ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΙΣΑΓΓΕΛΕΑ DÁMASO RUIZ-JARABO COLOMER

της 22ας Οκτωβρίου 2002 [1]

1. Το Centrale Raad van Beroep (Κάτω Χώρες) με τρία ερωτήματα που υπέβαλε στο Δικαστήριο, κατ' εφαρμογήν του άρθρου 234 ΕΚ, ερωτά, κατ' ουσίαν, εάν τα άρθρα 59 της Συνθήκης ΕΚ (νυν, κατόπιν τροποποιήσεως, άρθρο 49 ΕΚ) και 60 της Συνθήκης ΕΚ (νυν άρθρο 50 ΕΚ) απαγορεύουν νομοθετική ρύθμιση κράτους μέλους στον τομέα της υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας, οργανωμένης έτσι ώστε να προσφέρει αποκλειστικά παροχές σε είδος, η οποία εξαρτά από την προηγούμενη έγκριση του ταμείου υγείας, όταν είναι αναγκαία η νοσηλεία, την απόδοση των εξόδων της ιατρικής περιθάλψεως που παρασχέθηκε εντός άλλου κράτους μέλους από ιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα, με το οποίο το ταμείο δεν είναι συμβεβλημένο.

I — Τα πραγματικά περιστατικά των δύο κύριων διαφορών

Α — *Η υπόθεση V. G. Müller-Fauré*

2. Η V. G. Müller-Fauré, δυσαρεστημένη με τους Ολλανδούς οδοντιάτρους, αποφάσισε να επωφεληθεί των διακοπών της στη Γερμανία για μία επίσκεψη σε οδοντίατρο, χωρίς προηγουμένως να έχει εξασφαλίσει την έγκριση του ταμείου υγείας της. Μεταξύ 20 Οκτωβρίου και 18 Νοεμβρίου 1994 της τοποθετήθηκαν έξι κορόνες και της έγινε μία εργασία ακίνητης προσθετικής στην άνω γνάθο. Της έγιναν επίσης σφραγίσματα, ακτινογραφίες και αναισθησία. Επιστρέφοντας στις Κάτω Χώρες, ζήτησε από το ταμείο υγείας της, την αλληλασφαλιστική εταιρία Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA (στο εξής: OZ Verzekeringen), την απόδοση των αντίστοιχων εξόδων, τα οποία ανέρχονταν σε 7 444,59 γερμανικά μάρκα (3 806,35 ευρώ). Δεδομένου ότι το μεγαλύτερο μέρος των επεμβάσεων που έγιναν στη Γερμανία δεν καλύπτεται από την υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας και, επομένως, δεν υπόκειται στο καθεστώς αποδόσεως των δαπανών τους, η διαφορά είναι, στην πραγματικότητα, της τάξεως των 465,05 ολλανδικών φιορινίων (211,03 ευρώ). Τον Μάιο του 1995 το ταμείο, αφού έλαβε υπόψη τη γνωμάτευση του συμβούλου του οδοντιάτρου, απέρριψε την αίτηση.

3. Η Επιτροπή Ενστάσεων του Συμβουλίου, αρμόδιου για τον έλεγχο διαχειρίσεως και διοικήσεως των ταμείων υγείας (Commissie voor beroepszaken van de Ziekenfondsraad), αποφάνθηκε, τον Φεβρουάριο του 1996, ότι η απόρριψη ήταν ορθή. Έκρινε ότι η υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι οι παροχές της είναι σε είδος, το οποίο σημαίνει ότι οι

1 — Γλώσσα του πρωτοτύπου: η ισπανική.

ασφαλισμένοι δικαιούνται να απολαμβάνουν τις ιατρικές φροντίδες. Μόνο σε εξαιρετική περίπτωση μπορούν να ζητήσουν την απόδοση των δαπανών τους, όμως στην περίπτωση της V. G. Müller-Fauré δεν συνέτρεχε η περίπτωση αυτή, επειδή δεν επρόκειτο για επείγουσα θεραπευτική αγωγή υπό την έννοια του άρθρου 22 του κανονισμού (ΕΟΚ) 1408/71 [2]. Επιπλέον, δεν ήταν αναγκαίο να καταφύγει η ασθενής σε μη συμβεβλημένο με την OZ Verzekeringen ιατρό, προκειμένου να της παρασχεθεί η περίθαλψη που χρειαζόταν.

4. Το όργανο που επιλήφθηκε της υποθέσεως σε πρώτο βαθμό συντάχθηκε με την άποψη αυτή και έκρινε ότι η έκταση της ακολουθηθείσας θεραπευτικής αγωγής και το γεγονός ότι διήρκεσε αρκετές εβδομάδες συνηγορούσαν υπέρ της ανυπαρξίας επείγοντος.

Β — *Η υπόθεση E. E. M. van Riet*

5. Στις 5 Απριλίου 1993, ο θεράπων ιατρός της E. E. M. van Riet ζήτησε, εξ ονόματος της ασθενούς του, έγκριση από τον σύμβουλο ιατρό της ασφαλιστικής εταιρίας Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (στο εξής: ZAO Zorgverzekeringen), προκειμένου να αναλάβει η τελευταία τα έξοδα μιας αρθροσκοπήσεως στο Βέλγιο, χώρα στην οποία η επέμβαση μπορούσε να πραγματοποιηθεί πολύ συντομότερα απ' ό,τι στις Κάτω Χώρες. Με τα από 24 Ιουνίου 1993 και 5 Ιουλίου 1993 έγγραφα η αίτηση απορρίφθηκε με την αιτιολογία ότι η θεραπευτική αγωγή μπορούσε να πραγματοποιηθεί εντός της χώρας.

Η ενδιαφερομένη, χωρίς να αναμείνει την απάντηση, υποβλήθηκε τον Μάιο του 1993 σε αρθροσκόπηση και βράχυνση ωλένης σε αθλητιατρική κλινική του Βελγίου. Η ασφαλιστική εταιρία αρνήθηκε να αποδώσει τα έξοδα, τα οποία ανέρχονταν σε 93 792 βελγικά φράγκα (2 325,04 ευρώ).

6. Στις 23 Σεπτεμβρίου 1994 η Επιτροπή Ενστάσεων του Συμβουλίου, αρμοδίου για τον έλεγχο διαχειρίσεως και διοικήσεως των ταμείων υγείας, έκρινε ορθή την άρνηση αποδόσεως των εξόδων των επεμβάσεων. Έκρινε ότι η αναγκαία και ενδεδειγμένη ιατρική βοήθεια μπορούσε να παρασχεθεί και εντός των Κάτω Χωρών εντός ευλόγου χρονικού διαστήματος, και, επομένως, δεν συνέτρεχε η περίπτωση επείγουσας θεραπευτικής αγωγής, κατά την έννοια του άρθρου 22 του κανονισμού (ΕΟΚ) 1408/71.

Το Rechtbank απέρριψε ως αβάσιμη την προσφυγή της ενδιαφερομένης, κρίνοντας

2 — Κανονισμός (ΕΟΚ) 1408/71 του Συμβουλίου, της 14ης Ιουνίου 1971, περί εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφαλίσεως στους μισθωτούς και τις οικογένειές τους που κινούνται εντός της Κοινότητος (ΕΕ ειδ. έκδ. 05/001, σ. 73), όπως διαμορφώθηκε μετά τον κανονισμό (ΕΟΚ) 2001/83 του Συμβουλίου, της 2ας Ιουνίου 1983, με τον οποίο τροποποιήθηκαν και ενημερώθηκαν ο κανονισμός (ΕΟΚ) 1408/71 και ο κανονισμός (ΕΟΚ) 574/72 (ΕΕ ειδ. έκδ. 05/001, σ. 138).

ότι η πάθησή της δεν χρειαζόταν να θεραπευθεί στο Βέλγιο.

Το αιτούν δικαστήριο συμπληρώνει ότι, ακόμη και αν η Müller-Fauré είχε ζητήσει την έγκριση ή η van Riet είχε αναμείνει την απάντηση, τα ασφαλιστικά ταμεία δεν θα είχαν χορηγήσει την έγκριση, δεδομένου ότι δεν προέκυπτε ανάγκη να πραγματοποιηθούν οι θεραπείες αυτές στο εξωτερικό. Πράγματι, η έλλειψη εμπιστοσύνης στον ιατρικό κλάδο της χώρας δεν είναι επαρκής λόγος, ούτε ο χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση αρθροσκόπησης στις Κάτω Χώρες μπορεί να θεωρηθεί υπερβολικός.

II — Τα προδικαστικά ερωτήματα

7. Το Centrale Raad van Beroep επισημαίνει, στην παραπεμπτική του απόφαση, ότι το σύνολο, κατ' ουσίαν, της ιατρικής περιθάλψεως της van Riet στο Βέλγιο καλύπτεται από την υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας. Αυτό ισχύει μόνον εν μέρει για τις οδοντιατρικές εργασίες που πραγματοποίησε η V. G. Müller-Fauré στη Γερμανία και, κατά συνέπεια, για τις υπόλοιπες δεν μπορεί να ζητηθεί απόδοση.

8. Τέλος, το Centrale Raad van Beroep διερωτάται εάν οι ληφθείσες απορριπτικές αποφάσεις συνιστούν παραβάσεις των άρθρων 49 ΕΚ και 50 ΕΚ, και για το λόγο αυτό ανέστειλε τη διαδικασία των δύο δικών και υπέβαλε στο Δικαστήριο τρία ερωτήματα, τα οποία έχουν ως εξής:

Κατά τη νομολογία του άνω δικαιοδοτικού οργάνου, ο ασφαλισμένος πρέπει να έχει λάβει έγκριση από το ταμείο υγείας στο οποίο είναι ασφαλισμένος πριν αρχίσει τη θεραπευτική αγωγή. Το κόστος της ιατρικής περιθάλψεως που παρέχεται στο εξωτερικό δεν μπορεί να αποδοθεί, εκτός εάν, λόγω ειδικών περιστάσεων, η άρνηση του ταμείου υγείας παραβιάζει κάποια γενική αρχή του δικαίου. Όμως αυτή η περίπτωση δεν συνέτρεξε ούτε στην περίπτωση της Müller-Fauré, η οποία επωφελήθηκε για να επισκεφθεί τον οδοντίατρο ενόσω βρισκόταν σε διακοπές, ούτε σε αυτήν της van Riet, η οποία δεν ανέμεινε την απάντηση του ταμείου στην αίτησή της, χωρίς να προκύπτει ότι δεν μπορούσε να αναμείνει για ιατρικούς ή άλλους λόγους.

«1) Έχουν τα άρθρα 59 και 60 της Συνθήκης ΕΚ (νυν 49 και 50 ΕΚ) την έννοια ότι αντίκειται καταρχήν προς αυτά μια διάταξη όπως το άρθρο 9, παράγραφος 4, του νόμου Ziekenfondswet (νόμου περί των ταμείων υγείας), σε συνδυασμό με το άρθρο 1 της Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering (κανονισμού περί ιατρικής αρωγής στην αλλοδαπή καλυπτόμενης από την υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας), καθόσον με βάση την εν λόγω διάταξη ο ασφαλισμένος οφείλει να λάβει προηγουμένως έγκριση από το ταμείο υγείας, για να μπορεί να ασκήσει το δικαίωμά του προς λήψη παροχής απευθυνόμενος εκτός των Κάτω Χωρών σε πρόσωπο ή φορέα, μη συμβεβλημένο με το ταμείο υγείας;

2) Σε περίπτωση καταφατικής απαντήσεως στο πρώτο ερώτημα, συνιστούν οι προαναφερθέντες σκοποί του ολλανδικού συστήματος παροχών σε είδος (διασφάλιση ισόρροπης και προσβάσιμης σε όλους ιατρικής και νοσοκομειακής περιθάλψεως, επιβίωση του συστήματος παροχών σε είδος και έλεγχος οικονομικής ισορροπίας μέσω της επιβλέψεως των δαπανών) επιτακτικό λόγο γενικού συμφέροντος, ικανό να δικαιολογήσει εμπόδιο στη θεμελιώδη αρχή της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών;

3) Έχει σημασία για την απάντηση στα ερωτήματα αυτά το αν η θεραπευτική αγωγή παρασχέθηκε εν όλω ή εν μέρει εντός νοσοκομείου;»

III — Η εθνική νομοθεσία περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας [3]

9. Στις Κάτω Χώρες, οι εργαζόμενοι των οποίων το εισόδημα δεν υπερβαίνει ορισμένο όριο και οι εξομοιούμενοι με αυτούς καλύπτονται από υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας, σύμφωνα με τον νόμο περί των ταμείων υγείας (Ziekenfondswet), που καλύπτει την κοινή ιατρική περίθαλψη.

10. Σύμφωνα με το άρθρο 8 του νόμου αυτού, τα ταμεία οφείλουν να εγγυώνται τη δυνατότητα των ασφαλισμένων να ασκήσουν το δικαίωμά τους στις παροχές. Πρόκειται για σύστημα που προβλέπει αποκλειστικά την παροχή ιατρικής περιθάλψεως σε είδος: οι ασφαλισμένοι έχουν επομένως δικαίωμα όχι στην απόδοση των ιατρικών εξόδων στα οποία υποβλήθηκαν, αλλά αποκλειστικά σε δωρεάν ιατρική περίθαλψη [4].

