

PRESUDA SUDA

12. srpnja 2001.(¹)

„Sloboda pružanja usluga – Članak 59. Ugovora o EZ-u (koji je nakon izmjene postao članak 49. UEZ-a) i članak 60. Ugovora o EZ-u (koji je postao članak 50. UEZ-a) – Zdravstveno osiguranje – Sustav davanja u naravi – Sustav sporazuma – Troškovi bolničkog liječenja nastali u drugoj državi članici – Prethodno odobrenje – Kriteriji – Opravdanje”

U predmetu C-157/99,

povodom zahtjeva za prethodnu odluku na temelju članka 177. Ugovora o EZ-u (koji je postao članak 234. UEZ-a), koji je uputio Arrondissementsrechtbank te Roermond (Okružni sud, Roermond, Nizozemska), u postupku koji se vodi pred tim sudom između

B. S. M. Smits, udana Gerates,

i

Stichting Ziekenfonds VGZ

te između

H. T. M. Peerbooms

i

Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen,

o tumačenju članka 59. Ugovora o EZ-u (koji je nakon izmjene postao članak 49. UEZ-a) i članka 60. Ugovora o EZ-u (koji je postao članak 50. UEZ-a),

SUD,

u sastavu: G. C. Rodríguez Iglesias, predsjednik, C. Gulmann, A. La Pergola (izvjestitelj), M. Wathelet i V. Skouris, predsjednici vijeća, D. A. O. Edward, J.-P. Puissechet, P. Jann, L. Sevón, R. Schintgen i F. Macken, suci,

nezavisni odvjetnik: D. Ruiz-Jarabo Colomer,

tajnik: L. Hewlett, administratorica,

uzimajući u obzir pisana očitovanja koja su podnijeli:

– za Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, E. P. H. Verdeuzeldonk, u svojstvu agenta,

- za nizozemsku vladu, M. A. Fierstra, u svojstvu agenta,
- za belgijsku vladu, A. Snoecx, u svojstvu agenta,
- za dansku vladu, J. Molde, u svojstvu agenta,
- za njemačku vladu, W.-D. Plessing i C.-D. Quassowski, u svojstvu agenata,
- za francusku vladu, K. Rispal-Bellanger i C. Bergeot, u svojstvu agenata,
- za irsku vladu, M. A. Buckley, u svojstvu agenta, uz asistenciju D. Barnivillea, *BL*,
- za portugalsku vladu, L. Fernandes i P. Borges, u svojstvu agenata,
- za finsku vladu, T. Pynnä i E. Bygglin, u svojstvu agenata,
- za švedsku vladu, L. Nordling, u svojstvu agenta,
- za vladu Ujedinjene Kraljevine, M. Ewing, u svojstvu agenta, uz asistenciju S. Moore, *barrister*,
- za islandsku vladu, E. Gunnarsson i V. Hauksdóttir, u svojstvu agenata,
- za norvešku vladu, H. Seland, u svojstvu agenta,
- za Komisiju Europskih zajednica, P. Hillenkamp, P. J. Kuijper i H. M. H. Speyart, u svojstvu agenata,

uzimajući u obzir izvještaj za raspravu,

saslušavši usmena očitovanja Stichting Ziekenfonds VGZ, koji zastupaju H. G. Sevenster, J. K. de Pree i E. H. Pijnacker Hordijk, *advocaten*, Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, koji zastupa E. P. H. Verdeuzeldonk, nizozemske vlade, koju zastupa M. A. Fierstra, danske vlade, koju zastupa J. Molde, njemačke vlade, koju zastupa W.-D. Plessing, francuske vlade, koju zastupa C. Bergeot, irske vlade, koju zastupa D. Barniville, austrijske vlade, koju zastupa G. Hesse, u svojstvu agenta, finske vlade, koju zastupa E. Bygglin, švedske vlade, koju zastupa A. Kruse, u svojstvu agenta, vlade Ujedinjene Kraljevine, koju zastupa E. Ewing, uz asistenciju S. Moore, islandske vlade, koju zastupa E. Gunnarsson, i Komisije, koju zastupa H. H. Speyart, na raspravi održanoj 4. travnja 2000.,

saslušavši mišljenje nezavisnog odvjetnika na raspravi održanoj 18. svibnja 2000.,

donosi sljedeću

Presudu

- 1 Rješenjem od 28. travnja 1999., koje je Sud zaprimio 30. travnja 1999., Arrondissementsrechtbank te Roermond (Okružni sud, Roermond) na temelju je

članka 177. Ugovora o EZ-u (koji je postao članak 234. UEZ-a) postavio dva prethodna pitanja o tumačenju članka 59. Ugovora o EZ-u (koji je nakon izmjene postao članak 49. UEZ-a) i članka 60. Ugovora o EZ-u (koji je postao članak 50 UEZ-a).

- 2 Ta su pitanja postavljena u okviru dvaju sporova između B. S. M. Smits, udana Gerates, i Stichting Ziekenfonds VGZ (u daljnjem tekstu: Stichting VGZ) te između H. T. M. Peerbooms i Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen (u daljnjem tekstu: Stichting CZ) u vezi s naknadom troškova bolničkog liječenja nastalih u Njemačkoj odnosno Austriji.

Nacionalni pravni okvir

- 3 U Nizozemskoj se sustav zdravstvenog osiguranja u načelu temelji na Ziekenfondswetu (Zakonu o fondovima za zdravstveno osiguranje) od 15. listopada 1964. (Staatsblad 1964., br. 392, kako je naknadno izmijenjen, u daljnjem tekstu: ZFW), na Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Zakonu o općem osiguranju za posebne troškove liječenja) od 14. prosinca 1967. (Staatsblad 1967., br. 617, kako je naknadno izmijenjen, u daljnjem tekstu: AWBZ) i na Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Zakonu o pristupu zdravstvenom osiguranju, u daljnjem tekstu: WTZ). ZFW-om i AWBZ-om uspostavlja se sustav davanja u naravi u okviru kojeg osiguranici nemaju pravo na naknadu troškova liječenja, već samo na besplatno liječenje. Oba se zakona temelje na sustavu sporazuma između fondova za zdravstveno osiguranje i pružatelja zdravstvene skrbi. S druge strane, WTZ-om se uspostavlja sustav u okviru kojeg se osiguranicima nadoknađuju troškovi i koji se ne temelji na sustavu sporazuma.
- 4 Iz članaka 2. do 4. ZFW-a proizlazi da su obvezno zakonski osigurani radnici čiji godišnji prihod ne premašuje iznos utvrđen tim zakonom (60 750 NLG u 1997.), osobe koje su izjednačene s njima i primatelji socijalnih davanja te uzdržavani članovi njihovih obitelji s kojima žive u istom kućanstvu.
- 5 Na temelju članka 5. stavka 1. ZFW-a svaka osoba koja je obuhvaćena područjem primjene tog zakona i koja želi ostvariti prava iz njega mora biti osigurana u fondu za zdravstveno osiguranje koji posluje u općini njezina boravišta.
- 6 Člankom 8. ZFW-a predviđeno je:
„1. Osiguranici imaju pravo na davanja u obliku nužne zdravstvene skrbi ako nemaju pravo na takvu skrb na temelju Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [...] Fondovi za zdravstveno osiguranje vode računa o tome da svi osiguranici koji su kod njih osigurani mogu ostvariti to pravo.

