lidstaten het vrij verrichten van diensten om redenen van volksgezondheid weliswaar kunnen beperken, maar dat deze bevoegdheid niet is gegeven om de sector van de volksgezondheid, als economische sector, aan het fundamentele beginsel van vrij verkeer te onttrekken. [14] Hoe dan ook, aangezien de voorwaarden voor de toegang tot en de uitoefening van het beroep van arts en tandarts in diverse coördinatie- of harmonisatierichtlijnen worden geregeld [15], moesten in andere lidstaten gevestigde artsen en tandartsen voor

14 — Arrest van 7 mei 1986, Gül (131/85, Jurispr. blz. 1573, punt 17).

15 — Als voorbeeld werden aangehaald: richtlijn 78/686/EEG van de Raad van 25 juli 1978 inzake de onderlinge erkenning van de diploma's, certificaten en andere titels van de beoefenaar der tandheelkunde, tevens houdende maatregelen tot vergemakkelijking van de daadwerkelijke uitoefening van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten (PB L 233, blz. 1); richtlijn 78/687/EEG van de Raad van 25 juli 1978 inzake de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de werkzaamheden van de beoefenaar der tandheelkunde (PB L 233, blz. 10), en richtlijn 93/16/EEG van de Raad van 5 april 1993 ter vergemakkelijking van het vrije verkeer van artsen en de onderlinge erkenning van hun diploma' s, certificaten en andere titels (PB L 165, blz. 1).

het vrij verrichten van diensten worden geacht gelijkwaardige waarborgen te bieden als op het nationale grondgebied gevestigde artsen en tandartsen, en kon bewaking van de kwaliteit van in andere lidstaten verleende verzorging geen rechtvaardiging uit hoofde van de volksgezondheid opleveren voor een regeling als de Luxemburgse.

Het Hof erkende vervolgens dat de doelstelling, een evenwichtige en voor eenieder toegankelijke medische en ziekenhuisverzorging te handhaven, niet alleen intrinsiek samenhangt met de financiering van het socialezekerheidsstelsel, maar ook onder de in artikel 46 EG voorziene afwijkingen uit hoofde van de volksgezondheid kan vallen, daar zij bijdraagt tot de verwezenlijking van een hoog niveau van gezondheidsbescherming. Dienaangaande staat dit artikel de lidstaten toe, het vrij verrichten van diensten door artsen en ziekenhuizen te beperken, voorzover de instandhouding van een verzorgingsmogelijkheid of medische deskundigheid op het nationale grondgebied essentieel is voor de gezondheid of zelfs het overleven van de bevolking.

Daar evenmin was aangetoond dat de Luxemburgse regeling noodzakelijk was ter bereiking van deze twee doelstellingen, oordeelde het Hof dat zij niet gerechtvaardigd was om redenen van volksgezondheid.

B — *De intramurale verzorging en het vereiste van voorafgaande toestemming in een ziekteverzekeringsstelsel waarin geneeskundige hulp enkel in natura wordt verstrekt*

33. Op 12 juli 2001 heeft het Hof het arrest Smits en Peerbooms gewezen [16], waarin het op verzoek van een Nederlandse rechterlijke instantie, de Arrondissementsrechtbank te Roermond, dezelfde regeling moest onderzoeken als in de onderhavige zaak aan de orde is, namelijk artikel 9, lid 4, van de Ziekenfondswet, juncto artikel 1 van de Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering.

34. In een van de twee voor de rechtbank aanhangige zaken had het ziekenfonds geweigerd om Smits, die aan de ziekte van Parkinson leed, de kosten te vergoeden voor een categoriale en multidisciplinaire behandeling die zij zonder toestemming in een Duits ziekenhuis had ontvangen. De reden voor deze weigering was dat de categoriale klinische behandeling in de kring van de betrokken beroepsgenoten niet gebruikelijk was, waardoor het geen door de ziekteverzekering gedekte verstrekking vormde, en dat bij een gecontracteerde instelling in Nederland voldoende adequate hulp aanwezig was, waardoor de in Duitsland gevolgde behandeling niet nodig was.

16 — Reeds aangehaald.

In de andere zaak weigerde het ziekenfonds om aan Peerbooms, die ten gevolge van een verkeersongeval in coma was geraakt, een behandeling te vergoeden die deze in een Oostenrijks ziekenhuis had ondergaan, namelijk een speciale intensieve therapie door neurostimulatie, een techniek die in Nederland enkel op experimentele basis wordt toegepast in twee medische centra voor patiënten jonger dan 25 jaar, welke leeftijd hij reeds had overschreden. De vergoeding werd geweigerd, in de eerste plaats omdat dit soort verzorging, gelet op de experimentele aard van de therapie door neurostimulatie en het gebrek aan wetenschappelijk bewijs van de efficiëntie ervan, in de kring van de beroepsgenoten niet als gebruikelijk werd aangezien, waardoor de verstrekking niet door de ziekteverzekering werd gedekt. In de tweede plaats was de in Oostenrijk ondergane behandeling niet nodig omdat in Nederland tijdig een bevredigende en adequate behandeling in een gecontracteerde instelling ter beschikking stond.

35. Het Hof aanvaardde niet het standpunt van de meerderheid van de lidstaten, dat ziekteverzekeringsstelsels die enkel gericht waren op verstrekkingen in natura, niet onder de werkingssfeer van de artikelen 49 EG en 50 EG vielen. Zelfs de omstandigheid dat een medische behandeling in een ziekenhuis door de ziekenfondsen rechtstreeks op basis van overeenkomsten en vooraf vastgestelde tarieven wordt betaald, kon die behandeling volgens het Hof in geen geval aan het gebied van de diensten onttrekken.

36. Voorts oordeelde het Hof dat de Nederlandse regeling de sociaalverzekerden ervan weerhield om zich tot zorgverleners in een andere lidstaat dan de lidstaat van inschrijving te wenden, en zowel voor de verzekerden als voor de zorgverleners een belemmering van het vrij verrichten van diensten vormde.