11. Σύμφωνα με το άρθρο 3 του βασιλικού διατάγματος της 4ης Ιανουαρίου 1966 περί παροχών σε είδος της ασφαλίσεως ασθενείας (Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering), που τροποποιήθηκε με το βασιλικό διάταγμα της 16ης Δεκεμβρίου 1997, η ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την περίθαλψη που παρέχει ο γενικός ιατρός και ο ιατρός ειδικότητας, «η έκταση της οποίας καθορίζεται βάσει του θεωρούμενου ως συνήθους στους σχετικούς επαγγελματικούς κύκλους». Το καθοριστικό στοιχείο εν προκειμένω είναι τι θεωρείται σύνηθες στους επαγγελματικούς κύκλους των Κάτω Χωρών. Σε γενικές γραμμές, η θεραπεία δεν αναγνωρίζεται ως συνήθης, όταν δεν έχει λάβει επαρκή αναγνώριση στους εθνικούς ή διεθνείς επιστημονικούς κύκλους και επομένως δεν συνιστάται και δεν τυγχάνει γενικής αποδοχής. Επομένως, έχει σημασία σε ποιο βαθμό η θεραπεία θεωρείται ως επαγγελματικώς προσήκουσα, δεδομένου ότι εάν στηρίζεται σε έγκυρη επι-

3 — Το Centrale Raad van Beroep, αφού δίνει μια πολύ συνοπτική περιγραφή του ολλανδικού συστήματος υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας, παραπέμπει, για περισσότερες λεπτομέρειες, στην παράγραφο II.1 της αποφάσεως του Arrondissementsrechtbank te Roermond, με την οποία τέθηκαν τα προδικαστικά ερωτήματα στην υπόθεση C-157/99, Smits και Peerbooms, και επί της οποίας εκδόθηκε απόφαση στις 12 Ιουλίου 2001 (Συλλογή 2001, σ. I-5473). Από την πλευρά μου, επαναλαμβάνω, κατά το προσήκον μέτρο, την παρουσίαση της ολλανδικής νομοθεσίας που έκανα στο κεφάλαιο I των προτάσεων που ανέπτυξα στην υπόθεση αυτή στις 18 Μαΐου 2000.

4 — Κατά την προφορική διαδικασία ενώπιον του Δικαστηρίου, τα δύο ταμεία υγείας επέμειναν ότι η νομοθεσία αυτή δεν αναγνωρίζει στους ασφαλισμένους δικαίωμα αποδόσεως των ιατρικών εξόδων στα οποία υποβάλλονται.

στημονική βάση, αναγνωρίζεται ως παροχή υπηρεσιών κατά την έννοια του νόμου περί των ταμείων υγείας [5].

Σχετικά με τις οδοντιατρικές εργασίες, οι παροχές στις οποίες έχουν πρόσβαση οι ασφαλισμένοι ρυθμίζονται στο άρθρο 7, παράγραφος 2. Το 1994, η Κυβέρνηση αποφάσισε να καταργήσει σχεδόν τελείως το δικαίωμα των ασφαλισμένων ηλικίας άνω των δεκαοκτώ ετών στην οδοντιατρική περίθαλψη στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας [6]. Κατά τα φαινόμενα, προς το παρόν καλύπτονται μόνον ένας ετήσιος προληπτικός έλεγχος και οι αναγκαίες ακτινογραφίες.

12. Το άρθρο 9 του νόμου περί των ταμείων υγείας ρυθμίζει την άσκηση του δικαιώματος για ιατρική περίθαλψη και ορίζει, μεταξύ άλλων, τα εξής:

«1. Ο ασφαλισμένος που επιθυμεί να ασκήσει το δικαίωμά του προς λήψη παροχής απευθύνεται προς τούτο [...] σε πρόσωπο ή ίδρυμα με το οποίο το ταμείο υγείας στο οποίο είναι ασφαλισμένος έχει συμβληθεί για τον σκοπό αυτό [...]

2. Υπό την επιφύλαξη των διατάξεων της παραγράφου 5 και των σχετικών με τη μεταφορά ασθενούς με ασθενοφόρο διατάξεων [...], ο ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει ελεύθερα μεταξύ των προσώπων και ιδρυμάτων στα οποία αναφέρεται η παράγραφος 1.

[...]

4. Κατά παρέκκλιση από τις παραγράφους 1 και 2, το ταμείο υγείας μπορεί να επιτρέψει σε ασφαλισμένο να απευθυνθεί για την άσκηση του δικαιώματός του προς λήψη παροχής σε άλλο πρόσωπο ή ίδρυμα των Κάτω Χωρών, εφόσον το απαιτεί η ιατρική αγωγή. Με υπουργική απόφαση μπορεί να καθοριστεί σε ποιες περιπτώσεις και κάτω από ποιες προϋποθέσεις παρέχεται η δυνατότητα σε ασφαλισμένο να απευθυνθεί, για την άσκηση του δικαιώματός του προς λήψη παροχής, σε πρόσωπο ή ίδρυμα εκτός των Κάτω Χωρών.»

13. Αυτή η προϋπόθεση προηγούμενης εγκρίσεως τίθεται στο άρθρο 1 του κανονισμού περί ιατρικής περιθάλψεως στο εξωτερικό στο πλαίσιο υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας της 30ής Ιουνίου 1988 [7], το οποίο ορίζει τα εξής:

«Ως περιπτώσεις όπου ένα Ταμείο Υγείας μπορεί να επιτρέψει σε ασφαλισμένο να απευθυνθεί, για την άσκηση του δικαιώματός

5 — Στην προαναφερθείσα απόφαση Smits και Peerbooms, το Δικαστήριο υπέδειξε τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να ερμηνεύεται αυτή η προϋπόθεση στην αίτηση του ασφαλισμένου που επιθυμεί να υποβληθεί σε ιατρική αγωγή σε μη συμβεβλημένο νοσηλευτικό ίδρυμα σε άλλο κράτος μέλος.

6 — Ένα χρόνο αργότερα η Κυβέρνηση επανεισήγαγε τη μερική χρηματοδότηση των τεχνητών οδοντοστοιχιών, δεδομένου ότι κάποιοι ηλικιωμένοι δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να τις αγοράσουν.

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

του προς λήψη παροχής, σε πρόσωπο ή ίδρυμα εκτός των Κάτω Χωρών λογίζονται εκείνες για τις οποίες το ταμείο έχει αναγνωρίσει ότι τούτο καθίσταται αναγκαίο για την ιατρική περίθαλψη του ασφαλισμένου.»

Δεν έχει τεθεί καμία ιδιαίτερη προϋπόθεση όσον αφορά την περίθαλψη ασφαλισμένων από ιατρούς ή νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούν στο εξωτερικό, με τα οποία τα ταμεία ασφαλίσεως δεν είναι συμβεβλημένα προς τον σκοπό της παροχής ιατρικής περιθάλψεως. Ο ασφαλισμένος που επιθυμεί να νοσηλευθεί στο εξωτερικό θα πρέπει να λάβει προηγουμένως σχετική έγκριση από το ασφαλιστικό του ταμείο. Η έγκριση είναι η ίδια με την απαιτούμενη προκειμένου να νοσηλευθεί από ιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα το οποίο λειτουργεί στις Κάτω Χώρες και με το οποίο επίσης δεν είναι συμβεβλημένο το ταμείο υγείας [8].

14. Προκειμένου να μπορούν να προσφέρουν παροχές σε είδος στους ασφαλισμένους, τα ταμεία υγείας πρέπει, σύμφωνα με το άρθρο 44, παράγραφος 1, του νόμου που τα διέπει, να συνάπτουν συμβάσεις με ιατρούς και νοσηλευτικά ιδρύματα που καλύπτουν έναν ή περισσότερους τύπους περιθάλψεως. Η παράγραφος 3 του άρθρου αυτού ορίζει το περιεχόμενο αυτών των συμβάσεων, το οποίο περιλαμβάνει τη φύση και την έκταση των υποχρεώσεων και δικαιωμάτων των μερών, το είδος της παρεχομένης περιθάλψεως, την ποιότητα και αποτελεσματικότητά της, το κόστος της και τον έλεγχο τηρήσεως της συμβάσεως. Αν ο ιατρός ή το ίδρυμα δεν πληρούν τις προϋποθέσεις που θέτει η σύμβαση, το ταμείο υγείας μπορεί να την καταγγείλει.

8 — Ο εκπρόσωπος της Ολλανδικής Κυβερνήσεως επιβεβαίωσε αυτό το τελευταίο σημείο στην παρέμβασή του κατά την προφορική διαδικασία.

IV — Οι σχετικές με την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών διατάξεις της Συνθήκης

15. Το άρθρο 49 ΕΚ ορίζει ότι: «Στο πλαίσιο των κατωτέρω διατάξεων, οι περιορισμοί της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών στο εσωτερικό της Κοινότητας απαγορεύονται όσον αφορά τους υπηκόους των κρατών μελών που είναι εγκατεστημένοι σε κράτος της Κοινότητας άλλο από εκείνο του αποδέκτου της παροχής.

[...]»

Το άρθρο 50 ΕΚ ορίζει ότι:

«Κατά την έννοια της παρούσας Συνθήκης, ως υπηρεσίες νοούνται οι παροχές που κατά κανόνα προσφέρονται αντί αμοιβής, εφόσον δεν διέπονται από τις διατάξεις τις σχετικές με την ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των κεφαλαίων και των προσώπων.

Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν ιδίως:

[...]

δ) δραστηριότητες των ελευθέρων επαγγελμάτων.

[...]»

V — Η ενώπιον του Δικαστηρίου διαδικασία

16. Σε πρώτη φάση παρουσίασαν γραπτές παρατηρήσεις εντός της προθεσμίας του άρθρου 20 του Οργανισμού του Δικαστηρίου οι V. G. Müller-Fauré, OZ Zorgverzekeringen, οι κυβερνήσεις του Βελγίου, της Δανίας, της Γερμανίας, της Ισπανίας, της Ιρλανδίας, της Ιταλίας, των Κάτω Χωρών, της Σουηδίας, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ισλανδίας και της Νορβηγίας και η Επιτροπή.

17. Στις 12 Ιουλίου 2001, ημέρα κατά την οποία εκδόθηκε η απόφαση Smits και Peerbooms, η Γραμματεία του Δικαστηρίου έστειλε επιστολή στο Centrale Raad van Beroep, με το ερώτημα εάν, κατόπιν της απαντήσεως που δόθηκε στην υπόθεση αυτή, ενέμενε στα ερωτήματά του. Αφού άκουσε τους διαδίκους και των δύο υποθέσεων, το άνω δικαιοδοτικό όργανο απάντησε, στις 25 Οκτωβρίου 2001, ότι δεν απέσυρε τα ερωτήματα.

18. Αφού διαπίστωσε ότι η γραπτή διαδικασία στην υπόθεση αυτή είχε ολοκληρωθεί τον Φεβρουάριο του 2000, το Δικαστήριο αποφάσισε, τον Μάρτιο του 2002, να καλέσει τους διαδίκους στις κύριες δίκες, τις κυβερνήσεις των κρατών μελών, την Επιτροπή και τους λοιπούς ενδιαφερομένους να τοποθετηθούν γραπτώς επί των συμπερασμάτων που μπορούσαν να συναχθούν από την απόφαση Smits και Peerbooms, λαμβανομένων υπόψη των σκέψεων που διατύπωσε το Centrale Raad van Beroep με την από 25 Οκτωβρίου 2001 επιστολή του.

Έκαναν χρήση της δυνατότητας αυτής οι E. E. M. van Riet, OZ Zorgverzekeringen, ZAO Zorgverzekeringen, οι κυβερνήσεις της Ιρλανδίας, των Κάτω Χωρών, της Σουηδίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Νορβηγίας και η Επιτροπή. Η κοινοποίηση στην Ισπανική Κυβέρνηση δεν έγινε στη διεύθυνση που είχε ορίσει για επιδόσεις, και για το λόγο αυτό της επετράπη να καταθέσει υπόμνημα μετά την εκπνοή της προθεσμίας, πράγμα που έκανε την 1η Αυγούστου 2002.

19. Κατά την προφορική διαδικασία της 10ης Σεπτεμβρίου 2002 εμφανίστηκαν επίσης για να υποβάλουν προφορικά τις παρατηρήσεις τους οι εκπρόσωποι των Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA και Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen και οι εκπρόσωποι της Δανίας, της Ισπανίας, της Ιρλανδίας, των Κάτω Χωρών,

της Φινλανδίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Επιτροπής.

VI — Οι τοποθετήσεις των παριστα-μένων σε αυτή τη διαδικασία

20. Οι σκέψεις όσων διατύπωσαν παρατη-ρήσεις, με κάποιες ιδιαιτερότητες που θα επισημάνω, συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό, με εξαίρεση αυτές των προσφευγουσών των δύο κυρίων δικών, του Βελγίου και της Επι-τροπής.

21. Η V. G. Müller-Fauré υποστηρίζει ότι η προηγούμενη έγκριση αντίκειται στα άρθρα 49 ΕΚ και 50 ΕΚ και ότι δεν μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι οι παροχές είναι οι ίδιες στις Κάτω Χώρες και στη Γερ-μανία και έχουν το ίδιο κόστος και την ίδια ποιότητα. Η Ε. Ε. Μ. van Riet εκθέτει ότι, προκειμένου να διαγνωσθεί, διά της αρθρο-σκοπήσεως, ότι χρειαζόταν βράχυνση ωλέ-νης, θα ήταν υποχρεωμένη να αναμείνει από δέκα έως δεκατέσσερις εβδομάδες. Στη συνέχεια, η εγχείριση θα καθυστερούσε από έξι έως οκτώ μήνες. Προκειμένου να απο-φύγει αυτά τα εμπόδια, κατέφυγε σε κλινική του Βελγίου, όπου ανέμεινε μόνο τέσσερις εβδομάδες για τη διαγνωστική εξέταση και μία εβδομάδα για τη χειρουργική επέμβαση, γεγονός που μείωσε το γενικό κόστος σε λιγότερο από δύο τρίτα του ποσού που θα της είχε στοιχίσει στις Κάτω Χώρες.