2. Narav, sadržaj i opseg davanja utvrđeni su kraljevskom uredbom ili na temelju nje tako da u svakom slučaju uključuju medicinsku pomoć, čiji opseg još treba utvrditi, te skrb i liječenje koji se pružaju u kategorijama institucija koje treba utvrditi. Nadalje, dodjela davanja može se uvjetovati financijskim doprinosom osiguranika; taj doprinos ne mora biti jednak za sve osiguranike.

[...]”

- 7 Uredbom Verstrekkingsbesluit Ziekenfondsverzekering (Uredba o davanjima u naravi za zdravstveno osiguranje) od 4. siječnja 1966. (Staatsblad 1966., br. 3, kako je naknadno izmijenjena, u daljnjem tekstu: Verstrekkingsbesluit) provodi se članak 8. stavak 2. ZFW-a.
- 8 Uredbom Verstrekkingsbesluit utvrđuju se pravo na davanja i njihov opseg za različite kategorije skrbi, uključujući osobito kategorije „medicinske i kirurške pomoći” te „liječenja u bolničkim ustanovama”.
- 9 U skladu s člankom 2. stavkom 3. Verstrekkingsbesluita, pravo na davanja može se ostvariti samo ako osiguranik, s obzirom na svoje potrebe i iz perspektive učinkovite terapije, razumno nema drugog izbora osim zatražiti davanje te naravi, sadržaja i opsega.
- 10 U skladu s člankom 3. Verstrekkingsbesluita, kategorija medicinske i kirurške skrbi uključuje skrb koju pružaju liječnik obiteljske medicine i liječnik specijalist i čiji „se opseg utvrđuje u skladu s onim što je uobičajeno u predmetnim stručnim krugovima”.
- 11 U pogledu prijama i boravka u bolničkim ustanovama člancima 12. i 13. Verstrekkingsbesluita predviđeno je, s jedne strane, da to može uključivati, među ostalim, liječnički, kirurški i opstetrički pregled, liječenje i skrb i, s druge strane, da mora postojati indikacija kojom se opravdava bolničko liječenje. Uredbom Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering (Uredbom o skrbi pruženoj u bolničkim ustanovama) od 6. veljače 1969. (Nederlandse Staatscourant 1969., br. 50) predviđeni su slučajevi u kojima je utvrđena indikacija kojom se opravdava bolničko liječenje.
- 12 ZFW primjenjuju fondovi za zdravstveno osiguranje koji su pravne osobe koje je ovlastio ministar u skladu s člankom 34. ZFW-a. Ziekenfondsraad je odgovoran za savjetovanje i obavljanje nadležnog ministra te za nadzor upravljanja fondovima za zdravstveno osiguranje i njihovog vođenja. U slučaju podnošenja prigovora protiv odluke fonda za zdravstveno osiguranje o pravu na davanja, taj fond za zdravstveno osiguranje dužan je prije donošenja odluke o prigovoru pribaviti mišljenje Ziekenfondsraada.
- 13 ZFW-om je predviđena uspostava sustava sporazuma sa sljedećim načelnim značajkama.
- 14 Člankom 44. stavkom 1. ZFW-a predviđeno je da fondovi za zdravstveno osiguranje „sklapaju sporazume s osobama i ustanovama koje nude jedan oblik skrbi ili više njih kako je navedeno u kraljevskoj uredbi donesenoj za provedbu članka 8.”
- 15 Člankom 44. stavkom 3. ZFW-a predviđeno je da takvi sporazumi uključuju najmanje odredbe o naravi i opsegu uzajamnih obveza i prava stranaka, vrstama skrbi koja se pruža, kvaliteti i učinkovitosti pružene skrbi, nadzoru poštovanja sporazuma, uključujući nadzor pruženih davanja ili davanja koja će se pružiti, te točnost iznosa naplaćenih za ta davanja, kao i obvezu dostave informacija potrebnih za takav nadzor.
- 16 Suprotno tome, ti se sporazumi ne primjenjuju na tarife za zdravstvenu skrb, koje su uređene isključivo Wet tarieven gezondheidszorg (Zakonom o tarifama za zdravstvenu skrb). Međutim, prema objašnjenju koje je dostavila nizozemska vlada to ne znači da

fondovi za zdravstveno osiguranje i pružatelji skrbi ne mogu sklopiti sporazume o troškovima. Svi čimbenici koji utječu na razinu troškova i proračune bolničkih ustanova mogu biti predmet sporazuma između stranaka.

- 17 Fondovi za zdravstveno osiguranje mogu sklopiti sporazume sa svakim pružateljem skrbi pod dvama uvjetima. S jedne strane, iz članka 47. ZFW-a proizlazi da svaki fond za zdravstveno osiguranje „mora sklopiti sporazum [...] sa svakom ustanovom u regiji u kojoj posluje ili sa svakom ustanovom koju stanovništvo te regije redovito posjećuje”. S druge strane, ti se sporazumi mogu sklopiti samo s ustanovama koje imaju propisno ovlaštenje za pružanje predmetne skrbi ili s osobama koje su za to zakonski ovlaštene.
- 18 Člankom 8.a ZFW-a predviđeno je:
- „1. Ustanova koja pruža usluge iz članka 8. mora za to imati ovlaštenje.
2. Kraljevskom uredbom može se predvidjeti da se smatra da ustanova koja pripada kategoriji koja će se definirati kraljevskom uredbom ima ovlaštenje za potrebe ovog Zakona. [...]” [neslužbeni prijevod]
- 19 Iz članka 8.c točke (a) ZFW-a proizlazi da se ustanovi koja upravlja bolnicom mora odbiti ovlaštenje ako ne ispunjava uvjete Wet ziekenhuisvoorzieningena (Zakona o bolničkoj opremi) u pogledu raspodjele i potreba. Tim se zakonom, njegovim provedbenim direktivama (osobito direktivom na temelju članka 3. tog zakona, Nederlandse Staatscourant 1987., br. 248) i okružnim planovima detaljnije utvrđuju nacionalne potrebe u vezi s različitim kategorijama bolničkih ustanova i njihovom raspodjelom po različitim zdravstvenim regijama na nizozemskom državnom području.
- 20 U pogledu konkretnog ostvarivanja prava na davanja, člankom 9. ZFW-a predviđeno je:
- „1. Osim u slučajevima navedenima u kraljevskoj uredbi iz članka 8. stavka 2., osiguranik koji želi ostvariti pravo na davanje obraća se osobi ili ustanovi s kojima je osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje sklopio sporazum u tu svrhu u skladu s odredbama stavka 4.
2. Osiguranik može birati među osobama i ustanovama iz stavka 1. u skladu s odredbama stavka 5. i odredbama o prijevozu bolesnika ambulantnim vozilom iz Wet ambulancevervoera ([Zakona o prijevozu bolesnika ambulantnim vozilom], Staatsblad 1971., br. 369)).
3. [stavljeno izvan snage]
4. Odstupajući od odredbi stavaka 1. i 2., fond za zdravstveno osiguranje može osiguraniku odobriti da svoje pravo na davanje ostvari kod druge osobe ili ustanove u Nizozemskoj ako je to potrebno za njegovo liječenje. Ministar može odrediti u kojim se slučajevima i uvjetima može izdati odobrenje osiguraniku da svoje pravo na davanje ostvari tako da se obrati drugoj osobi ili ustanovi izvan Nizozemske.