37. In de punten 76 en volgende van het arrest werd de voorafgaande toestemming onderzocht, die in de Nederlandse wettelijke regeling als voorwaarde wordt gesteld om vergoeding van medische hulp van een niet-gecontracteerd ziekenhuis in een andere lidstaat te verkrijgen. Volgens het arrest was deze maatregel om verschillende redenen noodzakelijk en redelijk. In de eerste plaats moet een planning van het aantal ziekenhuisinrichtingen, de geografische spreiding, de organisatie ervan en de uitrusting waarover zij beschikken, of zelfs de aard van de medische diensten die zij kunnen aanbieden, mogelijk zijn. In de tweede plaats beoogt deze planning in een overeenkomstenstelsel zoals het Nederlandse, te garanderen dat de ziekenhuizen op het grondgebied van de lidstaat een toereikende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van kwaliteitszorg bieden, en wordt tegelijkertijd ernaar gestreefd de kosten te beheersen en iedere verspilling van financiële en technische middelen en personeel te vermijden, welke verspilling des te schadelijker zou zijn, daar het ziekenhuiswezen aanzienlijke kosten met zich brengt en aan toenemende behoeften moet voldoen, terwijl de financiële midde-

len die voor de gezondheidszorg beschikbaar zijn, ongeacht welke financieringswijze wordt toegepast, niet onbeperkt zijn. [17]

VIII — Onderzoek van de prejudiciële vragen

38. Zoals reeds is opgemerkt, oordeelde het Hof in het arrest Kohll dat in geval van een behandeling door een arts in zijn praktijk, ten laste van een ziekteverzekeringsstelsel dat vergoedingen verleent, de belemmering van het vrij verrichten van diensten die in de voorafgaande toestemming van het ziekenfonds vervat ligt, niet gerechtvaardigd was. In het arrest Smits en Peerbooms, waarin ziekenhuisverzorging ten laste van een naturastelsel aan de orde was, oordeelde het Hof daarentegen, zonder een onderscheid te maken tussen een vergoedingenstelsel of een naturastelsel, dat de belemmering van een van de fundamentele vrijheden van het Verdrag gerechtvaardigd kon zijn wegens dwingende redenen van algemeen belang.

Thans moet nog worden uitgemaakt, of deze voorafgaande toestemming aanvaardbaar is, wanneer de ziekteverzekerde in een naturastelsel medische verzorging zonder opname in een ziekenhuis nodig heeft. [18]

39. Dit wordt erkend door de Centrale Raad van Beroep zelf, die in zijn brief aan het Hof opmerkte dat hij op basis van het arrest Smits en Peerbooms, dat specifiek een behandeling na ziekenhuisopname betrof, niet kon antwoorden op de prejudiciële vragen van de zaak Müller-Fauré, waar de behandeling in de praktijk van een specialist had plaatsgevonden. Anderzijds erkent de Nederlandse rechter dat de prejudiciële vragen in de zaak Van Riet op basis van het aangehaalde arrest niet hoeven te worden beantwoord, ook al had Van Riet te kennen gegeven deze toch te willen handhaven. De Centrale Raad van Beroep verzoekt het Hof niettemin om verduidelijking van het begrip „tijdig" in punt 103 van het bovengenoemde arrest.

A — *De eerste twee vragen*

40. Deze vragen zijn bijna identiek aan de vragen van de Arrondissementsrechtbank te Roermond in de zaak Smits en Peerbooms, en wel de vragen 1.a en 2. Zij

17 — Bonomo, A., „Programmazione della spesa sanitaria e libertà di cura: un delicato dilemma", *Il Foro Amministrativo*, 2001, blz. 1870—1880, met name blz. 1880, waar wordt gesteld dat het evenwicht en de planning van de uitgaven op het gebied van de geneeskunde lijken te primeren op het vrij verrichten van diensten binnen het grondgebied van de Gemeenschap en bijgevolg op de vrije keuze van de plaats van behandeling.

18 — Steyger, E., „National Health Care Systems Under Fire (but not too heavily)", *Legal Issues of Economic Integration* 2002, 29(1), blz. 97—107, met name blz. 99: „Since the Kohll and Decker cases concerned a system of reimbursement, the question remained whether the same approach should be applied to national health security schemes which offered benefits in kind."

moeten evenwel worden geherformuleerd op basis van de rechtspraak van het Hof over het vereiste van voorafgaande toestemming in geval van geneeskundige zorg in een ziekenhuisinstelling.

Derhalve moet ervan worden uitgegaan dat de nationale rechterlijke instantie thans wenst te vernemen of de artikelen 49 EG en 50 EG zich ertegen verzetten dat de wettelijke regeling van een lidstaat met een socialezekerheidsstelsel dat enkel medische hulp in natura verstrekt, vereist dat de verzekerden eerst toestemming van hun ziekenfonds verkrijgen alvorens zich naar een andere lidstaat te begeven, indien zij medische hulp wensen van een arts met wie het ziekenfonds geen overeenkomst heeft gesloten, met dien verstande dat de toestemming enkel wordt verleend indien de behandeling nodig is voor de betrokkene, waarmee wordt verondersteld dat in het land zelf niet tijdig adequate medische hulp kan worden verstrekt door een gecontracteerde zorgverlener.

41. Het Hof heeft in het arrest Smits en Peerbooms reeds aangetoond dat het vereiste dat de verzekerden voorafgaande toestemming van het ziekenfonds nodig hebben om hun recht op verstrekkingen geldend te kunnen maken in een ziekenhuisinstelling van een andere lidstaat, een belemmering van het vrij verrichten van diensten vormt. Ik denk dat de beperking die de verzekerden daardoor ondervinden, in geval van raadpleging van een arts even groot is.

42. Artikel 49 EG verzet zich immers tegen de toepassing van iedere nationale regeling die ertoe leidt dat het verrichten van diensten tussen lidstaten moeilijker wordt dan het verrichten van diensten binnen één lidstaat.[19] Hoewel de betwiste Nederlandse wettelijke regeling de verzekerden niet belet zich tot een in een andere lidstaat gevestigde dienstverrichter te wenden, wordt de vergoeding van de daarmee verbonden kosten in de praktijk afhankelijk gesteld van voorafgaande toestemming, welke bovendien wordt geweigerd indien niet aan het bovengenoemde vereiste wordt voldaan.