22. Η OZ Zorgverzekeringen υποστηρίζει ότι η προηγούμενη έγκριση προκειμένου να απευθυνθεί κάποιος σε μη συμβεβλημένο φορέα παροχής υπηρεσιών, στις Κάτω Χώρες ή στο εξωτερικό, αποτελεί εγγενές στοιχείο του συστήματος παροχών σε είδος. Ακόμη και αν ήθελε υποτεθεί ότι αποτελεί εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών, θα ήταν δικαιολογημένη από την ανάγκη να διασφαλιστεί ιατρική περίθαλψη ποιότητας σε ανεκτό κόστος και από την ισότητα των ασφαλισμένων στο δικαίωμα επί των παρο-χών, χωρίς να χωρεί διάκριση αναλόγως με το αν οι υπηρεσίες παρέχονται από ιατρό ή από νοσηλευτικό ίδρυμα.

23. Κατά την άποψη της Βελγικής Κυβερ-νήσεως, η απαίτηση εγκρίσεως αντίκειται στα προαναφερθέντα άρθρα 49 ΕΚ και 50 ΕΚ. Επιπλέον, η κρίση ότι μία θεραπεία δεν είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθεί στο εξωτερι-κό, διότι υπάρχει η σχετική δυνατότητα εντός της χώρας από συμβεβλημένο επαγγελματία, εμπεριέχει δυσμενή διάκριση. Η ιδιαιτερό-τητα του καθεστώτος ασφαλίσεως ασθενεί-ας, δηλαδή το γεγονός ότι προσφέρει απο-κλειστικά παροχές σε είδος, δεν αποτελεί επιτακτικό λόγο γενικού συμφέροντος, διότι στερείται της σπουδαιότητας που θα μπο-ρούσε να δικαιολογήσει το εμπόδιο.

24. Οι θέσεις των λοιπών οκτώ κρατών μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο ομάδες. Για τα κράτη της πρώτης ομάδας, την οποία αποτελούν η Δανία, η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Νορβηγία και η Ισλανδία, οι δημόσιες παροχές υγείας, δωρεάν για τους ενδιαφερομένους, δεν αποτελούν υπηρεσίες υπό την έννοια του άρθρου 50 ΕΚ, τόσο επειδή στερούνται του στοιχείου της αμοιβής[9], όσο και επειδή τα εμπλεκόμενα μέρη, ο ιατρός και ο ασθενής, δεν μπορούν να αποφασίσουν τα ίδια το περιεχόμενο και το αντίτιμο της παροχής.

Τα κράτη της δεύτερης ομάδας, αποτελούμενης από την Ισπανία, τη Φινλανδία, την Ιταλία και τις Κάτω Χώρες, υποστηρίζουν ότι δεν χωρεί εφαρμογή της νομολογίας του Δικαστηρίου επί της υποθέσεως Kohll[10], η οποία αφορούσε καθεστώς ασφαλίσεως ασθενείας που αποδίδει μέρος των ιατρικών εξόδων, σε συστήματα οργανωμένα για να προσφέρουν αποκλειστικά παροχές σε είδος, ενώ δεν πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ των υπηρεσιών που παρέχονται από ιατρό και αυτών που παρέχονται από νοσοκομείο.

Ακόμη και αν θεωρηθεί ότι πρόκειται για υπηρεσίες ή ότι η νομολογία αυτή εφαρμόζεται και σε συστήματα ασφαλίσεως ασθενείας όπως το ολλανδικό, όλα ανεξαιρέτως τα προαναφερθέντα κράτη υποστηρίζουν ότι η απαίτηση προηγούμενης εγκρίσεως δεν αντίκειται στα άρθρα 49 ΕΚ και 50 ΕΚ, διότι είναι δικαιολογημένη.

25. Η Επιτροπή εξέθεσε, στις πρώτες παρατηρήσεις που υπέβαλε, ότι οι ιατρικές και νοσοκομειακές παροχές αποτελούν υπηρεσίες υπό την έννοια της Συνθήκης, ακόμη και στα κράτη μέλη όπου γίνεται απόλυτος διαχωρισμός μεταξύ του δημοσίου συστήματος υγείας, αφενός[11], και των ιατρών που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα και των ιδιωτικών νοσοκομείων, αφετέρου. Στο σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας των Κάτω Χωρών οι παροχές σε είδος, οι συμβάσεις και η απαίτηση προηγούμενης εγκρίσεως αποτελούν ένα αδιάσπαστο σύνολο. Εν τούτοις, για τη χορήγηση της εγκρίσεως, το κριτήριο της ανάγκης της παροχής για τον ασθενή, τον οποίο ένα συμβεβλημένο κέντρο δεν μπορεί να εξυπηρετήσει εγκαίρως, συνιστά δυσμενή

9 — Άποψη που συμμερίζομαι, όπως εξέθεσα στις προτάσεις μου επί της υποθέσεως C-157/99, Smits και Peerbooms. Βλ. συγκεκριμένα τα σημεία 35 έως 49, στα οποία εξετάζω λεπτομερώς τα χαρακτηριστικά του καθεστώτος υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας στις Κάτω Χώρες και υποστηρίζω ότι οι παροχές ιατρικής περιθάλψεως σε είδος που προσφέρει στους ασφαλισμένους του στερούνται του στοιχείου της αμοιβής και, επομένως, δεν αποτελούν υπηρεσίες κατά την έννοια του άρθρου 50 ΕΚ.

10 — Απόφαση της 28ης Απριλίου 1998, C-158/96, Kohll (Συλλογή 1998, σ. I-1931).

11 — Αναγνωρίζει ότι σε ορισμένα κράτη μέλη υπάρχουν δημόσια συστήματα υγείας στα οποία οι παρέχοντες τις υπηρεσίες δεν ενεργούν στο πλαίσιο της άσκησης ελευθέρου επαγγέλματος, η αμοιβή δεν καταβάλλεται για κάθε ιατρική πράξη χωριστά και τα νοσοκομειακά ιδρύματα δεν ασκούν εμπορική δραστηριότητα. Παραθέτει συναφώς τα παραδείγματα της Δανίας, της Ισπανίας, της Ιρλανδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου.

διάκριση λόγω του τόπου εγκαταστάσεως, δεδομένου ότι ευνοεί τους μη συμβεβλημένους ολλανδικούς φορείς των υπηρεσιών αυτών εις βάρος αυτών που βρίσκονται εγκατεστημένοι στα άλλα κράτη μέλη.

VII — Η νομολογία του Δικαστηρίου για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών σε σχέση με την απαίτηση προηγούμενης εγκρίσεως του ταμείου υγείας για τη λήψη ιατρικής φροντίδας σε άλλο κράτος μέλος

Η Επιτροπή επισημαίνει ότι ούτε η προστασία της ποιότητας της ιατρικής περιθάλψεως ούτε ο έλεγχος του κόστους από τα ταμεία υγείας είναι αρκετά επιτακτικοί λόγοι ώστε να δικαιολογούν το εμπόδιο το οποίο αντιπροσωπεύει η απαίτηση προηγούμενης εγκρίσεως για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών. Διακρίνει, εντός των υπηρεσιών που προσφέρονται από νοσοκομειακό ίδρυμα, αυτές που απαιτούν προηγούμενη εισαγωγή από αυτές που παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία, για να εξομοιώσει αυτές τις τελευταίες με τις υπηρεσίες που προσφέρονται στα ιατρεία ιδιωτών. Πέραν τούτου, όμως, θεωρεί μικρή την πιθανότητα η μετακίνηση των ασθενών σε άλλα κράτη μέλη προς αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών, που όμως δεν περιλαμβάνουν νοσηλεία, να λάβει τέτοια έκταση, ώστε να απειλήσει σοβαρά ένα εθνικό σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας που χορηγεί παροχές σε είδος.

A — *Η επίσκεψη σε ιατρείο ιδιώτη και η απαίτηση προηγούμενης εγκρίσεως στα συστήματα ασφαλίσεως ασθενείας που προβλέπουν απόδοση των ιατρικών εξόδων*

26. Στο έγγραφο που υπέβαλε κατόπιν αιτήσεως του Δικαστηρίου μετά την έκδοση της αποφάσεως Smits και Peerbooms, η Επιτροπή δέχεται ότι υπάρχουν ορισμένες οδοντιατρικές εργασίες, για τις οποίες, λόγω της ιδιαιτερότητας που παρουσιάζουν, θα μπορούσαν να ισχύσουν οι επιτακτικοί λόγοι που εξετάστηκαν στην άνω απόφαση, σχετικά με τις παρεχόμενες από νοσηλευτικά ιδρύματα υπηρεσίες. Για το λόγο αυτό εμμένει στην ανάγκη σχετικοποιήσεως της νομολογίας ως προς το θέμα αυτό.

27. Στις 28 Απριλίου 1998 το Δικαστήριο εξέδωσε την απόφαση Kohll [12]. Τα προδικαστικά ερωτήματα είχε υποβάλει το Cour de cassation του Λουξεμβούργου, προκειμένου να αποφανθεί επί της προσφυγής του R. Kohll κατά της αποφάσεως του ταμείου υγείας του, με την οποία είχε αρνηθεί να του χορηγήσει έγκριση, προκειμένου να υποβληθεί η θυγατέρα του σε ορθοδοντικές εργασίες στη Γερμανία, με την αιτιολογία ότι αυτές δεν είχαν χαρακτήρα επείγοντος και ότι μπορούσαν να πραγματοποιηθούν στο Λουξεμβούργο.

28. Το Δικαστήριο έκρινε, όσον αφορά την εφαρμογή των κανόνων για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών σε παρεχόμενη εκτός νοσοκομειακού ιδρύματος περίθαλψη από ορθοδοντικό εγκατεστημένο σε άλλο κράτος

12 — Προπαρατεθείσα. Την ίδια ημέρα εκδόθηκε επίσης η απόφαση Decker, C-120/95 (Συλλογή 1998, σ. I-1831), επί της οποίας δεν πρόκειται να επεκταθώ, διότι τα πραγματικά περιστατικά αφορούσαν την αγορά γυαλιών οράσεως και, επομένως, εμπίπτουν στο πλαίσιο της ελεύθερης κυκλοφορίας των εμπορευμάτων. Βλ. τις απόψεις των πολυάριθμων σχολιαστών των δύο αυτών αποφάσεων στις προτάσεις που ανέπτυξα στις 18 Μαΐου 2000 στην υπόθεση Smits και Peerbooms.

μέλος, ότι, δεδομένου ότι αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται έναντι αμοιβής, πρέπει να θεωρηθούν υπηρεσίες υπό την έννοια του άρθρου 50 ΕΚ.

29. Όσον αφορά τα περιοριστικά αποτελέσματα της νομοθετικής ρυθμίσεως του Λουξεμβούργου, το Δικαστήριο παρατήρησε ότι, παρότι δεν στερούσε από τους ασφαλισμένους τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε φορέα παροχής υπηρεσιών εγκατεστημένο σε άλλο κράτος μέλος, ωστόσο εξαρτούσε την απόδοση των εξόδων από την προϋπόθεση χορηγήσεως προηγουμένης εγκρίσεως, ενώ η απόδοση των εξόδων στο κράτος ασφαλίσεως δεν τελούσε υπό την προϋπόθεση αυτή. Για το λόγο αυτόν, έκρινε ότι μια τέτοια νομοθετική ρύθμιση αποθάρρυνε τους ασφαλισμένους από το να απευθυνθούν σε εγκατεστημένους σε άλλο κράτος μέλος φορείς παροχής ιατρικών υπηρεσιών και συνιστούσε, τόσο για τους τελευταίους όσο και για τους ασθενείς τους, εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών [13].

30. Προκειμένου να δικαιολογηθεί η νομοθετική ρύθμιση αυτή προβλήθηκαν διάφοροι λόγοι, όπως η διατήρηση της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως και η προστασία της δημοσίας υγείας, στην οποία περιλαμβάνεται η ανάγκη διασφαλίσεως της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών, καθώς και η επιδίωξη παροχής ισόρροπης και προσιτής σε όλους ιατρικής και νοσοκομειακής περιθάλψεως.

31. Όσον αφορά τη διατήρηση της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως, το Δικαστήριο έκρινε ότι, εφόσον ο ασφαλιστικός φορέας υγείας στο Λουξεμβούργο θα βαρυνόταν με τα ίδια έξοδα είτε ο ασφαλισμένος είχε απευθυνθεί σε Λουξεμβούργιο ορθοδοντικό είτε σε ορθοδοντικό εγκατεστημένο σε άλλο κράτος μέλος, η απόδοση, βάσει των τιμών στο κράτος ασφαλίσεως, της δαπάνης οδοντιατρικής περιθάλψεως που παρασχέθηκε σε άλλα κράτη μέλη δεν ασκεί σημαντική επιρροή στη χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως.