[...]"

- 21 Ministar je iskoristio nadležnost koja mu je dodijeljena člankom 9. stavkom 4. zadnjom rečenicom ZFW-a i donio je Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering (Uredbu o skrbi u inozemstvu u okviru zdravstvenog osiguranja) od 30. lipnja 1988. (Nederlandse Staatscourant 1988., br. 123, u daljnjem tekstu: Rhbz). Člankom 1. Rhbz-a predviđeno je:

„Fond za zdravstveno osiguranje može odobriti osiguraniku da ostvari svoje pravo na davanje tako da se obrati osobi ili ustanovi izvan Nizozemske u slučajevima u kojima je fond za zdravstveno osiguranje utvrdio da je to neophodno za liječenje osiguranika.”

- 22 Sud koji je uputio zahtjev ističe da iz sudske prakse Centrale Raad van Beroep (nizozemskog drugostupanjskog suda za socijalna pitanja) o zahtjevima za odobrenje liječenja u inozemstvu koje se financira na temelju ZFW-a proizlazi da treba provjeriti jesu li ispunjena dva uvjeta.
- 23 Kao prvo, valja provjeriti može li se predmetno liječenje smatrati davanjem koje je obuhvaćeno člankom 8. ZFW-a i Verstrekkingsbesluitom. Kao što je prethodno navedeno, na temelju članka 3. Verstrekkingsbesluita primjenjuje se kriterij smatra li se predviđeno liječenje „uobičajenim u predmetnim stručnim krugovima” (vidjeti odluku Centrale Raad van Beroep od 23. svibnja 1995., RZA 1995., br. 126). Centrale Raad van Beroep je na primjer u vezi s određenom vrstom liječenja u Njemačkoj smatrao da se ono „temelji na osnovi koja u znanstvenim krugovima (još uvijek) nije dovoljno priznata i da se prema trenutačnim stajalištima u Nizozemskoj smatra eksperimentalnim” (odluka od 19. prosinca 1997., RZA 1998., br. 48). Stoga iz sudske prakse proizlazi da se pri odlučivanju o tome je li određeno liječenje uobičajeno ili eksperimentalno u praksi upućuje na stajališta koja prevladavaju u stručnim krugovima u Nizozemskoj.
- 24 Kao drugo, valja utvrditi je li navedeno liječenje nužno za liječenje osiguranika u smislu članka 9. stavka 4. ZFW-a i članka 1. Rhbz-a. Sud koji je uputio zahtjev navodi da je u praksi potrebno uzeti u obzir metode liječenja dostupne u Nizozemskoj (vidjeti osobito odluku Centrale Raad van Beroep od 13. prosinca 1994., RZA 1995., br. 53) i provjeriti može li se pravodobno osigurati odgovarajuće liječenje u Nizozemskoj.

Glavni postupci

Predmet Smits

- 25 B. S. M. Smits boluje od Parkinsonove bolesti. Dopisom od 5. rujna 1996. od društva Stichting VGZ zatražila je naknadu troškova skrbi koja joj je pružena u klinici Elena-Klinik u Kasselu (Njemačka) u okviru posebnog, multidisciplinarnog liječenja te bolesti. Ta metoda uključuje, među ostalim, preglede i skrb s ciljem utvrđivanja idealnog liječenja, fizioterapiju i ergoterapiju te socijalno-psihološku pomoć.
- 26 Odlukama od 30. rujna i 28. listopada 1996. Stichting VGZ obavijestio je B. S. M. Smits da joj se troškovi liječenja neće nadoknaditi na temelju ZFW-a. Odbijanje je bilo obrazloženo time da je zadovoljavajuće i odgovarajuće liječenje Parkinsonove

bolesti dostupno u Nizozemskoj, da posebnim kliničkim liječenjem pruženim u klinici Elena-Klinik nije osigurana nikakva dodatna korist i da stoga nije postojala medicinska nužnost kojom bi se opravdalo liječenje u toj klinici.

- 27 B. S. M. Smits zatražila je 14. studenoga 1996. mišljenje Ziekenfondsraada. Ziekenfondsraad je 7. travnja 1997. izdao mišljenje u kojem navodi da odluku društva Stichting VGZ o odbijanju njezinog zahtjeva smatra ispravnom.
- 28 B. S. M. Smits zatim je podnijela tužbu Arrondissementsrechtbank te Roermond protiv odluke od 30. rujna 1996. U bitnom navodi da posebno kliničko liječenje pruženo u Njemačkoj ima niz prednosti u odnosu na simptomatski pristup koji se primjenjuje u Nizozemskoj i u skladu s kojim se različiti pojavni oblici bolesti liječe pojedinačno prema simptomima.
- 29 Arrondissementsrechtbank je na temelju ispitivanja spisa utvrdio da je odluka o odbijanju naknade troškova B. S. M. Smits osnovana, kao prvo, jer se posebna klinička metoda ne smatra uobičajenim liječenjem u predmetnim stručnim krugovima i stoga nije jedno od davanja u smislu članka 8. ZFW-a. Ako bi se liječenje ili dio liječenja ipak smatrali uobičajenim, odbijanje se, kao drugo, temelji na mišljenju da liječenje u Kasselu nije bilo nužno u smislu članka 9. stavka 4. ZFW-a i članka 1. Rhbz-a jer je zadovoljavajuće i odgovarajuće liječenje bilo dostupno u Nizozemskoj u ustanovi s kojom je fond za zdravstveno osiguranje imao sklopljen sporazum.
- 30 Sud koji je uputio zahtjev imenovao je neurologa kao stručnjaka. U svojem izvješću podnesenom 3. veljače 1998. stručnjak je zaključio da nije bilo nikakvih kliničkih ili znanstvenih dokaza da je poseban klinički pristup prikladniji i stoga nisu postojale stroge medicinske indikacije kojima bi se opravdalo bolničko liječenje B. S. M. Smits u Njemačkoj.

Predmet Peerbooms

- 31 H. T. M. Peerbooms pao je u komu nakon prometne nesreće koja se dogodila 10. prosinca 1996. Bio je smješten u bolnici u Nizozemskoj, nakon čega je 22. veljače 1997. u vegetativnom stanju prevezen u Sveučilišnu kliniku u Innsbrucku (Austrija).
- 32 Ta je ustanova H. T. M. Peerboomsu pružila posebnu intenzivnu terapiju neurostimulacijom. U Nizozemskoj se ta tehnika primjenjuje samo eksperimentalno u dvama medicinskim centrima, a pacijentima starijima od 25 godina nije dopušteno podvrgavanje toj terapiji. Stoga nije sporno da H. T. M. Peerbooms, koji je rođen 1961., ne bi mogao primiti takvu terapiju da je ostao u Nizozemskoj.
- 33 Dopisom od 24. veljače 1997. neurolog H. T. M. Peerboomsa zatražio je od društva Stichting CZ da nadoknadi troškove liječenja u Sveučilišnoj klinici u Innsbrucku.
- 34 Nakon što je razmotreno mišljenje liječnika savjetnika, taj je zahtjev odbijen odlukom od 26. veljače 1997. uz obrazloženje da su odgovarajuću skrb u Nizozemskoj mogli pružiti pružatelj skrbi i/ili ustanova s kojima Stichting CZ ima sklopljen sporazum.