Zoals in de punten 67 en volgende van het arrest Smits en Peerbooms voor de medische hulp in ziekenhuizen is aangetoond, zou voor vergoeding van de raadpleging van een in een andere lidstaat gevestigde arts in de meeste gevallen voorafgaande toestemming vereist zijn, aangezien er in het buitenland weinig zorgverleners zijn waarmee de Nederlandse ziekenfondsen overeenkomsten hebben gesloten, en zou deze toestemming worden geweigerd omdat niet aan de vereiste voorwaarde is voldaan. Een bezoek aan een van de gecontracteerde artsen in eigen land, die krachtens de Nederlandse ziekenfondswet een groot deel van de medische hulp aan de

19 — Arrest van 5 oktober 1994, Commissie/Frankrijk (C-381/93, Jurispr. blz. I-5145, punt 17), en arresten Kohll, reeds aangehaald, punt 33, en Smits en Peerbooms, reeds aangehaald, punt 61.

verzekerden moeten verstrekken, is daarentegen niet alleen gratis maar vereist ook geen voorafgaande toestemming.

43. Aangenomen dient dan ook te worden, zoals het Hof in het bovengenoemde arrest oordeelde, dat de in geding zijnde Nederlandse regeling de verzekerden ervan weerhoudt, of hen zelfs belet, om zich tot in andere lidstaten gevestigde zorgverleners te wenden, en zowel voor de verzekerden als voor de zorgverleners een belemmering van het vrij verrichten van diensten vormt. [20]

44. Met betrekking tot grensoverschrijdende medische verzorging heeft het Hof reeds aanvaard dat er bepaalde dwingende redenen van algemeen belang bestaan die, wanneer daaraan is voldaan, de beperkingen van het vrij verrichten van diensten kunnen rechtvaardigen, zowel voor ambulante diensten ten laste van een ziekteverzekeringsstelsel waarin een deel van de verstrekkingen wordt vergoed [21], als voor ziekenhuisverzorging ten laste van een stelsel waarin hulp in natura wordt verstrekt. [22]

Bij onderzoek van de rechtspraak kunnen drie verschillende redenen worden onderscheiden: ten eerste dient een ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel te worden voorkomen; een andere reden is het streven naar een evenwichtige en voor eenieder toegankelijke verzorging door artsen en ziekenhuizen, een doelstelling die onder de in artikel 46 EG neergelegde afwijkingen uit hoofde van de volksgezondheid valt, voorzover zij bijdraagt tot de verwezenlijking van een hoog niveau van gezondheidsbescherming; de laatste reden is de instandhouding, op het nationale grondgebied, van een verzorgingscapaciteit of medische deskundigheid, wat essentieel is voor de gezondheid of zelfs het overleven van de bevolking.

45. Derhalve dient te worden nagegaan of de belemmering van het vrij verrichten van medische diensten door het door de Nederlandse ziekenfondsen van de verplichte ziekteverzekering gestelde vereiste van voorafgaande toestemming voor raadpleging van een niet-gecontracteerde arts, onder een van de drie bovengenoemde redenen valt, gelet op het feit dat in de rechtspraak wordt verklaard dat de nationale regeling niet verder mag gaan dan hetgeen objectief noodzakelijk is om het beoogde doel te bereiken, en dit resultaat niet door minder beperkende maatregelen moet kunnen worden bereikt. [23] Bovendien kan een discriminerende regeling enkel gerechtvaardigd zijn om de redenen van algemeen belang die zijn genoemd in artikel 46, lid 1, EG, waarnaar in arti-

20 — Reeds aangehaalde arresten Kohll, en Smits en Peerbooms, resp. punt 35 en punt 69.

21 — Zie punten 37 e.v. van arrest Kohll, reeds aangehaald.

22 — Zie punten 72-75 van reeds aangehaald arrest Smits en Peerbooms.

23 — Arresten van 4 december 1986, Commissie/Duitsland (205/84, Jurispr. blz. 3755, punten 27 en 29); 26 februari 1991, Commissie/Italië (C-180/89, Jurispr. blz. I-709, punten 17 en 18); 20 mei 1992, Ramrath (C-106/91, Jurispr. blz. I-3351, punten 30 en 31), en arrest Smits en Peerbooms, reeds aangehaald, punt 75.

kel 55 EG wordt verwezen, waartoe doelstellingen van economische aard niet behoren. [24]

De nationale rechter die de prejudiciële vragen aan het Hof heeft voorgelegd, erkent dat het naturastelsel, dat door de Nederlandse ziekenfondsen door middel van overeenkomsten wordt georganiseerd, geschikt is zowel om de kwaliteit van de zorg voor de verzekerden te waarborgen als om de kosten te beheersen.

46. Zoals ik in mijn conclusie in de zaak Smits en Peerbooms reeds heb uiteengezet, wordt het Nederlandse stelsel van verplichte ziekteverzekering gekenmerkt door het feit dat de hulp kosteloos is voor de verzekerden, die voor het verkrijgen van de geneeskundige verzorging die zij nodig hebben, zich moeten wenden tot een van de beroepsbeoefenaren of de zorginstellingen waarmee hun ziekenfonds een zorgovereenkomst heeft gesloten, zodat zij, indien zij besluiten zich tot niet-gecontracteerde instellingen te wenden, de door hen gemaakte kosten moeten betalen zonder aanspraak op vergoeding. In dit stelsel sluiten de ziekenfondsen, die bij wet verplicht zijn de verzekerden de passende zorg te verstrekken, immers overeenkomsten met zorginstellingen en vrije beroepsbeoefenaren, waarbij zij van tevoren afspraken maken over de inhoud, de kwaliteit van de verstrekkingen en de financiële tegenprestatie, die voor de artsen bestaat in een vast bedrag per jaar en voor elk ziekenhuis in een verpleegtarief, dat meer dient om de instelling te financieren dan om de echte kostprijs van elke ziekenhuisopname te dekken.