32. Όσον αφορά την προστασία της δημοσίας υγείας, με τις σκέψεις 45 και 46 της αποφάσεως Kohll υπενθυμίζεται ότι, ακόμη και αν γίνει δεκτό ότι τα κράτη μέλη έχουν την ευχέρεια να θέτουν περιορισμούς στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών για λόγους δημοσίας υγείας, πάντως η ευχέρεια αυτή δεν τους επιτρέπει να θέτουν τον τομέα της υγείας, ως οικονομικό τομέα, εκτός του πεδίου εφαρμογής της θεμελιώδους αρχής της ελεύθερης κυκλοφορίας [14]. Εν πάση περιπτώσει, δεδομένου ότι οι προϋποθέσεις προσβάσεως και ασκήσεως των επαγγελμάτων του ιατρού και του οδοντιάτρου έχουν αποτελέσει αντικείμενο πολλών οδηγιών συντονισμού και εναρμονίσεως [15], το Δικαστήριο έκρινε ότι, για την επίτευξη της ελεύ-

13 — Νομολογία που καθιερώθηκε με τις αποφάσεις της 31ης Ιανουαρίου 1984, συνεκδικασθείσες υποθέσεις 286/82 και 26/83, Luisi και Carbone (Συλλογή 1984, σ. 377, σκέψη 16), και της 28ης Ιανουαρίου 1992, C-204/90, Bachman (Συλλογή 1992, σ. I-249, σκέψη 31).

14 — Απόφαση της 7ης Μαΐου 1986, 131/85, Gül (Συλλογή 1986, σ. 1573, σκέψη 17).

15 — Το Δικαστήριο παραθέτει τις οδηγίες 78/686/ΕΟΚ του Συμβουλίου, της 25ης Ιουλίου 1978, περί της αμοιβαίας αναγνωρίσεως των διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων τίτλων του οδοντιάτρου και περί των μέτρων προς διευκόλυνση της πραγματικής ασκήσεως του δικαιώματος εγκαταστάσεως και του δικαιώματος ελεύθερης παροχής υπηρεσιών (ΕΕ ειδ. έκδ. 05/003, σ. 12)· 78/687/ΕΟΚ του Συμβουλίου, της 25ης Ιουλίου 1978, περί του συντονισμού των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων που αφορούν τις δραστηριότητες του οδοντιάτρου (ΕΕ ειδ. έκδ. 05/003, σ. 21)· και 93/16/ΕΟΚ του Συμβουλίου, της 5ης Απριλίου 1993, για τη διευκόλυνση της ελεύθερης κυκλοφορίας των ιατρών και της αμοιβαίας αναγνώρισης των διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων τίτλων τους (ΕΕ L 165, σ. 1).

θερης παροχής υπηρεσιών, πρέπει να αναγνωρίζονται στους ιατρούς και οδοντιάτρους που είναι εγκατεστημένοι σε άλλα κράτη μέλη εγγυήσεις ισοδύναμες με τις παρεχόμενες στους εγκατεστημένους στην ημεδαπή ιατρούς και οδοντιάτρους. Για το λόγο αυτό, νομοθετική ρύθμιση όπως αυτή του Λουξεμβούργου δεν μπορούσε να δικαιολογηθεί από λόγους προστασίας της δημοσίας υγείας, με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται σε άλλα κράτη μέλη.

Το Δικαστήριο αναγνώρισε στη συνέχεια ότι ο στόχος της διατηρήσεως ισόρροπης και προσιτής σε όλους ιατρικής και νοσοκομειακής περιθάλψεως, πέραν του ότι είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τον τρόπο χρηματοδοτήσεως του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως, μπορεί επίσης να περιλαμβάνεται στις εξαιρέσεις για λόγους δημόσιας υγείας του άρθρου 46 ΕΚ, δεδομένου ότι συμβάλλει στην επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της δημοσίας υγείας. Συναφώς, το άρθρο αυτό επιτρέπει στα κράτη μέλη να περιορίσουν την ελεύθερη παροχή ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών κατά το μέτρο που η διατήρηση της ικανότητας περιθάλψεως ή της παροχής των κατάλληλων ιατρικών υπηρεσιών στο οικείο κράτος μέλος είναι ουσιαστικής σημασίας για τη δημόσια υγεία, ακόμη και για την ίδια την επιβίωση των κατοίκων του.

Επειδή δεν αποδείχθηκε ότι η λουξεμβουργιανή ρύθμιση ήταν αναγκαία προκειμένου να επιτευχθούν οι δύο αυτοί στόχοι, το Δικαστήριο απεφάνθη ότι δεν μπορούσε να δικαιολογηθεί από λόγους προστασίας της δημοσίας υγείας.

B — *Οι παρεχόμενες σε νοσηλευτικό ίδρυμα υπηρεσίες και η απαίτηση προηγούμενης εγκρίσεως σε συστήματα ασφαλίσεως ασθενείας που προσφέρουν αποκλειστικά παροχές σε είδος*

33. Στις 12 Ιουλίου 2001 το Δικαστήριο εξέδωσε την απόφαση Smits και Peerbooms [16], στην οποία εξέτασε, μετά από αίτημα ολλανδικού δικαιοδοτικού οργάνου, του Arrondissementsrechtbank te Roermond, την ίδια ρύθμιση που αποτελεί το αντικείμενο της παρούσας διαφοράς, ήτοι το άρθρο 9, παράγραφος 4, του νόμου περί ταμείων υγείας, σε σχέση με το άρθρο 1 του κανονισμού περί ιατρικών υπηρεσιών στο εξωτερικό που καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας.

34. Στην πρώτη από τις δύο προς επίλυση διαφορές ενώπιον του Rechtbank, το ταμείο υγείας είχε αρνηθεί στην B. S. M. Smits, πάσχουσα από τη νόσο του Parkinson, την απόδοση των εξόδων στα οποία υποβλήθηκε για μια θεραπευτική αγωγή ανά ομάδα συμπτωμάτων και στα πλαίσια πολλών ειδικοτήτων, την οποία είχε ακολουθήσει χωρίς προηγούμενη έγκριση, σε γερμανική κλινική. Οι λόγοι της αρνήσεως συνίσταντο, αφενός, στο ότι η κλινική μέθοδος θεραπείας ανά ομάδα συμπτωμάτων δεν ήταν συνήθης στους ιατρικούς επαγγελματικούς κύκλους, και για τον λόγο αυτόν δεν την κάλυπτε η ασφάλιση ασθενείας, και, αφετέρου, στο ότι η θεραπευτική αγωγή που ακολουθήθηκε στη Γερμανία δεν ήταν αναγκαία, δεδομένου ότι υπήρχε η δυνατότητα ικανοποιητικής και ενδεδειγμένης αγωγής σε κάποιο από τα συμβεβλημένα νοσηλευτικά ιδρύματα των Κάτω Χωρών.

16 — Προπαρατεθείσα.

Στη δεύτερη υπόθεση, το ταμείο υγείας αρνήθηκε στον H. T. M. Peerbooms, ο οποίος είχε περιέλθει σε κώμα εξαιτίας τροχαίου ατυχήματος, την απόδοση των εξόδων της αγωγής στην οποία είχε υποβληθεί στην Αυστρία και η οποία συνίστατο σε ειδική εντατική νευροδιεγερτική θεραπεία, που στις Κάτω Χώρες χρησιμοποιείται μόνο πειραματικά σε δύο ιατρικά κέντρα για ασθενείς κάτω των 25 ετών, ηλικία που ο ίδιος είχε ήδη υπερβεί. Η άρνηση βασιζόταν, πρώτον, στο γεγονός ότι η νευροδιεγερτική θεραπεία, λόγω του πειραματικού της χαρακτήρα και ελλείψει επιστημονικής αποδείξεως της αποτελεσματικότητάς της, δεν εθεωρείτο συνήθης στους επαγγελματικούς κύκλους και για τον λόγο αυτόν δεν αποτελούσε καλυπτόμενη παροχή. Δεύτερον, στο ότι η θεραπευτική αγωγή που ακολουθήθηκε στην Αυστρία δεν ήταν αναγκαία, δεδομένου ότι υπήρχε η δυνατότητα ικανοποιητικής και ενδεδειγμένης αγωγής σε κάποιο από τα συμβεβλημένα νοσηλευτικά ιδρύματα των Κάτω Χωρών.

35. Το Δικαστήριο δεν δέχτηκε τη θέση της πλειονότητας των κρατών μελών που υποστήριξε ότι τα συστήματα ασφαλίσεως ασθενείας που προσφέρουν αποκλειστικά παροχές σε είδος δεν εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής των άρθρων 49 ΕΚ και 50 ΕΚ. Έκρινε ότι η ιατρική περίθαλψη, ακόμη και όταν παρέχεται σε νοσοκομείο και χρηματοδοτείται απευθείας από τα ασφαλιστικά ταμεία, βάσει συμβάσεων και προκαθορισμένων τιμών, δεν μπορεί να εξαιρεθεί από την κατηγορία των υπηρεσιών.

36. Στη συνέχεια, έκρινε ότι η ολλανδική ρύθμιση αποθαρρύνει τους ασφαλισμένους ενός συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως να απευθύνονται σε φορείς παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε άλλα κράτη μέλη, πλην αυτού στο οποίο ασφαλίστηκαν, και συνιστά, τόσο για τους τελευταίους όσο και για τους ίδιους τους ασφαλισμένους, εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών.

37. Στις σκέψεις 76 επ. της αποφάσεως, το Δικαστήριο εξέτασε την επιβαλλόμενη από την ολλανδική νομοθεσία προϋπόθεση προηγούμενης εγκρίσεως, προκειμένου να αποδοθούν τα έξοδα περιθάλψεως που παρασχέθηκε εντός άλλου κράτους μέλους από μη συμβεβλημένο νοσηλευτικό ίδρυμα, κρίνοντας ότι επρόκειτο για μέτρο αναγκαίο και δικαιολογημένο από διάφορους λόγους. Πρώτον, διότι ο αριθμός των νοσοκομειακών υποδομών, η γεωγραφική κατανομή τους, η οργάνωση και ο εξοπλισμός τους, ακόμη και η φύση των ιατρικών υπηρεσιών που είναι σε θέση να παρέχουν, πρέπει να μπορούν να αποτελούν αντικείμενο προγραμματισμού. Δεύτερον, διότι ο προγραμματισμός αυτός σε ένα σύστημα με συμβεβλημένους φορείς, όπως το ολλανδικό, επιδιώκει τη διασφάλιση εντός του οικείου κράτους επαρκούς και διαρκούς προσβάσεως σε ένα ισόρροπο φάσμα παροχών ποιοτικής νοσοκομειακής περιθάλψεως, και, ταυτοχρόνως, τη συγκράτηση των εξόδων και την αποφυγή κάθε σπατάλης οικονομικών, τεχνικών και ανθρωπίνων πόρων. Τέτοιου είδους σπατάλη θα απέβαινε ιδιαιτέρως επιζήμια, δεδομένου ότι ο τομέας της νοσοκομειακής περιθάλψεως δημιουργεί σημαντικά έξοδα και καλείται να ανταποκριθεί σε αυξανόμενες ανάγκες, ενώ οι διατιθέμενοι για την υγειονομική περίθαλψη οικονομικοί πόροι

δεν είναι απεριόριστοι, ανεξάρτητα από τον τρόπο χρηματοδοτήσεως [17].

VIII — Εξέταση των προδικαστικών ερωτημάτων

38. Όπως εκτέθηκε ανωτέρω, με την απόφαση Kohll, το Δικαστήριο έκρινε ότι, στην περίπτωση θεραπευτικής αγωγής σε ιατρείο ιδιώτη, καλυπτόμενης από σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας με απόδοση σε χρήμα, το εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών, που συνίσταται στην προϋπόθεση προηγούμενης εγκρίσεως του ταμείου υγείας, δεν ήταν δικαιολογημένο. Αντίθετα, με την απόφαση Smits και Peerbooms, στην οποία εξετάστηκε η περίθαλψη που παρασχέθηκε εντός νοσηλευτικού κέντρου, με έξοδα του συστήματος ασφαλίσεως ασθενείας το οποίο προσφέρει αποκλειστικά παροχές σε είδος, έκρινε, χωρίς να διακρίνει ανάλογα με το αν η παροχή του ασφαλιστικού συστήματος συνίσταται σε απόδοση σε χρήμα ή σε είδος, ότι το εμπόδιο σε μία από τις θεμελιώδεις ελευθερίες της Συνθήκης μπορεί να δικαιολογηθεί από επιτακτικούς λόγους γενικού συμφέροντος.

Μένει ακόμη να διευκρινιστεί σε αυτό το σημείο, εάν μπορεί να δικαιολογηθεί η προϋπόθεση της προηγούμενης εγκρίσεως, όταν ο ασφαλισμένος σε σύστημα παροχών σε είδος χρήζει θεραπευτικής αγωγής χωρίς να υφίσταται ανάγκη νοσηλείας [18].

39. Τα ανωτέρω αναγνωρίζει και το ίδιο το Centrale Raad van Beroep στην επιστολή που έστειλε στο Δικαστήριο και με την οποία, αφενός, επισήμανε ότι η απόφαση Smits και Peerbooms, λόγω του ότι επικεντρώνεται στις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται κατόπιν εισαγωγής σε νοσοκομείο, δεν του επέτρεπε να απαντήσει στα προδικαστικά ερωτήματα που ανέκυψαν στην υπόθεση της V. G. Müller-Fauré, στην οποία οι ιατρικές υπηρεσίες είχαν παρασχεθεί στο ιατρείο του ειδικού. Αφετέρου, παρότι η van Riet είχε εκδηλώσει την επιθυμία να μην αποσυρθούν τα προδικαστικά ερωτήματα, το ολλανδικό δικαιοδοτικό όργανο αναγνωρίζει μεν ότι, υπό το φως της προαναφερθείσας αποφάσεως, καθίστανται αυτά άνευ αντικειμένου, εμμένει πάντως στο αίτημά του να διευκρινίσει το Δικαστήριο την έννοια του όρου «εγκαίρως» που απαντάται στη σκέψη 103.