- 35 Neurolog H. T. M. Peerboomsa ponovio je svoj zahtjev, koji je ponovno odbijen 5. ožujka 1997. Stichting CZ odbio je 12. lipnja 1997. i prigovor podnesen protiv tih odluka.
- 36 U međuvremenu se H. T. M. Peerbooms probudio iz kome. Kliniku u Innsbrucku mogao je napustiti 20. lipnja 1997. i prevezen je u kliniku u Hoensbroecku (Nizozemska) kako bi tamo nastavio svoju rehabilitaciju.
- 37 H. T. M. Peerbooms podnio je tužbu Arrondissementsrechtbank te Roermond (Okružni sud, Roermond) protiv odluke društva Stichting CZ od 12. lipnja 1997. o odbijanju prigovora.
- 38 Iz objašnjenja dostavljenih tom sudu proizlazi da se odbijanje društva Stichting CZ temeljilo, kao prvo, na činjenici da se ta vrsta liječenja zbog eksperimentalne naravi terapije neurostimulacijom i nepostojanja znanstvenih dokaza o njezinoj učinkovitosti nije smatrala uobičajenom u predmetnim stručnim krugovima te stoga ni davanjem za koje je moguća naknada troškova u smislu članka 8. ZFW-a. Ako bi se liječenje ili dio liječenja ipak smatrali uobičajenim, odbijanje se, kao drugo, temeljilo na mišljenju da liječenje u Innsbrucku nije bilo nužno u smislu članka 9. stavka 4. ZFW-a i članka 1. Rhbz-a jer je zadovoljavajuće i odgovarajuće liječenje bilo pravodobno dostupno u Nizozemskoj u ustanovi s kojom je fond za zdravstveno osiguranje imao sklopljen sporazum.
- 39 Neurolog stručnjak kojeg je imenovao Arrondissementsrechtbank zaključio je u svojem izvješću dostavljenom 12. svibnja 1998. da prikladno i odgovarajuće liječenje, kao što je ono pruženo u Innsbrucku, H. T. M. Peerboomsu zbog njegove dobi nije bilo dostupno u Nizozemskoj i da ne bi mogao primiti odgovarajuću terapiju ni u jednom drugom bolničkom centru u Nizozemskoj. Neurolog savjetnik društva Stichting CZ u svojem je odgovoru naveo da je ta metoda liječenja eksperimentalna i da do tada još nije bila odobrena u znanstvenim krugovima. Međutim, sudski je stručnjak u dopunskom izvješću podnesenom 31. kolovoza 1998. naveo da ostaje pri svojim zaključcima.

Prethodna pitanja

- 40 Rješenjem od 28. travnja 1999. Arrondissementsrechtbank te Roermond (Okružni sud, Roermond) odlučio je prekinuti postupak i postaviti Sudu sljedeća prethodna pitanja:
- „1. (a) Treba li članke 59. i 60. Ugovora o EZ-u [...] tumačiti u smislu da nisu spojivi s odredbama članka 9. stavka 4. Ziekenfondsweta u vezi s člankom 1. Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering u dijelu u kojem je njima predviđeno da osoba koja je osigurana u fondu za zdravstveno osiguranje mora dobiti prethodno odobrenje tog fonda za zdravstveno osiguranje kako bi ostvarila svoje pravo na davanja tako da se obrati osobi ili instituciji izvan Nizozemske?
- (b) Kako glasi odgovor na prvo pitanje pod (a) u slučaju odbijanja ili neizdavanja tog odobrenja jer se predmetno liječenje u drugoj državi članici ne smatra „uobičajenim u stručnim krugovima” te se toga ne smatra davanjem u smislu članka 8. Ziekenfondsweta? Je li situacija drukčija s obzirom na to

uzimaju li se u obzir isključivo stajališta nizozemskih stručnjaka i primjenjuju li se nacionalni ili međunarodni znanstveni kriteriji te, ako je odgovor potvrđan, u kojem pogledu? Je li osim toga važno da je pravnim sustavom socijalne sigurnosti te druge države članice predviđena naknada troškova predmetnog liječenja?

(c) Kako glasi odgovor na prvo pitanje pod (a) ako se liječenje pruženo u inozemstvu smatra uobičajenim te se stoga smatra davanjem, ali je potrebno odobrenje odbijeno uz obrazloženje da pravodobnu i odgovarajuću skrb može pružiti nizozemski ugovorni pružatelj skrbi i da stoga liječenje u inozemstvu nije nužno za zdravstvenu skrb predmetne osobe?

2. Ako zahtjev prethodnog odobrenja predstavlja prepreku načelu slobode pružanja usluga iz članaka 59. i 60. Ugovora o EZ-u, jesu li važni razlozi u općem interesu na koje se pozivaju tuženici [...] dovoljni za zaključak da se ta prepreka može smatrati opravdanom?"

41 Sud koji je uputio zahtjev navodi da iako se ne čini da se odredbama o ovlaštenju bolničkih ustanova predviđenima ZFW-om isključuje izdavanje ovlaštenja stranim ustanovama, na primjer onima u graničnim područjima, na temelju tih odredbi, a osobito na temelju načela geografske raspodjele koje se primjenjuje pri izdavanju odobrenja, može se zaključiti da će ovlaštenje u biti dobiti ustanove sa sjedištem u Nizozemskoj.

42 Osim toga, prema mišljenju suda koji je uputio zahtjev posebnu pozornost treba posvetiti tome što stvarno podrazumijeva pojam „uobičajeno liječenje” kada se odlučuje o tome trebaju li nizozemski fondovi za zdravstveno osiguranje odobriti preuzimanje troškova liječenja pruženog izvan Nizozemske. Ako fondovi za zdravstveno osiguranje u obzir uzimaju isključivo ono što se uobičajenim smatra u nizozemskim stručnim krugovima, to može značiti da se određene metode liječenja, koje su opće prihvaćene u drugim državama članicama i za koje se nadoknađuju troškovi jer stručni krugovi u tim državama članicama imaju drukčija stajališta od onih koja prevladavaju u Nizozemskoj, neće smatrati davanjima obuhvaćenima ZFW-om, tako da će se odobrenje morati odbiti.

O prethodnim pitanjima

43 Svojim dvama pitanjima, koja valja ispitati zajedno, sud koji je uputio zahtjev u biti pita treba li članke 59. i 60. Ugovora tumačiti tako da im se protivi zakonodavstvo države članice, kao što je ono o kojem je riječ u glavnim postupcima, kojim se preuzimanje troškova skrbi pružene u bolničkoj ustanovi sa sjedištem u drugoj državi članici uvjetuje prethodnim odobrenjem fonda za zdravstveno osiguranje u kojem je osiguranik osiguran, pri čemu se to odobrenje izdaje samo ako su zadovoljena sljedeća dva uvjeta. S jedne strane, predviđeno liječenje mora pripadati davanjima za koja se nadoknađuju troškovi u okviru sustava zdravstvenog osiguranja prve države članice, što znači da se to liječenje mora smatrati „uobičajenim u predmetnim stručnim krugovima”. S druge strane, liječenje u inozemstvu mora biti nužno s obzirom na zdravstveno stanje zainteresirane osobe, čime se pretpostavlja da odgovarajuću skrb ne može pravodobno pružiti pružatelj skrbi s kojim fond za zdravstveno osiguranje ima sklopljen sporazum u prvoj državi članici.