47. Zoals in punt 76 van het arrest Smits en Peerbooms is opgemerkt, passen de medische diensten in een ziekenhuis, anders dan de diensten die artsen in hun praktijk of bij de patiënt thuis verlenen, in een kader dat onbetwistbaar bijzondere kenmerken vertoont, aangezien een planning nodig is van het aantal ziekenhuisvoorzieningen, de geografische spreiding, de inrichting ervan en de uitrustingen waarover zij beschikken, of zelfs de aard van de medische diensten die zij kunnen aanbieden.

Niettemin denk ik dat in het geval van een ziekteverzekering die structureel enkel gericht is op het verstrekken van geneeskundige hulp in natura, hetzij door middel van eigen centra en personeel, hetzij, zoals in Nederland, door middel van overeenkomsten met beroepsbeoefenaren en medische inrichtingen, het verschil tussen behandeling door een arts in zijn praktijk en verzorging in een ziekenhuis minder geprononceerd is.

24 — Arresten van 25 juli 1991, Collectieve Antennevoorziening Gouda e.a. (C-288/89, Jurispr. blz. I-4007, punt 11), en Commissie/Nederland (C-353/89, Jurispr. blz. I-4069, punt 15); 14 november 1995, Svensson en Gustavsson (C-484/93, Jurispr. blz. I-3955, punt 15), en 5 juni 1997, SETTG (C-398/95, Jurispr. blz. I-3091, punt 23).

48. In Nederland zijn ongeveer dertig ziekenfondsen actief die elk voor een bepaald territoriaal gebied bevoegd zijn. De personen die onder de verplichte ziekteverzekering vallen, moeten zich aansluiten bij het ziekenfonds dat bevoegd is voor de gemeente waarin zij wonen. Het aantal overeenkomsten dat regelmatig met huisartsen en artsen van verschillende specialisaties wordt gesloten, varieert naar gelang van de zorgbehoeften, die worden berekend voor het gebied waarin het ziekenfonds actief is, en naar gelang van het aantal personen dat in een bepaalde periode is aangesloten.

49. De tarieven die de ziekenfondsen elk jaar met de beroepsbeoefenaren overeenkomen en die verschillen naar gelang van de specialisatie, zijn op hun beurt grotendeels afhankelijk van het aantal aangeslotenen voor wie de artsen moeten zorgen. De tarieven worden berekend met behulp van een rekenkundige formule, waarbij een bedrag, het norminkomen [25], bij een ander bedrag, de normkosten, namelijk de kosten voor een praktijk [26], wordt opgeteld, en de uitkomst wordt gedeeld door een factor die de werkbelasting vertegenwoordigt (bijvoorbeeld, bij een huisarts zijn dat 2 350 patiënten per jaar). Voor het jaar 2000 gaf deze berekening als uitkomst, dat een huisarts van het ziekenfonds waarmee hij een zorgovereenkomst had gesloten, een bedrag van 133 NLG kreeg voor iedere verzekerde die voor een behandeling in zijn praktijk heeft gekozen, het zogenoemde abonnementstarief [27], ongeacht het aantal patiënten, van wie sommigen vaker op het spreekuur komen dan anderen of van wie enkelen in een jaar niet één keer geneeskundige hulp behoeven. [28] Blijkbaar ontvangen ook de gecontracteerde tandartsen van het ziekenfonds een vast bedrag per verzekerde. [29]

Aldus wordt bij voorbaat de financiering verzekerd van de gehele geneeskundige verzorging die de verzekerden in een jaar nodig hebben, in praktijken van huisartsen, specialisten en tandartsen, zodat de ziekenfondsen in beginsel geen extra betalingen behoeven te doen. In deze omstandigheden kan het gebruik van niet-gecontracteerde voorzieningen door de verzekerden een belangrijke invloed hebben op de financiering van het stelsel, omdat dit voor het ziekenfonds in alle gevallen een bijkomende last meebrengt waardoor het financiële evenwicht van het stelsel in gevaar komt.

25 — Dit omvat het salaris, vakantietoeslag, verzekeringen, gratificaties, sociale premies en pensioenvoorzieningen. Het salaris is afgeleid van salarisschalen die de overheid hanteert voor rijksambtenaren, en wordt jaarlijks aangepast.

26 — Er bestaan algemene beleidsregels voor de berekening van de bedrijfskosten van de voor elk beroep benodigde ruimten. Hierbij wordt rekening gehouden met de kosten van huisvesting, auto, telefoon, praktijkruimte, instrumentarium, enz. Deze kosten worden aangepast naar gelang van nieuwe behoeften zoals, bijvoorbeeld, de automatisering van de praktijken.

27 — Dit tarief loopt op tot 157 NLG voor elke ziekenfondsverzekerde die ouder is dan 64 jaar.

28 — De salariëring van gecontracteerde beroepsbeoefenaren die hulp verlenen in het kader van de verplichte ziektekostenverzekering, verschilt duidelijk van het voor particuliere patiënten geldende systeem, waarin geen abonnementstarief bestaat maar voor elk consult wordt betaald.

29 — Zie hoofdstuk 5 van de uitgave van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport-NL, van mei 2001, onder de titel „Health Care, Health Policies and Health Care reforms in the Netherlands: General practitioners and dentists receive capitation payments for their sickness fund insured, but usually fee for services from their private insured clients".

50. Indien jaarlijks slechts enkele patiënten doen zoals Müller-Fauré, kan natuurlijk moeilijk worden aangetoond dat de vergoeding van hun facturen een belangrijke invloed heeft op het financiële beheer van de ziekenfondsen.

De Commissie betoogt in feite dat er geen gevaar voor ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel bestaat omdat vanwege de taalbarrière of de moeilijkheid van verplaatsing, als het erop aankomt, uiteindelijk heel weinig patiënten op doktersbezoek in andere lidstaten zouden gaan. [30]

51. Ik ben het hier niet mee eens. De Commissie weet zeer wel dat een vrij groot aantal artsen gebruikmaakt van de vrijheid van vestiging om hun beroep in andere lidstaten dan de staat van hun nationaliteit uit te oefenen. Indien de patiënt een arts consulteert die zijn taal spreekt, valt de taalbarrière weg. Ook vallen de taalgrenzen in Europa helemaal niet samen met de staatsgrenzen en in grote grensgebieden spreekt de bevolking vaak de taal van het buurland. Men denke bijvoorbeeld maar aan België en Nederland, Luxemburg en Duitsland, Italië en Oostenrijk, Zweden en Finland, Spanje en Portugal, of landen die dezelfde taal hebben zoals Ierland en het Verenigd Koninkrijk, Oostenrijk en Duitsland.