A — *Επί των δύο πρώτων ερωτημάτων*

40. Τα ερωτήματα αυτά είναι σχεδόν ταυτόσημα με αυτά που έθεσε το Arrondissementsrechtbank de Roermond στην υπόθεση Smits και Peerbooms, και

17 — Bonomo, A.: «Programmazione della spesa sanitaria e libertà di cura: un delicato dilemma», *Il Foro Amministrativo*, 2001, σ. 1870 έως 1880, ιδιαιτέρως σ. 1880: «Equilibrio finanziario e prorogrammazione 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 — Steyger, E.: «National Health Care Systems Under Fire (but not too heavily)», *Legal Issues of Economic Integration* 2002, 29(1), σσ. 97 έως 107, ιδιαιτέρως σ. 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.»

συγκεκριμένα με τα ερωτήματα 1.α. και 2. Είναι, πάντως, σκόπιμο να αναδιατυπωθούν, κατόπιν και της νομολογίας που έχει διαμορφωθεί επί της προϋποθέσεως της προηγούμενης εγκρίσεως, όταν η περίθαλψη παρέχεται εντός νοσηλευτικού ιδρύματος.

Πρέπει να συναχθεί, λοιπόν, ότι το εθνικό δικαιοδοτικό όργανο ζητεί τώρα να μάθει εάν τα άρθρα 49 ΕΚ και 50 ΕΚ απαγορεύουν τις κανονιστικές ρυθμίσεις κρατών μελών που καθιερώνουν συστήματα κοινωνικής ασφαλίσεως ασθενείας παροχών σε είδος, και απαιτούν από τους ασφαλισμένους να λαμβάνουν προηγούμενη έγκριση από το ταμείο τους, στην περίπτωση που θέλουν να απευθυνθούν σε ιατρό μη συμβεβλημένο με αυτό, λαμβανομένου υπόψη ότι η έγκριση χορηγείται μόνον εάν η θεραπευτική αγωγή είναι αναγκαία για τον ενδιαφερόμενο, το οποίο προϋποθέτει ότι δεν υπάρχει εντός της χώρας δυνατότητα κατάλληλης και έγκαιρης θεραπευτικής αγωγής από συμβεβλημένο ιατρό.

41. Το Δικαστήριο κατέδειξε, με την απόφαση Smits και Peerbooms, ότι η απαίτηση να λαμβάνουν οι ασφαλισμένοι προηγούμενη έγκριση από το ταμείο υγείας τους, προκειμένου να ασκήσουν το δικαίωμά τους στις παροχές περιθάλψεως σε νοσηλευτικά ιδρύματα άλλων κρατών μελών, αποτελεί εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών. Θεωρώ ότι, στην περίπτωση της επισκέψεως σε ιδιώτη ιατρό, ο περιορισμός που συνεπάγεται για τους ασφαλισμένους είναι εξίσου σημαντικός.

42. Πράγματι, το άρθρο 49 ΕΚ απαγορεύει την εφαρμογή οποιασδήποτε εθνικής κανονιστικής ρυθμίσεως που έχει ως αποτέλεσμα να καθίσταται η παροχή υπηρεσιών μεταξύ κρατών μελών δυσκολότερη απ' ό,τι η παροχή υπηρεσιών που πραγματοποιείται αποκλειστικώς στο εσωτερικό ενός κράτους μέλους[19]. Παρότι η επίδικη ολλανδική νομοθεσία δεν στερεί στους ασφαλισμένους τη δυνατότητα να προσφύγουν σε φορέα παροχής υπηρεσιών εγκατεστημένο σε άλλο κράτος μέλος, στην πράξη εξαρτά την εκ μέρους του ταμείου ανάληψη των εξόδων της παροχής από τη λήψη προηγούμενης εγκρίσεως, η οποία μάλιστα δεν χορηγείται εάν δεν πληρούται η προαναφερθείσα προϋπόθεση.

Όπως αποδείχθηκε για την περίπτωση περιθάλψεως σε νοσηλευτικά ιδρύματα, στις σκέψεις 67 και επόμενες της αποφάσεως Smits και Peerbooms, λόγω του μικρού αριθμού των συμβεβλημένων με τα ολλανδικά ταμεία υγείας ιατρών σε άλλα κράτη μέλη, στις περισσότερες περιπτώσεις η ανάληψη των εξόδων θεραπευτικής αγωγής από ιατρούς εγκατεστημένους σε άλλο κράτος μέλος θα απαιτούσε προηγούμενη έγκριση, η οποία δεν χορηγείται εάν δεν πληρούται η προαναφερθείσα προϋπόθεση. Αντιθέτως, η επίσκεψη σε κάποιον από τους συμβεβλημένους ιατρούς της χώρας, οι οποίοι αναλαμβάνουν μεγάλο μέρος της παροχής ιατρικής περιθάλψεως στους ασφαλισμένους δυνάμει του ολλανδικού νόμου περί των

19 — Αποφάσεις της 5ης Οκτωβρίου 1994, C-381/93, Επιτροπή κατά Γαλλίας (Συλλογή 1994, σ. I-5145, σκέψη 17), προπαρατεθείσα Kohll, σκέψη 33, και προπαρατεθείσα Smits και Peerbooms, σκέψη 61.

ταμείων υγείας, εκτός του ότι είναι δωρεάν για τον ασθενή, δεν προϋποθέτει προηγούμενη έγκριση.

43. Πρέπει να θεωρηθεί, επομένως, όπως έκρινε το Δικαστήριο στην απόφαση Smits και Peerbooms, ότι η επίδικη ολλανδική ρύθμιση, όχι μόνον αποθαρρύνει, αλλά και εμποδίζει τους ασφαλισμένους να απευθύνονται στα εγκατεστημένα σε άλλα κράτη μέλη πρόσωπα που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες, και, ως εκ τούτου, συνιστά, τόσο για τους τελευταίους όσο και για τους ίδιους τους ασφαλισμένους, εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών [20].

44. Το Δικαστήριο έχει δεχθεί, σε ό,τι αφορά τις διασυνοριακές ιατρικές υπηρεσίες, την ύπαρξη συγκεκριμένων επιτακτικών λόγων γενικού συμφέροντος, η συνδρομή των οποίων μπορεί να δικαιολογήσει τους περιορισμούς στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών, τόσο στην εξωνοσοκομειακή, για λογαριασμό ενός συστήματος κοινωνικής περιθάλψεως που αποδίδει μέρος του κόστους των παροχών [21], όσο και στην προσφερόμενη εντός νοσηλευτικών ιδρυμάτων δυνάμει ενός συστήματος παροχών σε είδος [22].

Κατά την ανάλυση της νομολογίας πρέπει να διακρίνουμε τρεις λόγους: ο πρώτος συνίσταται στην αποφυγή της προκλήσεως σοβαρής βλάβης στην οικονομική ισορροπία του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως, ο δεύτερος βασίζεται στον σκοπό διατηρήσεως ενός συστήματος ιατρικής περιθάλψεως ισόρροπου και προσιτού σε όλους, ο οποίος περιλαμβάνεται στις εξαιρέσεις για λόγους δημοσίας υγείας του άρθρου 46 ΕΚ, στο μέτρο που συμβάλλει στην επίτευξη ενός υψηλού βαθμού προστασίας της υγείας· και ο τελευταίος συνίσταται στη διατήρηση της ικανότητας περιθάλψεως ή της παροχής των κατάλληλων ιατρικών υπηρεσιών εντός του οικείου κράτους μέλους, η οποία είναι ουσιαστικής σημασίας για τη δημόσια υγεία, ακόμη και για την ίδια την επιβίωση των κατοίκων του.

45. Επομένως, επιβάλλεται να εξεταστεί εάν το εμπόδιο, που συνιστά για την ελεύθερη παροχή ιατρικών υπηρεσιών η προϋπόθεση της προηγούμενης εγκρίσεως προκειμένου να απευθυνθεί ο ασφαλισμένος σε μη συμβεβλημένο ιατρό, την οποία απαιτούν τα ολλανδικά ταμεία υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας, εμπίπτει σε κάποιον από τους τρεις αυτούς λόγους, λαμβανομένης υπόψη της νομολογίας που έχει δεχθεί ότι η εθνική ρύθμιση δεν πρέπει να υπερβαίνει το αντικειμενικώς αναγκαίο για την επίτευξη του επιδιωκόμενου σκοπού και απαιτεί να μην μπορεί να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα με λιγότερο περιοριστικά μέσα [23]. Εξάλλου, οι κανονιστικές ρυθμίσεις που εισάγουν δυσμενή διάκριση μπορούν να δικαιολογηθούν μόνον από τους λόγους γενικού συμφέροντος που αναφέρονται στην παράγραφο 1 του άρθρου 46 ΕΚ, στο οποίο παραπέμπει το άρθρο 55 ΕΚ, στους οποίους

20 — Προπαρατεθείσες αποφάσεις Kohll και Smits και Peerbooms, σκέψεις 35 και 69 αντιστοίχως.

21 — Βλ. τις σκέψεις 37 και επόμενες της προπαρατεθείσας αποφάσεως Kohll.

22 — Βλ. τις σκέψεις 72 έως 75 της προπαρατεθείσας αποφάσεως Smits και Peerbooms.

23 — Αποφάσεις της 4ης Δεκεμβρίου 1986, 205/84, Επιτροπή κατά Γερμανίας (Συλλογή 1986, σ. 3755, σκέψεις 27 και 29)· της 26ης Φεβρουαρίου 1991, C-180/89, Επιτροπή κατά Ιταλίας (Συλλογή 1991, σ. I-709, σκέψεις 17 και 18)· της 20ής Μαΐου 1992, C-106/91, Ramrath (Συλλογή 1992, σ. I-3351, σκέψεις 30 και 31), και προπαρατεθείσα Smits και Peerbooms, σκέψη 75.

όμως δεν περιλαμβάνονται στόχοι οικονομικής φύσεως [24].

Το εθνικό δικαιοδοτικό όργανο που υπέβαλε τα ερωτήματα στο Δικαστήριο αναγνωρίζει ότι το σύστημα παροχών σε είδος, όπως έχει οργανωθεί από τα ολλανδικά ταμεία υγείας μέσω συμβάσεων, ενδείκνυται τόσο για την διασφάλιση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών στους ασφαλισμένους, όσο και για τον έλεγχο των εξόδων.

46. Όπως εξέθεσα στις προτάσεις μου επί της υποθέσεως Smits και Peerbooms, το σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας στις Κάτω Χώρες χαρακτηρίζεται, αφενός, από τη δωρεάν ιατρική περίθαλψη στους ασφαλισμένους, οι οποίοι όμως υποχρεούνται, προκειμένου να τους παρασχεθούν οι αναγκαίες ιατρικές υπηρεσίες, να απευθύνονται σε συμβεβλημένο με το ταμείο τους ιδιώτη ιατρό ή νοσηλευτικό ίδρυμα. Εάν, δε, αποφασίσουν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών μη συμβεβλημένων φορέων, πρέπει να αναλάβουν οι ίδιοι τα έξοδα, χωρίς να έχουν δικαίωμα αποδόσεώς τους. Αφετέρου, επειδή τα ταμεία υγείας, τα οποία υποχρεούνται εκ του νόμου να παρέχουν στους ασφαλισμένους τις κατάλληλες υπηρεσίες, καταφεύγουν στη σύναψη συμβάσεων με νοσηλευτικά ιδρύματα και ελεύθερους επαγγελματίες, με τους οποίους συμφωνούν εκ των προτέρων το περιεχόμενο, την ποιότητα των υπηρεσιών και την οικονομική συνεισφορά, η οποία συνίσταται, για τους ιατρούς, σε ένα κατ' αποκοπήν ποσό κάθε φορά, και, για τα νοσοκομεία, στην πληρωμή μιας τιμής υπηρεσιών, που αποσκοπεί μάλλον στη χρηματοδότηση του ιδρύματος, παρά στην κάλυψη του πραγματικού κόστους κάθε νοσηλείας.

47. Όπως επισημάνθηκε στη σκέψη 76 της αποφάσεως Smits και Peerbooms, οι εντός νοσοκομείου παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, σε αντίθεση προς τις υπηρεσίες που παρέχουν οι ιατροί στο ιατρείο τους ή κατ' οίκον, εντάσσονται σε πλαίσιο που χαρακτηρίζεται από αδιαμφισβήτητες ιδιομορφίες, δεδομένου ότι πρέπει να προηγηθεί προγραμματισμός του αριθμού των νοσοκομειακών υποδομών, της γεωγραφικής κατανομής τους, της οργανώσεως και του εξοπλισμού τους, καθώς και της φύσεως των ιατρικών υπηρεσιών που είναι σε θέση να παρέχουν.

Πιστεύω, πάντως, ότι εφόσον πρόκειται για ένα σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας οργανωμένο στη δομή του ώστε να προσφέρει αποκλειστικά παροχές σε είδος, είτε με δικά του κέντρα και εξαρτώμενο από αυτά προσωπικό είτε, όπως στις Κάτω Χώρες, με συμβεβλημένους ελεύθερους επαγγελματίες και νοσηλευτικά ιδρύματα, η διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που παρέχονται από τους ιατρούς στα ιατρεία και των παρεχόμενων στα πλαίσια νοσοκομειακής περιθάλψεως δεν είναι πλέον τόσο σαφής.