Ovlasti država članica za uređenje vlastitih sustava socijalne sigurnosti i obveza poštovanja prava Zajednice u provedbi tih ovlasti

- 44 Kako bi se odgovorilo na tako preformulirana pitanja, prvo valja podsjetiti da prema ustaljenoj sudskoj praksi pravo Zajednice ne zadire u nadležnost država članica da organiziraju svoje sustave socijalne sigurnosti (presude od 7. veljače 1984., Duphar i dr., 238/82, Zb., str. 523., t. 16., od 17. lipnja 1997., Sodemare i dr., C-70/95, Zb., str. I-3395., t. 27., i od 28. travnja 1998., Kohll, C-158/96, Zb., str. I-1931., t. 17.).
- 45 Stoga u nedostatku usklađenosti na razini Zajednice svaka država članica u svojem zakonodavstvu treba utvrditi, s jedne strane, uvjete koji se odnose na pravo odnosno dužnost osiguranja u okviru sustava socijalne sigurnosti (presude od 24. travnja 1980., Coonan, 110/79, Zb., str. 1445., t. 12., i od 4. listopada 1991., Paraschi, C-349/87, Zb., str. I-4501., t. 15., te gore navedenu presudu Kohll, t. 18.) i, s druge strane, uvjete ostvarivanja prava na davanja (presuda od 30. siječnja 1997., Stöber i Piosa Pereira, C-4/95 i C-5/95, Zb., str. I-511., t. 36., i gore navedena presuda Kohll, t. 18.).
- 46 Međutim, prilikom provedbe te nadležnosti države članice moraju poštovati pravo Zajednice (gore navedena presuda Kohll, t. 19.).
- Primjena odredbi o slobodi pružanja usluga na bolničku skrb*
- 47 Valja provjeriti jesu li situacije u glavnim postupcima obuhvaćene područjem primjene slobode pružanja usluga u smislu članaka 59. i 60. Ugovora.
- 48 Različite vlade koje su podnijele pisana očitovanja Sudu tvrde da bolničke usluge ne mogu predstavljati gospodarsku djelatnost u smislu članka 60. Ugovora, osobito ako se pružaju u naravi i besplatno na temelju primjenjivog sustava zdravstvenog osiguranja.
- 49 Pozivajući se osobito na presude od 27. rujna 1988., Humbel (263/86, Zb., str. 5365., t. 17. do 19.), i od 4. listopada 1991., Society for the Protection of Unborn Children Ireland (C-159/90, Zb., str. I-4685., t. 18.), posebno smatraju da nije riječ o naknadi troškova u smislu članka 60. Ugovora ako je pacijentu pružena skrb u bolničkom okruženju a da je pacijent nije sam morao platiti ili ako mu je nadoknađen cjelokupni iznos ili dio iznosa koji je platio.
- 50 Određene vlade također smatraju da iz presuda od 13. veljače 1985., Gravier (293/83, Zb., str. 593.), i od 7. prosinca 1993., Wirth (C-109/92, Zb., str. I-6447., t. 17.), proizlazi da je daljnji uvjet koji treba zadovoljiti kako bi se usluga smatrala gospodarskom djelatnošću u smislu članka 60. Ugovora taj da pružatelj usluga mora težiti ostvarivanju dobiti.
- 51 Njemačka vlada sa svoje strane smatra da su strukturalna načela kojima je uređeno pružanje zdravstvene skrbi svojstvena organizaciji sustava socijalne sigurnosti i da ne pripadaju području temeljnih gospodarskih sloboda zajamčenih Ugovorom o EZ-u jer zainteresirane osobe ne mogu same donositi odluke o sadržaju, vrsti i važnosti usluge i naknadi za nju.
- 52 Nijedan od tih argumenata ne može se prihvatiti.

- 53 U tom pogledu valja podsjetiti da su prema ustaljenoj sudskoj praksi medicinske djelatnosti obuhvaćene područjem primjene članka 60. Ugovora, bez potrebe za razlikovanjem između skrbi pružene u bolnici i izvan bolnice (vidjeti presudu od 31. siječnja 1984., Luisi i Carbone, 286/82 i 26/83, Zb., str. 377., t. 16., te gore navedene presude Society for the Protection of Unborn Children Ireland, t. 18., u vezi s oglašavanjem klinika uključenih u namjerni prekid trudnoće, i Kohll, t. 29. i 51.).
- 54 Jednako tako iz ustaljene sudske prakse proizlazi da posebna narav određenih usluga nije razlog za njihovo uklanjanje iz područja primjene temeljnog načela slobode kretanja (presuda od 17. prosinca 1981., Webb, 279/80, Zb., str. 3305., t. 10., i gore navedena presuda Kohll, t. 20.), tako da se činjenicom da nacionalni propis o kojem je riječ u glavnim postupcima pripada području socijalne sigurnosti ne može isključiti primjena članaka 59. i 60. Ugovora (gore navedena presuda Kohll, t. 21.).
- 55 Osobito u pogledu argumenta da bolničke usluge pružene u okviru sustava zdravstvenog osiguranja kojim su predviđena davanja u naravi, kao što je onaj koji je uređen ZFW-om, ne bi trebalo klasificirati kao usluge u smislu članka 60. Ugovora, valja napomenuti da je liječenje o kojem je riječ u glavnim postupcima, koje je bilo daleko izvan područja primjene takvog sustava i koje je pruženo u državama članicama koje nisu one u kojima su osiguranici osigurani, dovelo do toga da je pacijent izravno platio ustanovi u kojoj je liječenje pruženo. U tom pogledu valja priznati da se zdravstvena usluga koja je pružena u jednoj državi članici i koju plaća pacijent ne može izuzeti iz područja primjene slobode pružanja usluga koja je zajamčena Ugovorom samo zato jer se zahtijeva naknada troškova predmetne skrbi na temelju zakonodavstva o zdravstvenom osiguranju druge države članice kojim su u biti predviđena davanja u naravi.
- 56 Osim toga, valja smatrati da okolnost da bolničko liječenje izravno financiraju fondovi za zdravstveno osiguranje na temelju sporazuma i unaprijed utvrđenih tarifa ni u kojem slučaju nije takva da zbog nje takvo liječenje ne pripada području usluga u smislu članka 60. Ugovora.
- 57 S jedne strane, valja podsjetiti da članak 60. Ugovora ne zahtijeva da isporučene usluge plaćaju oni koji ih koriste (presude od 26. travnja 1988., Bond van Adverteerders i dr., 352/85, Zb., str. 2085., t. 16., i od 11. travnja 2000., Deliège, C-51/96 i C-191/97, Zb., str. I-2549., t. 56.).
- 58 S druge strane, u članku 60. Ugovora navedeno je da se primjenjuje na usluge koje se uobičajeno obavljaju uz naknadu i već je presuđeno da se u smislu te odredbe bitna značajka naknade sastoji u tome da ta naknada predstavlja ekonomsku protučinidbu uslugama o kojima je riječ (gore navedena presuda Humbel, t. 17.). U ovom su slučaju plaćanja, iako paušalna, koja su obavili fondovi za zdravstveno osiguranje u okviru sustava sporazuma uspostavljenog ZFW-om zapravo ekonomske protučinidbe za bolničke usluge i neosporivo su naknada za bolničku ustanovu koja ta plaćanja prima i koja sudjeluje u djelatnosti gospodarske naravi.
- 59 Budući da su usluge o kojima je riječ u glavnim postupcima obuhvaćene područjem primjene slobode pružanja usluga u smislu članaka 59. i 60. Ugovora, valja ispitati određuju li se propisom o kojem je riječ u glavnim postupcima prepreke toj slobodi te, u odgovarajućem slučaju, mogu li se te prepreke objektivno opravdati.