De afstand vormt evenmin een beletsel, met name gelet op de betere verbindingen in Europa, de tendens om in een andere lidstaat een tweede woning te nemen en het gemak en de frequentie waarmee een groot deel van de bevolking in andere landen met vakantie gaat.

52. Er is volgens mij een andere reden waarom een betrekkelijk groot aantal patiënten zich, indien zij de zekerheid hadden dat hun rekeningen zouden worden terugbetaald, zouden besluiten om voor een behandeling door een specialist naar een andere lidstaat te gaan. Het gaat om mensen die voldoende bemiddeld zijn om zich dat te kunnen veroorloven, die niet al te lang willen wachten om te worden behandeld. Met een legitiem streven doet de patiënt al het mogelijke om zijn kwaal te laten verzorgen. In de 17e eeuw reeds was Molière zich bewust van dit streven van de mens want Argan, de hoofdfiguur van zijn komedie *Le malade imaginaire*, wilde zijn dochter Angélique tegen haar zin met een arts laten trouwen om zo verzekerd te zijn

30 — De Nederlandse regering heeft ter terechtzitting meegedeeld, dat zelfs met alle ongemakken waarover de Commissie heeft gesproken, en ondanks de verplichting van voorafgaande toestemming om niet-gecontracteerde voorzieningen aan te spreken, ongeveer 14 000 verzekerden in 2001 een behandeling in het buitenland ontvingen.

van het middel tegen alle kwalen waarvan hij last had. [31]

53. Wat de bescherming van het financiele evenwicht van het stelsel betreft, mag niet uit het oog worden verloren dat de werking van een naturastelsel eveneens wordt gekenmerkt door de belangrijke rol van de huisarts, die de patiënten de eerstelijnszorg moet geven en hen, indien nodig, moet verwijzen naar de bevoegde specialist, die de patiënt niet vrij kan consulteren. Indien de verzekerden deze voorafgaande stap konden ontwijken en zich uit eigen beweging tot een specialist in een andere lidstaat konden wenden, waarbij het ziekenfonds dan verplicht zou zijn de rekening te vergoeden, zou een groot deel van de efficiëntie verloren gaan die deze vorm van beperking van het onnodig gebruik van medische diensten, en met name van voorkoming dat de praktijk van de specialist volloopt met patiënten die zich dit bezoek zelf voorschrijven, zonder zelfs te weten welk specialisme hun kwaal moet behandelen, voor het stelsel oplevert. Aldus vervult deze interventie van de huisarts, waarin is voorzien om de uitgaven te beheersen en om ervoor te zorgen dat de middelen worden toegewezen overeenkomstig de behoeften, binnen het stelsel van de gecontracteerde zorgverlening, een functie die vergelijkbaar is met die van de voorafgaande toestemming om een niet-gecontracteerde arts te consulteren.

54. Wat voorts het streven naar het behoud van een zo ruim mogelijke, evenwichtige en voor eenieder toegankelijke zorgverlening betreft, ligt het voor de hand dat de belangstelling van de artsen voor het sluiten van overeenkomsten met de ziekenfondsen rechtstreeks afhankelijk is van het aantal patiënten dat zij aldus kunnen verkrijgen en waarvoor zij jaarlijks de tarieven ontvangen. Indien de verzekerden zich niet tot de gecontracteerde artsen zouden wenden maar tot de niet-gecontracteerde, in eigen land of in het buitenland, zouden de ziekenfondsen niet een bepaald aantal verzekerden per arts kunnen waarborgen. Het gevaar zou bestaan dat vele beroepsbeoefenaren niet langer interesse zouden hebben om zich tot een bepaalde graad van beschikbaarheid te verbinden en om de kwaliteit en de prijs van de diensten te waarborgen door het aangaan van overeenkomsten met de ziekenfondsen die de verplichte ziekteverzekering beheren. Zij zouden immers de voorkeur geven aan de verzorging van privé-patiënten die stellig minder talrijk zijn maar van wie zij hogere honoraria kunnen vragen. Ondanks de inspanningen van de ziekenfondsen op het gebied van de planning van het medisch aanbod van personeel en middelen, zou de stabiele en algemene toegang van de verzekerden tot medische verzorging, inclusief een breed gamma van specialisten, tegen een redelijke prijs, op die manier niet langer verzekerd zijn, waardoor de continuïteit van het naturastelsel in zijn huidige vorm ernstig in gevaar zou komen. Verder mag niet uit het oog worden verloren dat, zoals het Hof regelmatig verklaart, het gemeenschapsrecht de bevoegdheid van de lidsta-

31 — Zie Molière, *Le malade imaginaire*, met name 1e akte, 5e scène, Éd. Larousse, petits classiques, Parijs, 1998, blz. 61. Het is opvallend dat het dienstmeisje Toinette in de 10e scène van de 3e akte zich bij haar patroon voor arts uitgeeft en op het thema van de grensoverschrijdende medische verzorging anticipeert, wanneer zij verklaart een rondreizend arts te zijn, die van stad tot stad, van provincie tot provincie, van koninkrijk tot koninkrijk trekt, blz. 167.

ten om hun stelsels van sociale zekerheid in te richten, onverlet laat [32], waardoor bij gebreke van harmonisatie op communautair niveau de nationale wetgeving de voorwaarden moet vaststellen waaronder toegang wordt gegeven tot verstrekkingen. [33]

55. Stellig hebben de socialezekerheidsstelsels met verstrekkingen in natura last van het probleem van de wachtlijsten, dat het gevolg is van de steeds sterkere discrepantie tussen vraag en aanbod van medische diensten, zowel wat de ziekenhuisopname als wat de artsenconsulten betreft. [34] In een dergelijke situatie is de voorafgaande toestemming van de ziekenfondsen om gebruik te mogen maken van niet-gecontracteerde medische voorzieningen, zowel in eigen land als in het buitenland, een mechanisme dat hen in staat stelt de prioriteiten voor de verschillende behandelingen te bepalen, de beschikbare middelen te beheren en in de praktijk de medische verzorging te waarborgen in overeenstemming met de behoeften van het moment. Indien de patiënten op de wachtlijst voor een doktersbezoek vrij de markt van niet-gecontracteerde diensten op mochten gaan, met recht op vergoeding van de rekening, zou het fundamentele beginsel van gelijke toegang van de verzekerden tot medische verzorging in zijn grondvesten worden aangetast ten nadele van degenen die, wegens gebrek aan middelen of omdat zij in de degelijkheid van het stelsel geloven, hun beurt afwachten, met als resultaat dat het ziekteverzekeringsstelsel met naturaverstrekkingen zijn wezen zou verliezen en feitelijk in een vergoedingenstelsel zou veranderen.