24 — Αποφάσεις της 25ης Ιουλίου 1991, C-288/89, Collectieve Antennevoorziening Gouda και λοιποί (Συλλογή 1991, σ. I-4007, σκέψη 11) και C-353/89, Επιτροπή κατά Κάτω Χωρών (Συλλογή 1991, σ. I-4069, σκέψη 15)· απόφαση της 14ης Νοεμβρίου 1995, C-484/93, Svensson και Gustavsson (Συλλογή 1995, σ. I-3955, σκέψη 15)· και απόφαση της 5ης Ιουνίου 1997, C-398/95, SETTG (Συλλογή 1997, σ. I-3091, σκέψη 23).

48. Στις Κάτω Χώρες λειτουργούν περίπου τριάντα ταμεία υγείας με καθορισμένη τοπική αρμοδιότητα. Τα άτομα που θεμελιώνουν δικαίωμα υποχρεωτικής ασφαλίσεως πρέπει να εγγραφούν στο ταμείο του δήμου στον οποίο κατοικούν. Ο αριθμός των συμβάσεων που υπογράφονται συνήθως με τους γενικούς ιατρούς και τους ιατρούς των διαφόρων ειδικοτήτων ποικίλλει ανάλογα με τις προβλεπόμενες ανάγκες περιθάλψεως της συγκεκριμένης περιοχής και με τον αριθμό των ασφαλισμένων κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

49. Οι τιμές που τα ταμεία υγείας συμφωνούν κάθε χρόνο με τους ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς, και οι οποίες διαφέρουν ανάλογα με την ειδικότητα, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον αριθμό των ασφαλισμένων τους. Οι τιμές υπολογίζονται σύμφωνα με τον ακόλουθο αριθμητικό τύπο: ένα ποσό, που αντιπροσωπεύει το μέσο εισόδημα [25], προστίθεται σε ένα άλλο ποσό, που αντιπροσωπεύει το μέσο κόστος εκμεταλλεύσεως ενός ιατρείου [26]. το αποτέλεσμα διαιρείται κατόπιν με συντελεστή που αντιπροσωπεύει τον φόρτο εργασίας (εκτιμάται, επί παραδείγματι, ότι ένας γενικός ιατρός δέχεται 2 350 ασθενείς κατ' έτος). Σύμφωνα με τον υπολογισμό αυτό, κατά το έτος 2000, ένας γενικός ιατρός έλαβε από το ταμείο υγείας με το οποίο είχε συμβληθεί το ποσό 133 NLG για καθέναν από τους ασφαλισμένους που επέλεξαν να απευθυνθούν σε αυτόν. Το ποσό αυτό, που ονομάζεται πάγιο συνδρομής [27], καταβάλλεται στον ιατρό ανεξαρτήτως του αριθμού των ασθενών που δέχτηκε, δεδομένου ότι ορισμένοι ασθενείς χρειάζονται την παροχή περιθάλψεως συχνότερα από άλλους, ενώ κάποιοι δεν συμβουλεύονται καθόλου τον ιατρό τους καθ' όλη τη διάρκεια του έτους [28]. Κατά τα φαινόμενα, οι συμβεβλημένοι οδοντίατροι λαμβάνουν επίσης από το ταμείο υγείας ένα ποσό κατ' αποκοπήν ανά ασφαλισμένο [29].

Το σύστημα αυτό επιτρέπει την εκ των προτέρων διασφάλιση της χρηματοδοτήσεως όλων των ειδών ιατρικής περιθάλψεως που χρειάζονται οι ασφαλισμένοι κατά τη διάρκεια του έτους σε εξωτερικά ιατρεία γενικής ιατρικής, ειδικοτήτων και σε οδοντιατρεία, κατά τρόπον ώστε τα ταμεία δεν χρειάζεται, καταρχήν, να αντιμετωπίζουν συμπληρωματικές δαπάνες. Υπ' αυτές τις συνθήκες, η στροφή των ασφαλισμένων προς μη συμβεβλημένους φορείς μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη χρηματοδότηση του συστήματος, δημιουργώντας σε ένα ταμείο σημαντικό πρόσθετο οικονομικό βάρος σε όλες τις περιπτώσεις, με συνέπεια τη διακύβευση της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος.

25 — Περιλαμβάνει μισθό, επίδομα αδείας, ασφαλιστικές εισφορές, φιλοδωρήματα, επιδόματα παραγωγικότητας και συνταξιοδοτικές εισφορές. Ο μισθός καθορίζεται βάσει των μισθολογικών κλιμάκων που εφαρμόζονται στους δημοσίους υπαλλήλους και αναπροσαρμόζεται ετησίως.

26 — Υπάρχουν γενικές κατευθυντήριες γραμμές για τον υπολογισμό του κόστους λειτουργίας των αναγκαίων για κάθε επάγγελμα εγκαταστάσεων. Λαμβάνονται υπόψη οι δαπάνες στεγάσεως, αυτοκινήτου, βοηθών, τηλεφώνου, ζώνης καλύψεως, εργαλείων και άλλες. Αναπροσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες που ανακύπτουν, όπως, επί παραδείγματι, η εγκατάσταση υπολογιστή στα ιατρεία.

27 — Η τιμή αυτή ανέρχεται στα 157 NLG για κάθε ασφαλισμένο άνω των 64 ετών.

28 — Το σύστημα πληρωμής των συμβεβλημένων ελευθέρων επαγγελματιών που προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφαλίσεως ασθενείας διακρίνεται σαφώς από το σύστημα που ισχύει για την ιδιωτική πελατεία, στην οποία δεν υπάρχει πάγιο συνδρομής, αλλά πληρώνεται κάθε επίσκεψη.

29 — Βλ. το κεφάλαιο 5 της δημοσιεύσεως του Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport-NL, του Μαΐου 2001, με τον τίτλο «Health Care, Health Policies and Health Care reforms in the Netherlands»: «General practioners and dentists receive capitation payments for their sickness fund insured, but usually fee for services from their private insured clients».

50. Είναι αλήθεια πως, εάν οι ασθενείς που ενεργούν όπως η V. G. Müller-Fauré είναι λίγοι κάθε χρόνο, είναι δύσκολο να αποδειχθεί ότι η απόδοση των εξόδων τους επηρεάζει σημαντικά τη διαχείριση του προϋπολογισμού των ταμείων υγείας.

Μάλιστα, η Επιτροπή ισχυρίζεται ότι δεν μπορεί να γίνει λόγος για κίνδυνο σοβαρής βλάβης της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως, διότι, λόγω του εμποδίου της γλώσσας ή της δυσκολίας μετακινήσεως, την κρίσιμη στιγμή θα ήταν περιορισμένος ο αριθμός των ασθενών που θα μετέβαιναν σε άλλα κράτη μέλη για να συμβουλευθούν έναν ιατρό [30].

51. Δεν μπορώ να συμφωνήσω με τη θέση αυτή. Η Επιτροπή γνωρίζει καλά ότι υπάρχει ένας σχετικώς μεγάλος αριθμός ιατρών που επωφελούνται του δικαιώματος της ελευθερίας εγκαταστάσεως για να ασκούν το επάγγελμά τους σε άλλα κράτη μέλη εκτός του δικού τους. Εάν ο ασθενής συμβουλευθεί κάποιον από τους ιατρούς αυτούς που μιλά τη δική του γλώσσα, το γλωσσικό φράγμα παύει να υπάρχει. Ομοίως, τα γλωσσικά σύνορα στην Ευρώπη κάθε άλλο παρά συμπίπτουν με τα γεωγραφικά όρια των κρατών, σε εκτεταμένες δε παραμεθόριες ζώνες οι κάτοικοι εκφράζονται συχνά στη γλώσσα της γειτονικής χώρας. Σκεφθείτε, επί παραδείγματι, το Βέλγιο και τις Κάτω Χώρες, το Λουξεμβούργο και τη Γερμανία, την Ιταλία και την Αυστρία, τη Σουηδία και τη Φινλανδία, την Ισπανία και την Πορτογαλία, ή χώρες με γλωσσική ταύτιση, όπως η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, η Αυστρία και η Γερμανία.

Ούτε η απόσταση αποτελεί αποθαρρυντικό παράγοντα, ειδικά εάν ληφθεί υπόψη η πρόοδος των συγκοινωνιών στην Ευρώπη, η τάση απόκτησης δεύτερης κατοικίας σε άλλο κράτος μέλος και η ευκολία και συχνότητα με την οποία μεγάλο μέρος του πληθυσμού ταξιδεύει σε άλλες χώρες για τις διακοπές του.

52. Υπάρχει και ένας ακόμη λόγος για τον οποίο φρονώ ότι ένας σχετικώς μεγάλος αριθμός ασθενών θα επέλεγαν να μεταβούν σε άλλο κράτος μέλος προκειμένου να συμβουλευθούν έναν ειδικό, εάν είχαν τη βεβαιότητα ότι τα σχετικά έξοδα θα τους αποδοθούν. Θα ήταν εκείνοι που, έχοντας στη διάθεσή τους τα μέσα που θα τους το επέτρεπαν, θα αρνούνταν να αναμείνουν ένα μεγάλο κατά το μάλλον ή ήττον χρονικό διάστημα προκειμένου να εξυπηρετηθούν. Σκεφθείτε ότι, ήδη τον 17ο αιώνα, ο Μολιέρος είχε επίγνωση της τάσης αυτής του ανθρώπου, δεδομένου ότι ο Argan, ο βασικός ήρωας της κωμωδίας του *Ο κατά φαντασίαν ασθενής*, προσπαθούσε να παντρέψει τη θυγατέρα του Angélique, αγνοώντας τα αισθήματά της, με ένα γιατρό, για να εξα-

30 — Η Κυβέρνηση των Κάτω Χωρών ανέφερε, κατά την επ' ακροατηρίου συζήτηση, ότι παρ' όλα τα αναφερθέντα από την Επιτροπή εμπόδια και παρά τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της προηγουμένης εγκρίσεως προκειμένου να απευθυνθούν σε μη συμβεβλημένους φορείς, περίπου 14 000 ασφαλισμένοι ακολούθησαν θεραπευτική αγωγή στο εξωτερικό κατά το 2001.

σφαλίσει τη θεραπεία των τυχόν ασθενειών του στο μέλλον[31].

53. Όσον αφορά τη διατήρηση της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος, δεν πρέπει να παραγνωρίζεται ότι η λειτουργία του συστήματος παροχών σε είδος χαρακτηρίζεται επίσης από τον σημαντικό ρόλο του γενικού ιατρού, επιφορτισμένου με την παροχή στους ασθενείς της πρωτοβάθμιας περιθάλψεως, ο οποίος τους κατευθύνει, όταν το θεωρήσει αναγκαίο, προς τον αρμόδιο ιατρό ειδικότητας, τον οποίο ο ασθενής μπορεί να συμβουλευθεί ελεύθερα. Εάν οι ασφαλισμένοι μπορούσαν να παρακάμψουν το πρώτο αυτό στάδιο και να απευθυνθούν με δική τους πρωτοβουλία σε ιατρό ειδικότητας σε άλλο κράτος μέλος, με υποχρέωση του ταμείου να τους αποδώσει τις δαπάνες, θα χανόταν σημαντικό μέρος της αποτελεσματικότητας που προσφέρει στο σύστημα αυτός ο τρόπος ελέγχου της καταχρήσεως ιατρικών υπηρεσιών και, ειδικότερα, της αποτροπής του φαινομένου να γεμίζουν τα ιατρεία των ιατρών ειδικότητας από ασθενείς που τους επισκέπτονται με δική τους πρωτοβουλία, χωρίς να γνωρίζουν καν την κατάλληλη ειδικότητα για την πάθησή τους. Κατ' αυτόν τον τρόπο, αυτός ο ρόλος του γενικού ιατρού, ιδεώδης για τη συγκράτηση του κόστους και για την επίβλεψη της σωστής προσαρμογής των μέσων στις ανάγκες, ασκεί, εντός του κύκλου των παρεχομένων υπηρεσιών, παρόμοια λειτουργία με αυτή της εγκρίσεως του ταμείου πριν από την επίσκεψη σε μη συμβεβλημένο ιατρό.