Ograničavajući učinci propisa o kojem je riječ u glavnim postupcima

- 60 Valja utvrditi postoji li ograničenje slobode pružanja usluga u smislu članka 59. Ugovora ako troškove usluga pruženih u bolničkoj ustanovi u drugoj državi članici fondovi za zdravstveno osiguranje preuzimaju samo pod uvjetom prethodnog odobrenja, koje se izdaje samo ako je predmetno liječenje obuhvaćeno sustavom zdravstvenog osiguranja države članice u kojoj je osiguranik osiguran, čime se zahtijeva da je to liječenje „uobičajeno u predmetnim stručnim krugovima”, i ako je osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje utvrdio da je za njegovo liječenje potrebna hospitalizacija u predmetnoj bolničkoj ustanovi, čime se pretpostavlja da ugovorni pružatelj skrbi u državi članici u kojoj je osiguranik osiguran ne može pravodobno pružiti odgovarajuću skrb.
- 61 U tom pogledu valja podsjetiti da se prema ustaljenoj sudskoj praksi članku 59. Ugovora protivi primjena bilo kojeg nacionalnog propisa koji za učinak ima da je između država članica teže pružati usluge nego što je slučaj s pružanjem usluga isključivo unutar jedne države članice (presuda od 5. listopada 1994., Komisija/Francuska, C-381/93, Zb., str. I-5145., t. 17., i gore navedena presuda Kohll, t. 33.).
- 62 U ovom slučaju valja istaknuti da iako se ZFW-om osiguranicima ne oduzima mogućnost da se obrate pružatelju usluga sa sjedištem u drugoj državi članici, njime se ipak naknada tako nastalih troškova uvjetuje prethodnim odobrenjem te je osim toga predviđeno odbijanje takvog odobrenja ako nisu zadovoljene dvije obaveze navedene u točki 60. ove presude.
- 63 U vezi s prvom obavezom, a to je da predviđeno liječenje mora biti usluga obuhvaćena ZFW-om, odnosno liječenje koje se može smatrati „uobičajenim u predmetnim stručnim krugovima”, dovoljno je utvrditi da takav uvjet po svojoj naravi može dovesti do odbijanja odobrenja. Tumačenjem izraza „uobičajen” i „predmetni stručni krugovi” utvrdit će se samo točna učestalost tog odbijanja, a ne njegovo postojanje.
- 64 Druga obaveza, odnosno da pružanje bolničkog liječenja u drugoj državi članici mora biti medicinski nužno, što je slučaj samo ako se pravodobno odgovarajuće liječenje ne može osigurati u ugovornim bolničkim ustanovama u državi članici u kojoj je osiguranik osiguran, po svojoj je naravi takva da se njome jako ograničavaju okolnosti u kojima se može dobiti takvo odobrenje.
- 65 Nizozemska vlada i Komisija ustraju na činjenici da su fondovi za zdravstveno osiguranje mogli sklopiti sporazume s bolničkim ustanovama izvan Nizozemske i da u tom slučaju ne bi bilo potrebno prethodno odobrenje na temelju ZFW-a za troškove skrbi pružene u takvim ustanovama.
- 66 U tom pogledu valja navesti da se, neovisno o činjenici da takva mogućnost ne proizlazi jasno iz odredbi nacionalnog prava na koje se upućuje pred Sudom, u zahtjevu za prethodnu odluku ističe da će se u praksi, uzimajući u obzir osobito uvjete o kojima ovisi sklapanje sporazuma, sporazumi sklapati s bolničkim ustanovama sa sjedištem u Nizozemskoj. Valja priznati i da se, osim bolničkih ustanova sa sjedištem u susjednim regijama Nizozemske, čini nevjerojatnim da bi znatan broj bolničkih ustanova sa sjedištem u drugim državama članicama htio sklopiti sporazume s

nizozemskim fondovima za zdravstveno osiguranje jer su izgledi za prijam pacijenata osiguranika tih fondova još uvijek neizvjesni i ograničeni.

- 67 Stoga je utvrđeno da će u većini slučajeva preuzimanje troškova na temelju ZFW-a za bolničku skrb pruženu u ustanovama sa sjedištem u državi članici koja nije ona u kojoj je osiguranik osiguran biti uvjetovano prethodnim odobrenjem, kao što je slučaj s liječenjem o kojem je riječ u glavnim postupcima, i da će se to odobrenje odbiti ako nisu zadovoljene dvije obveze iz točke 60. ove presude.
- 68 U usporedbi s time, skrb koja je pružena u ugovornoj bolničkoj ustanovi sa sjedištem u Nizozemskoj, koja čini najveći dio bolničke skrbi koja se u toj državi pruža osiguranicima na temelju ZFW-a, plaćaju fondovi za zdravstveno osiguranje bez potrebe za prethodnim odobrenjem.
- 69 Iz prethodnih razmatranja proizlazi da se propisom kao što je onaj o kojem je riječ u glavnim postupcima osiguranike odvrća, pa čak i sprječava da se obrate pružateljima zdravstvenih usluga sa sjedištem u državama članicama koje nisu ona u kojoj je osiguranik osiguran i da on za osiguranike i pružatelje predstavlja prepreku slobodi pružanja usluga (vidjeti u tom smislu gore navedenu presudu Luisi i Carbone, t. 16., presudu od 28. siječnja 1992., Bachmann, C-204/90, Zb., str. I-249., t. 31., i gore navedenu presudu Kohll, t. 35.).
- 70 U tim okolnostima valja ispitati može li se takav propis, koji se odnosi na zdravstvene usluge pružene u bolnici kao što su one o kojima je riječ u glavnim postupcima, objektivno opravdati.
- 71 U tom pogledu prvo valja utvrditi važne razloge kojima se mogu opravdati prepreke slobodi pružanja zdravstvenih usluga u bolnici, zatim valja provjeriti može li se opravdati načelo prethodnog odobrenja s obzirom na takve važne razloge i naposljetku valja ispitati mogu li se opravdati uvjeti kojima je uređeno izdavanje prethodnog odobrenja.