Dat de kosten van de concrete ingreep die een verzekerde zoals Van Riet in een andere staat heeft ondergaan, lager zijn dan wat het ziekenfonds in de staat van verzekering had moeten betalen, is in dit verband niet relevant, aangezien de negatieve gevolgen van deze handelwijze voor het systeem niet op basis van een enkele ingreep kunnen worden beoordeeld. [35]

56. Ook ontstaat, indien patiënten zich voor medische behandeling herhaaldelijk en systematisch naar andere lidstaten begeven, het gevaar, vooral in kleine landen, dat de ziekenfondsen er niet in slagen de beroepsbekwaamheid voor de behandeling van weinig voorkomende of zeer complexe ziekten op een aanvaardbaar niveau te houden.

32 — Arresten van 7 februari 1984, Duphar e.a. (238/82, Jurispr. blz. 523, punt 16), en 17 juni 1997, Sodemare e.a. (C-70/95, Jurispr. blz. I-3395, punt 27); arresten Kohll, reeds aangehaald, punt 17, en Smits en Peerbooms, reeds aangehaald, punt 44.

33 — Arrest van 30 januari 1997, Stöber en Piosa Pereira (C-4/95 en C-5/95, Jurispr. blz. I-511, punt 36); arresten Kohll, reeds aangehaald, punt 18, en Smits en Peerbooms, reeds aangehaald, punt 45.

34 — Dit probleem plaagt niet alleen de ziekteverzekeringsstelsels met naturaverstrekkingen: dit blijkt reeds uit het aantal dagen dat men in Luxemburg, waar de medische hulp aan verzekerden slechts gedeeltelijk wordt terugbetaald, moet wachten voor een afspraak bij een huisarts, of het aantal weken voor een consult bij een specialist mogelijk is.

35 — Dubuis, L., „La libre circulation des patients hospitaliers, une liberté sous conditions", *Revue de droit sanitaire et social*, 37(4) 2001, blz. 721-726, met name blz. 726: „[...] men kan zich afvragen of het wel volstrekt legitiem is om de patiënt die zich verplaatst, het recht te verlenen, uit het stelsel van zijn staat van herkomst en dat van de staat van verzorging de elementen te kiezen welke hem het best passen".

57. Bovendien is de voorafgaande toestemming door de onverbrekelijke band met het stelsel van naturaverstrekkingen een geschikt middel om ervoor te zorgen dat de verzekerden tijdig weten of de door hen gevraagde verzorging wordt gedekt, zodat het ziekenfonds de uitgaven en het gebruik van middelen kan beheersen.

Indien Müller-Fauré vooraf toestemming had gevraagd, zou zij hebben geweten dat slechts een zeer klein deel van de verzorging die zij van de Duitse tandarts wilde, door haar socialezekerheidsstelsel in Nederland werd gedekt. Daarnaast had het ziekenfonds kunnen beslissen of de staat van het gebit van betrokkene een interventie van een niet-gecontracteerde tandarts vereiste, dan wel of het beter was dat de betrokkene zich tot een gecontracteerde arts zou wenden, rekening houdend met het feit dat de tandverzorging wordt verstrekt tegen betaling van een vast bedrag per verzekerde.

58. België, waar de ziekteverzekering de verzekerden een deel van de kosten van de verstrekkingen vergoedt, verzet zich ertegen dat de voorafgaande toestemming van de ziekenfondsen, die in het arrest Kohll ontoelaatbaar wordt verklaard, in een stelsel van verstrekkingen in natura gerechtvaardigd kan worden geacht, aangezien het vrij verrichten van diensten volgens de Belgische regering niet kan afhangen van de specifieke aard van het socialezekerheidsstelsel.

Ik begrijp dit standpunt, maar ik deel het niet. Ik ben er mij van bewust hoe moeilijk het is deze fundamentele vrijheid van het Verdrag in overeenstemming te brengen met de specificiteit van de ziektekostenverzekeringen van vijftien landen, waarvan de meeste aldus zijn ingericht op verstrekkingen in natura. Toch mag niet uit het oog worden verloren, dat de lidstaten nooit de intentie hebben gehad hun wetgevingen op dat gebied te harmoniseren, en dat zij hun wetgeving enkel door middel van verordening nr. 1408/71 hebben gecoördineerd, om te voldoen aan de doelstellingen van artikel 42 EG. Het is waar dat de lidstaten bij het inrichten van hun socialezekerheidsstelsels het gemeenschapsrecht behoren te eerbiedigen [36], maar deze verplichting kan niet inhouden dat zij de beginselen en de opvattingen die traditioneel ten grondslag hebben gelegen aan hun socialezekerheidsstelsels, moeten laten vallen, of dat zij hun stelsel zo sterk moeten hervormen dat zij de verstrekkingen van die verzekerden die besluiten een dokter in een andere lidstaat te bezoeken, kunnen vergoeden. [37]

59. De noodzaak van de behandeling die de patiënt bij niet-gecontracteerde medische voorzieningen wenst te ondergaan, als voorwaarde voor het verlenen van voorafgaande toestemming door het ziekenfonds, werd omstandig onderzocht in de punten 103 tot en met 107 van het arrest Smits en Peerbooms. Naar mijn mening moet in de onderhavige zaak dezelfde

36 — Reeds aangehaalde arresten Kohll, en Smits en Peerbooms, resp. punten 19 en 46.