54. Εξάλλου, όσον αφορά τη βούληση να διατηρηθεί η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ευρύτητα των ιατρικών υπηρεσιών, η ισορροπία τους και η προσβασιμότητά τους σε όλους, είναι προφανές ότι το ενδιαφέρον των ελευθέρων επαγγελματιών ιατρών να συνάψουν συμβάσεις με τα ταμεία υγείας έχει άμεση σχέση με τον αριθμό των ασθενών που μπορούν να τους αποφέρουν, για τους οποίους πληρώνονται κάθε χρόνο. Εάν οι ασφαλισμένοι, αντί να προσέρχονται στα ιατρεία των συμβεβλημένων ιατρών, απευθύνονταν στους μη συμβεβλημένους, στην ημεδαπή ή στο εξωτερικό, τα ταμεία δεν θα μπορούσαν να διασφαλίσουν συγκεκριμένο αριθμό ασθενών ανά ιατρό. Θα υπήρχε έτσι ο κίνδυνος να παύσει το ενδιαφέρον πολλών από αυτούς τους ελεύθερους επαγγελματίες να δεσμεύονται για συγκεκριμένη διαθεσιμότητα και για εγγύηση της ποιότητας και της τιμής των υπηρεσιών, υπογράφοντας συμβάσεις με τα ταμεία που διαχειρίζονται την υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας, καθόσον θα προτιμούσαν να εξυπηρετούν την ιδιωτική πελατεία τους, οπωσδήποτε μικρότερη σε αριθμό, αλλά από την οποία θα ελάμβαναν υψηλότερες αμοιβές. Κατ' αυτόν τον τρόπο, παρά τις προσπάθειες προγραμματισμού, εκ μέρους των ταμείων, της προσφοράς ιατρικής περιθάλψεως, ως προς τους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους, δεν θα μπορούσε πλέον να διασφαλιστεί η σταθερή και γενική πρόσβαση των ασφαλισμένων στα ιατρεία, συμπεριλαμβανομένου ενός ευρέος φάσματος ιατρών ειδικότητας, σε ανεκτό κόστος, και, επομένως, η συνέχιση του συστήματος παροχών σε είδος με τη σημερινή του μορφή θα αντιμετώπιζε σοβαρό κίνδυνο. Δεν πρέπει επίσης να παραγνωρίζεται ότι, όπως επανειλημμένως έχει αναγνωρίσει το Δικαστήριο, το κοινοτικό δίκαιο δεν περιορίζει την εξουσία των

31 — Βλ. Μολιέρου, *Le Malade Imaginaire*, ιδιαιτέρως πράξη I, σκηνή 5, εκδ. Larousse, petits classiques, Paris, 1998, σ. 61. Είναι άξια περιέργειας η διαπίστωση ότι, στη σκηνή 10 της πράξης III, η υπηρέτρια Toinette παρουσιάζεται στον κύριό της ως ιατρός και προαναγγέλλει ήδη το θέμα της διασυνοριακής παροχής ιατρικών υπηρεσιών, διακηρύσσοντας ότι είναι πλανόδιος ιατρός, που πηγαίνει από πόλη σε πόλη, από επαρχία σε επαρχία, από βασίλειο σε βασίλειο, σ. 167.

κρατών μελών να οργανώνουν τα συστήματά τους κοινωνικής ασφαλίσεως [32], και, επομένως, ελλείψει κοινοτικής εναρμονίσεως, εναπόκειται στην εσωτερική νομοθεσία να καθορίσει τις προϋποθέσεις χορηγήσεως των παροχών [33].

55. Είναι αλήθεια ότι τα συστήματα κοινωνικής ασφαλίσεως παροχών σε είδος πιέζονται από το πρόβλημα των λιστών αναμονής, που οφείλεται στην όλο και περισσότερο αισθητή δυσαναλογία μεταξύ της ζητήσεως και της προσφοράς της ιατρικής περιθάλψεως, όσον αφορά τόσο την εισαγωγή στα νοσοκομεία όσο και την επίσκεψη στα ιατρεία [34]. Ενώπιον της καταστάσεως αυτής, η προηγούμενη έγκριση των ταμείων προκειμένου να απευθυνθεί ο ασφαλισμένος σε μη συμβεβλημένους φορείς, είτε βρίσκονται στην ημεδαπή είτε στο εξωτερικό, είναι ένας μηχανισμός που τους επιτρέπει να καθορίζουν προτεραιότητες για τις διάφορες θεραπείες, να διαχειρίζονται τους διαθέσιμους πόρους και να διασφαλίζουν, στην πράξη, την ιατρική περίθαλψη σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες. Εάν οι περιλαμβανόμενοι σε λίστα αναμονής ασθενείς μπορούσαν να απευθυνθούν ελεύθερα στην αγορά των μη συμφωνηθεισών υπηρεσιών, με δικαίωμα στην απόδοση των δαπανών, θα παραβιαζόταν στην ουσία της η θεμελιώδης αρχή της ισότητας μεταξύ των ασφαλισμένων στην πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη, εις βάρος εκείνων που, ελλείψει πόρων ή λόγω εμπιστοσύνης στο σύστημα, θα περίμεναν τη σειρά τους, και έτσι το σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας με παροχές σε είδος θα έχανε την ουσία του και θα μεταβαλλόταν, εν τοις πράγμασι, σε σύστημα αποδόσεως των δαπανών.

Σε αυτό το πλαίσιο, το γεγονός ότι η επέμβαση που ο ασφαλισμένος, όπως εν προκειμένω η E. E. M. van Riet, πραγματοποίησε σε άλλο κράτος κόστισε λιγότερο από το ποσό που το ταμείο θα χρειαζόταν να πληρώσει στο κράτος ασφαλίσεως, δεν ασκεί επιρροή, δεδομένου ότι οι αρνητικές συνέπειες της συμπεριφοράς αυτής για το σύστημα δεν μπορούν να εκτιμηθούν μόνο βάσει μιας μεμονωμένης επεμβάσεως [35].

56. Ομοίως, σε περίπτωση συχνής και συστηματικής μετακινήσεως ασθενών σε άλλα κράτη μέλη σε αναζήτηση ιατρικής περιθάλψεως, δημιουργείται ο κίνδυνος αδυναμίας των ταμείων να διατηρήσουν ένα αποδεκτό επίπεδο επαγγελματικής ικανότητας για την αντιμετώπιση σπανίων ή περίπλοκων ασθενειών, ιδιαίτερα σε μικρές χώρες.

32 — Αποφάσεις της 7ης Φεβρουαρίου 1984, 238/82, Duphar κ.λπ. (Συλλογή 1984, σ. 523, σκέψη 16), της 17ης Ιουνίου 1997, C-70/95, Sodemare κ.λπ. (Συλλογή 1997, σ. I-3395, σκέψη 27), προπαρατεθείσα Kohll, σκέψη 18, και προπαρατεθείσα Smits και Peerbooms, σκέψη 45.

33 — Αποφάσεις της 30ής Ιανουαρίου 1997, συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-4/95 και C-5/95, Stöber και Piosa Pereira (Συλλογή 1997, σ. I-511, σκέψη 36), προπαρατεθείσα Kohll (σκέψη 18) και προπαρατεθείσα Smits και Peerbooms (σκέψη 45).

34 — Δεν πρόκειται για πρόβλημα που βαρύνει αποκλειστικά τα συστήματα κοινωνικής ασφαλίσεως παροχών σε είδος: αρκεί να δει κανείς τις ημέρες αναμονής στο Λουξεμβούργο, χώρα που προσφέρει εν μέρει απόδοση του κόστους των παροχών που πληρώνονται από τους ασφαλισμένους, για επίσκεψη σε γενικό ιατρό, ή τις εβδομάδες, όταν πρόκειται για ιατρό ειδικότητας.

35 — Dubouis, L.: «La libre circulation des patiens hospitaliers, une liberté sous conditions», *Revue de droit sanitaire et social*, 37(4) 2001, σσ. 721 έως 726, ιδιατέρως σ. 726: «[...] on peut se demander s'il est pleinement légitime d'accorder au patient qui se déplace le droit de choisir entre le régime de son État d'origine et celui de l'État dans lequel il se fait soigner les éléments que lui sont les plus favorables».

57. Η προηγούμενη έγκριση, πέραν του ότι είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το σύστημα παροχών σε είδος, αποτελεί κατάλληλο μέτρο ώστε οι ασφαλισμένοι να γνωρίζουν εγκαίρως εάν η περίθαλψη που ζητούν καλύπτεται από την ασφάλιση, γεγονός που επιτρέπει στο ταμείο να ελέγχει το κόστος και την ανάλωση των πόρων.

Αν η V. G. Müller-Fauré είχε ζητήσει την προηγούμενη έγκριση, θα είχε πληροφορηθεί ότι, από τις εργασίες που θα ζητούσε από τον οδοντίατρο, μόνο ένα πολύ μικρό μέρος καλυπτόταν από το σύστημα κοινωνικής της ασφάλισης στις Κάτω Χώρες. Παράλληλα, το ταμείο θα αποφάσιζε εάν η κατάσταση της οδοντοστοιχίας της ενδιαφερομένης απαιτούσε την επέμβαση ενός μη συμβεβλημένου ιατρού ή εάν ήταν προτιμότερο να απευθυνθεί η ασθενής στους συμβεβλημένους οδοντιάτρους, λαμβανομένου υπόψη ότι παρέχει οδοντιατρική περίθαλψη με πληρωμή κατ' αποκοπήν ποσού ανά ασφαλισμένο.

58. Το Βέλγιο, χώρα στην οποία η ασφάλιση ασθενείας αποδίδει στους ασφαλισμένους μέρος των εξόδων της περιθάλψεως, αντιτάσσεται στη δικαιολόγηση της προηγούμενης εγκρίσεως των ταμείων στα συστήματα παροχών σε είδος, η οποία δεν έγινε δεκτή στην απόφαση Kohll, διότι η ελεύθερη παροχή υπηρεσιών δεν μπορεί να εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες του συστήματος κοινωνικής ασφαλίσεως.

Κατανοώ τη θέση αυτή, αλλά δεν την συμμερίζομαι. Έχω επίγνωση της δυσκολίας συμβιβασμού της θεμελιώδους αυτής ελευθερίας της Συνθήκης με τις ιδιορρυθμίες των συστημάτων ασφαλίσεως ασθενείας σε δεκαπέντε χώρες, οι περισσότερες από τις οποίες προσφέρουν παροχές σε είδος. Εντούτοις, δεν πρέπει να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι τα κράτη μέλη δεν είχαν ποτέ την πρόθεση να εναρμονίσουν τις νομοθεσίες τους σε αυτόν τον τομέα και περιορίστηκαν στο να τις συντονίσουν διά του κανονισμού 1408/71, ώστε να ανταποκρίνονται στους σκοπούς του άρθρου 42 ΕΚ. Είναι αληθές ότι τα κράτη μέλη εξακολουθούν να υπέχουν την υποχρέωση να τηρούν, κατά την οργάνωση των συστημάτων τους κοινωνικής ασφαλίσεως, το κοινοτικό δίκαιο [36], η υποχρέωση όμως αυτή δεν μπορεί να τους επιβάλει να παραιτηθούν από τις αρχές και τη φιλοσοφία που κατά παράδοση διέπει την κοινωνική τους ασφάλιση, ούτε να τις εξαναγκάσει σε αναδιοργάνωση τέτοιας εκτάσεως, ώστε να μπορούν να αποδίδουν τη δαπάνη των παροχών σε εκείνους τους ασφαλισμένους που επιλέγουν να απευθυνθούν σε ιατρό άλλου κράτους μέλους [37].

59. Τέλος, ο αναγκαίος χαρακτήρας της θεραπευτικής αγωγής που προτίθεται να ακολουθήσει ο ασθενής, απευθυνόμενος σε μη συμβεβλημένους φορείς, ως προϋπόθεση για τη χορήγηση της προηγούμενης εγκρίσεως από το ταμείο υγείας, εξετάστηκε λεπτομερώς στις σκέψεις 103 έως 107 της αποφάσεως Smits και Peerbooms. Κατά τη γνώμη μου, μπορεί να δικαιολογηθεί με το

36 — Προπαρατεθείσες αποφάσεις Kohll και Smits και Peerbooms, σκέψεις 19 και 46 αντιστοίχως.

37 — Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε η αντίδραση των ασφαλισμένων, διότι, αντί να απολαμβάνουν τις δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες, θα έπρεπε να τις πληρώνουν οι ίδιοι και έπειτα να αναμένουν αρκετό χρόνο μέχρις ότου τους αποδοθεί μέρος των εξόδων που πραγματοποίησαν.

ίδιο σκεπτικό στην παρούσα υπόθεση ως σύμφωνη με το άρθρο 49 της Συνθήκης, εάν ερμηνευθεί υπό την έννοια ότι η αίτηση για χορήγηση εγκρίσεως μπορεί να απορριφθεί μόνον εφόσον υπάρχει η δυνατότητα να παρασχεθεί εγκαίρως η ίδια ή εξίσου αποτελεσματική για τον ασθενή θεραπευτική αγωγή από ιατρό συμβεβλημένο με το ταμείο υγείας του ασφαλισμένου [38].

Εάν ερμηνευθεί υπό την έννοια αυτή, η προϋπόθεση αυτή επιτρέπει, στο πλαίσιο της προηγούμενης εγκρίσεως, τη διατήρηση στην ημεδαπή επαρκούς, ισόρροπης και διαρκούς παροχής ποιοτικής εξωνοσοκομειακής περιθάλψεως, καθώς και τη διασφάλιση της οικονομικής σταθερότητας του συστήματος ασφαλίσεως ασθενείας.

60. Όπως συμβαίνει και με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, εάν μεγάλος αριθμός ασφαλισμένων σε σύστημα παροχών σε είδος αποφάσιζαν να μεταβούν για περίθαλψη σε άλλα κράτη μέλη για να απευθυνθούν σε κάποιον ιατρό, ενώ υπάρχει στη χώρα τους επαρκής προσφορά από συμβεβλημένους φορείς παροχής ενδεδειγμένης, ίδιας ή ισοδύναμης θεραπευτικής αγωγής, η συρροή αυτή ασθενών θα έθετε σε κίνδυνο την ίδια την αρχή της συνάψεως συμβάσεων, τις προσπάθειες προγραμματισμού και εξορθολογισμού που καταβάλλονται από τα ταμεία, την ισορροπία στην παροχή ιατρικής περιθάλψεως και τη διαχείριση των πόρων αναλόγως των προτεραιοτήτων [39].