Važni razlozi na koje se može pozvati kako bi se opravdale prepreke slobodi pružanja usluga u području bolničke skrbi

- 72 Valja podsjetiti, kao što su to učinile sve vlade koje su podnijele očitovanja Sudu, da je potonji već presudio da je moguće da rizik ozbiljnog narušavanja financijske ravnoteže sustava socijalne sigurnosti čini važan razlog u općem interesu koji može opravdati prepreku slobodnom pružanju usluga (gore navedena presuda Kohll, t. 41.).
- 73 Sud je isto tako potvrdio da cilj održavanja uravnotežene zdravstvene i bolničke usluge koja je svima dostupna može također, čak i ako je bitno povezan s načinom financiranja sustava socijalne sigurnosti, ulaziti u odstupanja na osnovi javnog zdravlja na temelju članka 56. Ugovora o EZ-u (koji je nakon izmjene postao članak 46. UEZ-a) u mjeri u kojoj taj cilj doprinosi postizanju više razine zdravstvene zaštite (gore navedena presuda Kohll, t. 50.).
- 74 Sud je također pojasnio da članak 56. Ugovora omogućuje državama članicama ograničavanje slobodnog pružanja zdravstvenih i bolničkih usluga u mjeri u kojoj je održavanje kapaciteta liječenja ili zdravstvenih mogućnosti na državnom području

bitno za javno zdravlje, pa čak i preživljavanje stanovništva (gore navedena presuda Kohll, t. 51.).

- 75 Stoga valja utvrditi može li se nacionalni propis o kojem je riječ u glavnim postupcima stvarno opravdati s obzirom na te važne razloge i, ako je to slučaj, osigurati u skladu s ustaljenom sudskom praksom da ne prelazi ono što je objektivno potrebno u tu svrhu te da se isti rezultat ne može postići manje restriktivnim pravilima (vidjeti presude od 4. prosinca 1986., Komisija/Njemačka, 205/84, Zb., str. 3755., t. 27. i 29., od 26. veljače 1991., Komisija/Italija, C-180/89, Zb., str. I-709., t. 17. i 18., i od 20. svibnja 1992., Ramrath, C-106/91, Zb., str. I-3351., t. 30. i 31.).

Obveza prethodnog odobrenja

- 76 U pogledu obveze prethodnog odobrenja kojom je na temelju ZFW-a uvjetovano preuzimanje troškova skrbi koju je u drugoj državi članici pružio neugovorni pružatelj valja priznati, kao što su istaknule sve vlade koje su podnijele očitovanja Sudu, da u usporedbi sa zdravstvenim uslugama koje pružaju liječnici u svojim ordinacijama ili u domu pacijenta zdravstvene usluge pružene u bolničkoj ustanovi nedvojbeno imaju posebne značajke. Dobro je poznato da broj bolničkih ustanova, njihova geografska raspodjela, njihova organizacija i oprema kojom raspolažu, pa čak i priroda zdravstvenih usluga koju su u mogućnosti ponuditi, moraju biti predmet planiranja.
- 77 Kao što se osobito može vidjeti iz sustava sporazuma u glavnim postupcima, ta vrsta planiranja stoga se općenito temelji na različitim potrebama.
- 78 S jedne strane, cilj takvog planiranja je osigurati na državnom području dotične države dostatan i stalan pristup uravnoteženom rasponu visokokvalitetnog bolničkog liječenja.
- 79 S druge strane, time se nastoje kontrolirati troškovi i spriječiti, koliko je to moguće, svako rasipanje financijskih, tehničkih i ljudskih resursa. Takvo rasipanje bilo bi utoliko štetnije s obzirom da je opće poznato da sektor bolničke skrbi proizvodi znatne troškove i mora zadovoljiti rastuće potrebe, dok financijska sredstva koja se mogu staviti na raspolaganje za zdravstvenu skrb nisu neograničena, bez obzira koji se način financiranja primjenjuje.
- 80 Iz tih obiju perspektiva zahtjev da preuzimanje troškova od strane nacionalnog sustava socijalne sigurnosti za bolničko liječenje obavljeno u drugoj državi članici podliježe prethodnom odobrenju izgleda kao potrebna i razumna mjera.
- 81 U pogledu sustava uspostavljenog ZFW-om jasno je da ako bi se osiguranici mogli slobodno i u svim okolnostima jednostavno obratiti bolničkim ustanovama s kojima njihov fond za zdravstveno osiguranje nema sklopljen nikakav sporazum, bez obzira imaju li te ustanove sjedište u Nizozemskoj ili nekoj drugoj državi članici, svi naponi planiranja pomoću sustava sporazuma kako bi se zajamčila racionalizirana, stabilna, uravnotežena i dostupna ponuda bolničkih usluga bili bi ugroženi.
- 82 Iako se, na temelju prethodno navedenih razmatranja, pravu Zajednice u načelu ne protivi sustav prethodnog odobrenja, uvjeti za dodjelu takvog odobrenja moraju biti

opravdani s obzirom na gore navedene potrebe i moraju udovoljavati obvezi proporcionalnosti navedenoj u točki 75. ove presude.

Uvjet uobičajenosti predviđenog liječenja

- 83 Kao što je prethodno navedeno, na temelju propisa o kojem je riječ u glavnim postupcima izdavanje odobrenja uvjetovano je time da se predviđeno liječenje ili kirurško liječenje može smatrati „uobičajenim u predmetnim stručnim krugovima”.
- 84 Prvo valja istaknuti da se u skladu s člankom 3. Verstrekingenbesluita taj uvjet na temelju ZFW-a primjenjuje općenito na preuzimanje troškova svih vrsta zdravstvene i kirurške skrbi tako da se u načelu primjenjuje bez obzira na to hoće li se predviđeno liječenje pružiti u ugovornoj ustanovi ili izvan nje, na nizozemskom državnom području ili izvan njega.
- 85 Uzimajući u obzir to pojašnjenje, valja podsjetiti, kao što je to već učinjeno u točkama 44. i 45. ove presude, da je na svakoj državi članici da svojim zakonodavstvom uredi svoj nacionalni sustav socijalne sigurnosti i da osobito utvrdi uvjete kojima se uređuje ostvarivanje prava na davanja.
- 86 Sud je, među ostalim, već presudio da u načelu s pravom Zajednice nije nespojivo da država članica s ciljem ograničavanja troškova uspostavi ograničavajuće popise na temelju kojih se određeni lijekovi isključuju iz naknade troškova u okviru sustava socijalne sigurnosti (gore navedena presuda Duphar i dr., t. 17.).
- 87 Isto načelo valja primijeniti na liječenje i bolničko liječenje kada se utvrđuje za koje će se vrste liječenja troškovi nadoknaditi u okviru sustava socijalne sigurnosti predmetne države članice. Iz toga proizlazi da se pravom Zajednice državu članicu ne može prisiliti na proširenje popisa zdravstvenih usluga čiji se troškovi nadoknađuju u okviru sustava socijalne pomoći i da u tom pogledu nije relevantno je li to liječenje obuhvaćeno sustavima zdravstvenog osiguranja drugih država članica.
- 88 Kao što je navedeno u točki 46. ove presude, prilikom provedbe tih ovlasti države članice moraju poštovati pravo Zajednice.
- 89 Stoga iz sudske prakse Suda proizlazi da popis lijekova isključenih iz naknade troškova treba sastaviti u skladu s člankom 30. Ugovora o EZ-u (koji je nakon izmjene postao članak 28. UEZ-a), što će se osigurati samo ako je popis sastavljen na temelju objektivnih kriterija neovisno o podrijetlu proizvodâ (gore navedena presuda Duphar, t. 21.).
- 90 Osim toga, iz ustaljene sudske prakse proizlazi da se sustavom prethodnog administrativnog odobrenja ne mogu ozakoniti diskrecijske odluke nacionalnih tijela na način da oduzimaju učinkovitost odredbama prava Zajednice, posebno onih koje se odnose na temeljnu slobodu poput one u predmetu u glavnim postupcima (vidjeti presude od 23. veljače 1995., Bordessa i dr., C-358/93 i C-416/93, Zb., str. I-361., t. 25., od 14. prosinca 1995., Sanz de Lera i dr., C-163/94, C-165/94 i C-250/94, Zb., str. I-4821., t. 23. do 28., i od 20. veljače 2001., Analir i dr., C-205/99, Zb., str. I-1271., t. 37.). Stoga, kako bi sustav prethodnog administrativnog odobrenja bio opravdan iako odstupa od takve temeljne slobode, u svakom slučaju mora se temeljiti na objektivnim,