37 — Af te wachten valt hoe de verzekerden zullen reageren indien zij, in plaats van gratis verstrekkingen te ontvangen, vooraf zouden moeten betalen en enige tijd zouden moeten wachten alvorens hun een deel van het betaalde bedrag wordt terugbetaald.

redenering worden gevolgd, en dient te worden verklaard dat deze voorwaarde kan worden gerechtvaardigd uit hoofde van artikel 49 EG, voorzover zij aldus wordt uitgelegd dat de toestemming enkel mag worden geweigerd wanneer bij de zorgverlener met wie het ziekenfonds van de verzekerde een overeenkomst heeft gesloten, tijdig een identieke of voor de patiënt even doeltreffende behandeling kan worden verkregen. [38]

Aldus uitgelegd, draagt deze voorwaarde in het kader van de voorafgaande toestemming ertoe bij dat in de extramurale gezondheidszorg op nationaal grondgebied een toereikend, evenwichtig en permanent aanbod van kwaliteitszorg in stand wordt gehouden en het financiële evenwicht van het stelsel van ziektekostenverzekering wordt gewaarborgd.

60. Indien een groot aantal verzekerden zou besluiten zich voor behandeling door een arts naar andere lidstaten te begeven, terwijl in eigen land een voldoende aanbod van adequate, identieke of gelijkwaardige behandelingen bestaat in het overeenkomstenstelsel, zou deze stroom van patiënten, evenals voor de verzorging in het ziekenhuis het geval is, het beginsel zelf van het overeenkomstenstelsel, de inspanningen van de ziekenfondsen tot planning en rationalisering, het evenwicht in het aanbod van medische zorg en het beheer van de middelen op basis van de prioriteiten in gevaar brengen. [39]

Wanneer evenwel vaststaat dat de door het nationale ziekteverzekeringsstelsel gedekte zorg niet door een gecontracteerde arts kan worden verstrekt, is het ontoelaatbaar dat voorrang wordt verleend aan binnenlandse beroepsbeoefenaren met wie het ziekenfonds geen overeenkomst heeft gesloten, ten nadele van de artsen in andere lidstaten. Aangezien dergelijke behandelingen immers per definitie buiten het kader van de door de nationale wettelijke regeling gewilde planning worden verleend, zou die voorrang verder gaan dan noodzakelijk is uit hoofde van de dwingende redenen die

38 — Dat was het oordeel, voor ziekenhuisverzorging, van de Arrondissementsrechtbank te Roermond, die de prejudiciële vraag in deze zaak had gesteld, toen zij in de twee hoofdgedingen ten gronde uitspraak deed op 3 oktober 2001, nauwelijks twee en een halve maand nadat zij het antwoord van het Hof had ontvangen. Zij verwierp het beroep van Geraets-Smits, omdat klinisch noch wetenschappelijk was bewezen dat de in Duitsland toegepaste categoriale en multidisciplinaire behandeling beter was dan de in Nederland beschikbare verzorging en omdat de patiënte in eigen land had kunnen worden behandeld door een inrichting waarmee haar ziekenfonds een overeenkomst had gesloten. Het beroep van Peerbooms onderging hetzelfde lot, aangezien de rechter oordeelde dat de bijzondere intensieve neurostimulatietherapie in de kring der beroepsgenoten niet gebruikelijk kan worden geacht, omdat deze door de internationale medische wetenschap onvoldoende is beproefd of deugdelijk is bevonden. De rechter baseert zijn oordeel op een deskundigenrapport van 1994 over stimuleringsprogramma's, op het advies van een commissie van de Gezondheidsraad en op een pilotstudie. Zie vonnissen in het gegevensbestand „Nationale beslissingen" van het Hof, onder referentie QP/03935-P1-A en QP/03935-P1-B.

39 — Dubouis, L., op. cit., blz. 726, merkt in verband met de verzorging in het ziekenhuis op: „De praktische gevolgen op middellange en lange termijn van deze rechtspraak zijn niettemin moeilijk te beoordelen. Bestaat het gevaar niet dat een te grote groep van mensen wordt gestimuleerd om zich in ‚geavanceerde' instellingen te laten opnemen, en dat de moeilijkheden van de minder performante socialezekerheidsstelsels nog groter worden? Het is wenselijk dat onze ziekenhuisstelsels hun vensters en deuren openen voor Europa. Toch mag niet worden vergeten hoe sterk de ziekenhuisstelsels van elkaar verschillen, hoe complex elk stelsel is en hoe zwak met name het financiële evenwicht is waarop dit berust."

het bestaan van een belemmering van het vrij verrichten van diensten kunnen rechtvaardigen.

61. Ik ben er mij van bewust dat de door mij voorgestelde uitlegging niet alleen ingaat tegen het standpunt van de staten wier ziekteverzekeringsstelsel een deel van de door de verzekerden betaalde rekeningen vergoedt — van die groep landen heeft in dit proces België als enige een standpunt ingenomen —, maar ook het nadeel heeft te botsen met het standpunt van de hardnekkige verdedigers van de liberalisering van de geneeskundige diensten in de lidstaten. Zij heeft evenwel althans de verdienste dat zij een heldere en rechttoe rechtaan oplossing voor het probleem biedt en netelige vraagstukken uit de weg gaat, zoals het vraagstuk waarmee de Commissie zit, omdat er volgens haar mogelijk vormen van tandheelkundige behandeling bestaan die bepaalde kenmerken vertonen welke zouden rechtvaardigen dat rekening wordt gehouden met de in het arrest Smits en Peerbooms onderzochte dwingende redenen.

Op de vraag die ik haar over deze kenmerken heb gesteld, antwoordde de Commissie dat zij doelde op erg dure tandheelkundige behandeling die door zeer gespecialiseerde zorgverleners moet worden verstrekt, aangezien in dat geval een planning vereist is, willen dergelijke diensten beschikbaar zijn. Zij erkende bovendien dat er geen absolute criteria bestaan voor het onderscheid tussen ziekenhuisverzorging en ambulante verzorging: in het geval van opname in een ziekenhuis is het toestemmingsvereiste gerechtvaardigd terwijl ambulante verstrekkingen per concreet geval moeten worden beoordeeld.