Οπωσδήποτε, όταν είναι βέβαιο ότι η περίθαλψη που καλύπτεται από το εθνικό σύστημα ασφαλίσεως ασθενείας δεν μπορεί να παρασχεθεί από συμβεβλημένο ιατρό, είναι απαράδεκτο να δίδεται προτεραιότητα στους ιατρούς της ημεδαπής με τους οποίους το ταμείο υγείας του ασφαλισμένου δεν είναι συμβεβλημένο, εις βάρος των εγκατεστημένων σε άλλα κράτη μέλη ιατρών. Πράγματι, αφ' ης στιγμής οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται εξ ορισμού εκτός του πλαισίου προγραμματισμού που έχει καθιερωθεί από την εθνική νομοθεσία, παρόμοια προτεραιότητα εκφεύγει των ορίων του αναγκαίου για τη διασφάλιση του σεβασμού των επιτα-

38 — Έτσι το αντελήφθη, ως προς τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, το Arrondissementsrechtbank te Roermond, το οποίο είχε υποβάλει το προδικαστικό ερώτημα στην υπόθεση αυτή, όταν εξέδωσε τις αποφάσεις επί της ουσίας των δύο κυρίων δικών, στις 3 Οκτωβρίου 2001, μόλις δυόμισι μήνες αφού έλαβε την απάντηση του Δικαστηρίου. Απέρριψε το αίτημα της Geraets-Smits, επειδή δεν αποδείχτηκε ούτε κλινικώς ούτε επιστημονικώς ότι η θεραπευτική αγωγή ανά ομάδα συμπτωμάτων και στα πλαίσια πολλών ειδικοτήτων, που ακολούθησε στη Γερμανία, ήταν καλύτερη από τη διαθέσιμη στις Κάτω Χώρες περίθαλψη και επειδή η ασθενής θα μπορούσε να έχει νοσηλευθεί στη χώρα της σε κάποιο νοσηλευτικό κέντρο συμβεβλημένο με το ταμείο υγείας της. Το αίτημα του Peerbooms είχε την ίδια τύχη, αφού ο δικαστής έκρινε ότι η ειδική εντατική νευροδιεγερτική θεραπεία δεν μπορεί να θεωρηθεί συνήθης στους επαγγελματικούς κύκλους, διότι δεν έχει δοκιμαστεί ούτε αναγνωριστεί επαρκώς από τη διεθνή ιατρική επιστήμη. Ο δικαστής βασίζεται, για να καταλήξει στην άποψη αυτή, σε μια πραγματογνωμοσύνη του 1994, σχετική με προγράμματα διεγέρσεως, στην έκθεση μιας επιτροπής του Συμβουλίου Υγείας και σε μια πειραματική μελέτη. Βλ. τις αποφάσεις που περιέχονται στη βάση δεδομένων «Εθνικές Αποφάσεις» του Δικαστηρίου, με κωδικούς QP/03935-P1-A και QP/03935-P1-B.

39 — Ο L. Dubouis, ένθ.αν. σ. 726 επισημαίνει, σχετικά με τις υπηρεσίες νοσοκομειακής περιθάλψεως: «Il reste que les incidences pratiques à moyen ou long terme de cette jurisprudence paraissent difficiles à évaluer. Ne risque-t-elle pas d'induire un afflux excessif de candidats à l'admision dans les établissements "en pointe", d'aggraver les difficultés des systèmes de soins moins performants? Il apparait souhaitable que nos systèmes hospitaliers s'ouvrent aux vents de l'Europe. Pour autant, on ne saurait oublier combien ils diffèrent les uns des autres, combien chacun est complexe et repose sur des fragiles équilibres, financiers notamment».

κτικών λόγων που μπορούν να δικαιολογήσουν την ύπαρξη εμποδίου στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών.

61. Έχω επίγνωση ότι η ερμηνεία που προτείνω, πέραν του ότι βρίσκει αντίθετα τα κράτη μέλη, των οποίων τα συστήματα ασφαλίσεως ασθενείας αποδίδουν μέρος των καταβληθεισών από τους ασφαλισμένους δαπανών, εκ των οποίων το μόνο που εξέφρασε τις απόψεις του στην παρούσα διαδικασία είναι το Βέλγιο, παρουσιάζει το μειονέκτημα ότι βρίσκει αντίθετους και τους ένθερμους θιασώτες της απελευθερώσεως των υπηρεσιών υγείας στα κράτη μέλη. Έχει, όμως, τουλάχιστον, το προσόν ότι προσφέρει μια καθαρή και χωρίς περιστροφές λύση στο τεθειμένο πρόβλημα, αποφεύγοντας διλήμματα όπως αυτό της Επιτροπής, η οποία δέχεται την ύπαρξη ορισμένων οδοντιατρικών παροχών, των οποίων οι ιδιαιτερότητες θα συνηγορούσαν υπέρ της λήψεως υπόψη των επιτακτικών λόγων που εξετάστηκαν στην απόφαση Smits και Peerbooms.

Σε απάντηση της ερωτήσεως που έθεσα επί του σημείου αυτού, η Επιτροπή διευκρίνισε ότι αναφερόταν στις πολύ δαπανηρές οδοντιατρικές εργασίες, για τις οποίες απαιτείται η συνδρομή πολύ εξειδικευμένων ιατρών, δεδομένου ότι η διαθεσιμότητα τέτοιων υπηρεσιών προϋποθέτει έναν προγραμματισμό. Αναγνώρισε, επιπλέον, ότι δεν υπάρχουν απόλυτα κριτήρια διαφοροποιήσεως μεταξύ νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περιθάλψεως: σε περίπτωση νοσοκομειακής περιθάλψεως, δικαιολογείται η απαίτηση εγκρίσεως, ενώ εάν οι υπηρεσίες προσφέρονται σε ιατρείο, πρέπει να εξετάζονται κατά περίπτωση.

Δεν είμαι ο μόνος που πιστεύει ότι η πρόταση αυτή της Επιτροπής, παρότι φαίνεται ενδεδειγμένη σύμφωνα με την αρχή της αναλογικότητας, δεν θα απέδιδε στην πράξη [40], δεδομένου ότι θα εισήγε έναν παράγοντα αβεβαιότητας στους ασφαλισμένους, αντίθετο προς την αρχή της ασφάλειας δικαίου. Εξάλλου, εάν μπορεί να δικαιολογηθεί η προηγούμενη έγκριση από την ανάγκη των ταμείων υγείας να προγραμματίζουν την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, μου φαίνεται προφανές ότι αντικείμενο αυτού του προγραμματισμού δεν πρέπει να είναι μόνον οι πλέον δαπανηρές και περίπλοκες υπηρεσίες [41]. Επιπλέον, τα ταμεία ασθενείας θα έπρεπε να μελετούν προκαταβολικώς για κάθε συγκεκριμένη υπόθεση παροχής εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, εάν τα χαρακτηριστικά της απαιτούν την αίτηση προηγούμενης εγκρίσεως, προσθέτοντας ένα επιπλέον εμπόδιο στη διαδικασία λήψεως ιατρικών υπηρεσιών.

62. Για όλους τους ανωτέρω λόγους, φρονώ ότι δεν αντίκειται στα άρθρα 49 και 50 της Συνθήκης διάταξη κράτους μέλους η οποία καθιερώνει σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως με ιατρικές υπηρεσίες σε είδος και η οποία

40 — Τα κράτη μέλη που παρέστησαν στην προφορική διαδικασία, κάνοντας χρήση του δικαιώματος απαντήσεως, διαφώνησαν με αυτή την άποψη.

41 — Οι περιπτώσεις δεν εξαντλούνται στις οδοντιατρικές εργασίες. Υπάρχουν υπηρεσίες όπως αυτές του σαρωτή (scaner) ή του μαγνητικού συντονισμού, που παρέχονται συνήθως από ακτινολόγους, οι οποίες δεν απαιτούν νοσηλεία και των οποίων η διάθεση, ακόμη περιορισμένη, αποτελεί αναμφίβολα αντικείμενο προγραμματισμού εκ μέρους των οργανισμών που διαχειρίζονται την ασφάλιση ασθενείας.

υποχρεώνει τους ασφαλισμένους να λαμβάνουν προηγούμενη έγκριση του ταμείου τους προκειμένου να μεταβούν σε άλλο κράτος μέλος, εάν επιθυμούν να απευθυνθούν σε μη συμβεβλημένο ιατρό, και εξαρτά τη χορήγηση της ως άνω εγκρίσεως από την προϋπόθεση της αναγκαιότητας της θεραπευτικής αγωγής για τον ενδιαφερόμενο, υπό την έννοια ότι η σχετική αίτηση μπορεί να απορριφθεί μόνον όταν η ίδια ή εξίσου αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή μπορεί να του παρασχεθεί εγκαίρως από ιατρό συμβεβλημένο με το ταμείο υγείας του ασφαλισμένου.

Β — *Επί του τρίτου ερωτήματος*

63. Η απόφαση Smits και Peerbooms έχει αναλύσει ενδελεχώς την προϋπόθεση της προηγούμενης εγκρίσεως για τη λήψη νοσοκομειακών υπηρεσιών εντός άλλου κράτους μέλους. Δεν χρειάζεται, επομένως, να απαντηθεί το τρίτο προδικαστικό ερώτημα για το εάν, προκειμένου να απαντηθούν τα δύο προηγούμενα ερωτήματα, χρειάζεται να γίνει διάκριση ανάλογα με το εάν η περίθαλψη παρέχεται εν όλω ή εν μέρει, εντός του νοσοκομείου.

Γ — *Επί της διευκρινίσεως που ζητήθηκε από το Centrale Raad van Beroep σχετικά με την έννοια του όρου «εγκαίρως» της σκέψεως 103 της αποφάσεως Smits και Peerbooms*

64. Το εθνικό δικαιοδοτικό όργανο, με την από 25 Οκτωβρίου 2001 επιστολή του, ερωτά το Δικαστήριο για τη σημασία της εκφράσεως αυτής, την οποία θεωρεί ασαφή, ως εξής:

«Πρέπει η έννοια του όρου "εγκαίρως" (tijdig) κατά τη σκέψη 103 της αποφάσεως Smits-Geraets και Peerbooms να νοηθεί εις τρόπον ώστε να μη μπορεί να γίνεται λόγος για έγκαιρη ιατρική περίθαλψη όταν αυτή δεν είναι για ιατρικούς λόγους επείγουσα ή αναγκαία, ανεξαρτήτως της διάρκειας του χρόνου αναμονής για την περίθαλψη αυτή;»

65. Στο επιμέρους αυτό ζήτημα συμφωνώ με την Επιτροπή, η οποία τονίζει ότι η έκφραση προέρχεται από το ολλανδικό δίκαιο, και συγκεκριμένα, από την απόφαση περί παραπομπής με την οποία το Arrondissementsrechtbank te Roermond υπέβαλε τα προδικαστικά ερωτήματα της υποθέσεως Smits και Peerbooms. Πράγματι, στην προτελευταία παράγραφο του κεφαλαίου II.1 της αποφάσεως παραπομπής, απαντάται η έκφραση «tijdig».

Πρόκειται για έναν όρο που συνδέεται με μία από τις δύο προϋποθέσεις που απαιτούν τα ταμεία υγείας για να χορηγήσουν την προηγούμενη έγκριση, δηλαδή με την αναγκαιότητα των ζητούμενων υπηρεσιών για τον ασθενή.

66. Επιπλέον, η απόφαση Smits και Peerbooms διευκρίνισε, στη σκέψη 104, τον τρόπο εκτίμησης για το εάν μπορούσε να παρασχεθεί εγκαίρως η ίδια ή μία εξίσου αποτελεσματική για τον ασθενή θεραπευτική αγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα συμβεβλημένο με το ταμείο υγείας του ασφαλισμένου, αναφέροντας ότι οι εθνικές αρχές οφείλουν να συνεκτιμούν το σύνολο των περιστάσεων που χαρακτηρίζουν κάθε μεμονωμένη περίπτωση, λαμβάνοντας δεόντως υπόψη, όχι μόνον την κατάσταση της υγείας του ασθενούς κατά τον χρόνο που ζητείται η έγκριση, αλλά και το ιστορικό του.

Όπως γίνεται αντιληπτό, το Δικαστήριο δεν έκανε καμία αναφορά σε μη ιατρικούς λόγους.

67. Κατά την άποψή μου, πρέπει να διευκρινιστεί στο εθνικό δικαιοδοτικό όργανο ότι η εκτίμηση του όρου «εγκαίρως» (tijdig), πρέπει να γίνεται από αυστηρά ιατρική άποψη, ανεξαρτήτως της διάρκειας του χρόνου αναμονής για την παροχή της ζητούμενης θεραπευτικής αγωγής.

IX — Πρόταση

68. Κατόπιν των ανωτέρω σκέψεων, προτείνω στο Δικαστήριο να απαντήσει στο Centrale Raad van Beroep ως εξής:

«1) Δεν αντίκειται στα άρθρα 49 και 50 της Συνθήκης διάταξη κράτους μέλους, η οποία καθιερώνει σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως με ιατρικές υπηρεσίες σε

είδος και η οποία υποχρεώνει τους ασφαλισμένους να λαμβάνουν προηγούμενη έγκριση του ταμείου τους προκειμένου να μεταβούν σε άλλο κράτος μέλος, εάν επιθυμούν να απευθυνθούν σε μη συμβεβλημένο ιατρό, και εξαρτά τη χορήγηση της ως άνω εγκρίσεως από την προϋπόθεση της αναγκαιότητας της θεραπευτικής αγωγής για τον ενδιαφερόμενο, υπό την έννοια ότι η σχετική αίτηση μπορεί να απορριφθεί μόνον όταν η ίδια ή εξίσου αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή μπορεί να του παρασχεθεί εγκαίρως από ιατρό συμβεβλημένο με το ταμείο υγείας του ασφαλισμένου.

2) Η εκτίμηση του όρου "εγκαίρως" (tijdig) πρέπει να γίνεται από αυστηρά ιατρική άποψη, ανεξαρτήτως της διάρκειας του χρόνου αναμονής για την παροχή της ζητούμενης θεραπευτικής αγωγής.»