Ik ben niet de enige die meent dat dit voorstel van de Commissie, hoe adequaat het uit het oogpunt van het evenredigheidsbeginsel ook moge lijken, in de praktijk niet zou werken [40], aangezien het voor de gebruikers een factor van onzekerheid zou invoeren die indruist tegen het beginsel van rechtszekerheid. Indien de voorafgaande toestemming kan worden gerechtvaardigd door de behoefte van de ziekenfondsen tot planning van het aanbod van medische verstrekkingen, lijkt het mij overigens vanzelfsprekend, dat niet enkel de duurste of meest complexe verstrekkingen in die planning moeten worden opgenomen. [41] Bovendien zouden de ziekenfondsen in elke concrete situatie van ambulante zorg vooraf moeten nagaan, of op basis van de kenmerken van de behandeling, vooraf toestemming moet worden gevraagd, wat een bijkomend obstakel vormt voor het verstrekken van medische hulp.

62. Om bovenstaande redenen meen ik dat de artikelen 49 EG en 50 EG zich niet ertegen verzetten, dat de wettelijke regeling van een lidstaat, die in een socialezekerheidsstelsel met verstrekkingen in natura

40 — De lidstaten die ter terechtzitting gebruik hebben gemaakt van hun recht van repliek, waren gekant tegen deze mogelijkheid.

41 — De mogelijkheden beperken zich niet tot de tandheelkundige verstrekkingen. Diensten zoals scanner of magnetische resonantie, die normaal door radiologen worden verstrekt, vereisen geen ziekenhuisopname en de nog beperkte beschikbaarheid wordt ongetwijfeld gepland door de instellingen die de sociale zekerheid beheren.

voorziet, de verzekerden ertoe verplicht voorafgaande toestemming van hun ziekenfonds te verkrijgen om zich naar een andere lidstaat te begeven indien zij door een niet-gecontracteerde arts willen worden verzorgd, en de toestemming afhankelijk stelt van het vereiste dat de behandeling voor de betrokkene nodig is, met dien verstande dat het vereiste aldus wordt uitgelegd dat de toestemming enkel kan worden geweigerd, wanneer bij een beroepsbeoefenaar waarmee het ziekenfonds van de verzekerde een overeenkomst heeft gesloten, tijdig een identieke of even doeltreffende behandeling kan worden verkregen.

B — *De derde vraag*

63. In het arrest Smits en Peerbooms werd het vereiste van de voorafgaande toestemming voor intramurale medische diensten in een andere lidstaat reeds uitvoerig onderzocht. Bijgevolg hoeft niet te worden geantwoord op de derde prejudiciële vraag, waarmee de nationale rechter wenst te vernemen of het voor de beantwoording van de eerste twee vragen nog van belang is of de behandeling geheel of ten dele betrekking heeft op intramurale medische zorg.

C — *De opheldering die de Centrale Raad van Beroep wenst te verkrijgen over het begrip „tijdig" in punt 103 van het arrest Smits en Peerbooms*

64. In zijn brief van 25 oktober 2001 vraagt de nationale rechter het Hof wat deze term, die hem onduidelijk lijkt, betekent en wel in de volgende bewoordingen:

„Moet het begrip ‚tijdig' in punt 103 van het arrest Smits en Peerbooms aldus worden verstaan, dat daarvan geen sprake is indien de medische behandeling op medische gronden niet spoedeisend of noodzakelijk is, ongeacht de lengte van de wachttijd voor een dergelijke behandeling?"

65. Op dit punt ben ik het eens met de Commissie die erop wijst dat de term uit het Nederlandse recht komt, in het bijzonder uit het bevel waarmee de Arrondissementsrechtbank te Roermond de prejudiciele vragen in de zaak Smits en Peerbooms stelde. In de voorlaatste regel van de voorlaatste alinea van hoofdstuk II.1 van het bevel wordt inderdaad de term „tijdig" gebruikt.

Het gaat om een voorwaarde die verband houdt met een van de twee vereisten die de ziekenfondsen stellen wanneer zij voorafgaande toestemming verlenen, namelijk dat de voorgestelde verzorging nodig moet zijn voor de patiënt.

66. In punt 104 van het arrest Smits en Peerbooms werd bovendien gepreciseerd, hoe moest worden bepaald of bij een instelling waarmee het ziekenfonds van de verzekerde een overeenkomst heeft gesloten, tijdig een voor de patiënt even doeltreffende behandeling kon worden verkregen: het Hof verklaarde dat de nationale autoriteiten rekening moeten houden met alle omstandigheden van elk concreet geval, niet alleen met de gezondheidstoestand van de patiënt op het moment waarop de toestemming wordt gevraagd, maar ook met diens antecedenten.

Het Hof blijkt dus nergens te spreken van niet-medische gronden.

67. Naar mijn oordeel moet aan de nationale rechterlijke instantie worden geantwoord, dat de voorwaarde „tijdig" vanuit strikt medisch oogpunt moet worden beoordeeld, onafhankelijk van de duur van de wachttijd voor de vereiste behandeling.

IX — Conclusie

68. Gelet op een en ander geef ik het Hof in overweging de vragen van de Centrale Raad van Beroep te beantwoorden als volgt:

„1) De artikelen 49 EG en 50 EG verzetten zich niet ertegen, dat de wettelijke regeling van een lidstaat, die in een socialezekerheidsstelsel met verstrekkin-

gen in natura voorziet, de verzekerden ertoe verplicht voorafgaande toestemming van hun ziekenfonds te verkrijgen om zich naar een andere lidstaat te begeven indien zij door een niet-gecontracteerde arts willen worden verzorgd, en de toestemming afhankelijk stelt van het vereiste dat de behandeling nodig is voor de betrokkene, met dien verstande dat het vereiste aldus wordt uitgelegd dat de toestemming enkel kan worden geweigerd, wanneer bij een beroepsbeoefenaar met wie het ziekenfonds van de verzekerde een overeenkomst heeft gesloten, tijdig een identieke of even doeltreffende behandeling kan worden verkregen.

2) De voorwaarde ‚tijdig' moet vanuit strikt medisch oogpunt worden beoordeeld, onafhankelijk van de duur van de wachttijd voor de vereiste behandeling."