nediskriminirajućim i unaprijed poznatim kriterijima, na način da se ograniči izvršavanje diskrecijske ovlasti nacionalnih tijela da to izvršenje ne bude samovoljno (gore navedena presuda Analir i dr., t. 38.). Takav sustav prethodnog administrativnog odobrenja mora se jednako tako temeljiti na proceduralnom sustavu koji je lako dostupan i koji zainteresiranim osobama može osigurati da će se zahtjev za odobrenje obraditi objektivno i nepristrano u razumnom roku te da će se osim toga eventualna odbijanja odobrenja moći osporiti pravnim sredstvima.

- 91 Posebno valja napomenuti da se sustav zdravstvenog osiguranja utvrđen ZFW-om ne temelji na unaprijed uspostavljenom popisu vrsta usluga koji sastavljaju nacionalna tijela i u pogledu kojeg se jamči naknada troškova. Nizozemski zakonodavac donio je opće pravilo kojim je predviđeno preuzimanje troškova liječenja ako je ono „uobičajeno u predmetnim stručnim krugovima”. Time je fondovima za zdravstveno osiguranje, koji po potrebi djeluju pod nadzorom Ziekenfondsraada i sudova, prepustio da odrede vrste liječenja koje ispunjavaju taj uvjet.
- 92 U ovom slučaju iz rasprave pred sudom koji je uputio zahtjev, koja se odražava u prvom prethodnom pitanju pod (b), i iz očitovanja podnesenih Sudu proizlazi da se izraz „uobičajeno u predmetnim stručnim krugovima” može različito tumačiti, osobito ovisno o tome treba li uzeti u obzir ono što se uobičajenim smatra samo u nizozemskim liječničkim krugovima, što se, ako je suditi prema zahtjevu za prethodnu odluku, čini kao rješenje kojem prednost daje nacionalni sud (vidjeti t. 23. ove presude), ili, suprotno tome, ono što se uobičajenim smatra s obzirom na stanje međunarodne medicinske znanosti i zdravstvene standarde koji su opće prihvaćeni na međunarodnoj razini.
- 93 U tom je pogledu nizozemska vlada navela da ako je određeno liječenje stručno prikladno liječenje koje se temelji na znanstvenoj osnovi, ono se smatra davanjem u smislu ZFW-a, tako da primjena kriterija uobičajenosti ne smije za posljedicu imati naknadu samo troškova skrbi koja je uobičajeno dostupna u Nizozemskoj. Prema mišljenju te vlade, mišljenje nizozemskih stručnih krugova jednako se tako temelji na stanju tehnike i na znanstvenim stajalištima na međunarodnoj razini te ovisi o tome smatra li se, s obzirom na stanje nacionalne i međunarodne znanosti, liječenje uobičajenim. Stoga se taj kriterij primjenjuje bez razlike na liječenje dostupno u Nizozemskoj i na liječenje zbog kojeg osiguranik želi ići u inozemstvo.
- 94 Može se smatrati da se samo tumačenjem koje se temelji na onome što je medicinska znanost u dovoljnoj mjeri provjerila i potvrdila mogu zadovoljiti zahtjevi iz točaka 89. i 90. ove presude.
- 95 Iz tih zahtjeva proizlazi da uspostava sustava kao što je onaj o kojem je riječ u glavnim postupcima, u skladu s kojim je donošenje odluke o odobrenju potrebnom za bolničko liječenje u drugoj državi članici povjereno fondovima za zdravstveno osiguranje, znači da kriteriji koje su ti fondovi dužni primjenjivati u tu svrhu moraju biti objektivni i neovisni o sjedištu pružatelja usluga.
- 96 S tim u vezi, time što će se pri određivanju onoga što je uobičajeno i što nije u obzir uzeti samo liječenje koje se uobičajeno provodi na državnom području ili znanstvena stajališta nacionalnih medicinskih krugova, neće se osigurati ta jamstva i, suprotno tome, vjerojatno će se u praksi dati prednost nizozemskim pružateljima skrbi.

- 97 S druge strane, ako je uvjet „uobičajenosti” liječenja proširen u tolikoj mjeri da se, pod uvjetom da je medicinska znanost u dovoljnoj mjeri provjerila i potvrdila liječenje, odobrenje koje se traži na temelju ZFW-a ne može iz tog razloga odbiti, valja smatrati da je takav uvjet, koji je objektivn i koji se bez razlike primjenjuje na nacionalno liječenje i liječenje u inozemstvu, opravdan s obzirom na nužnost održavanja dostatne, uravnotežene i stalne ponude bolničke skrbi na državnom području i osiguravanja financijske stabilnosti sustava zdravstvenog osiguranja, tako da se ograničenjem slobode pružanja usluga za bolničke ustanove sa sjedištem u drugim državama članicama koje bi moglo nastati kao posljedica primjene tog uvjeta ne krši članak 59. Ugovora.
- 98 Nadalje, u tom pogledu valja pojasniti da ako, kao u ovom slučaju, država članica odluči da je kriterij za preuzimanje troškova u okviru sustava socijalne sigurnosti u dovoljnoj mjeri provjereno i potvrđeno liječenje ili bolničko liječenje, nacionalna tijela koja odlučuju o odobrenju na temelju činjenice ispunjava li bolničko liječenje pruženo u drugim državama članicama taj kriterij moraju uzeti u obzir sve relevantne dostupne elemente, uključujući, među ostalim, postojeću znanstvenu literaturu i studije, stručna mišljenja specijalista i okolnost da je predmetno liječenje obuhvaćeno ili da nije obuhvaćeno sustavom zdravstvenog osiguranja države članice u kojoj se liječenje pruža.

Uvjet nužnosti predviđenog liječenja

- 99 Na temelju propisa o kojem je riječ u glavnim postupcima izdavanje odobrenja na temelju kojeg se dopušta preuzimanje troškova zdravstvene usluge pružene u inozemstvu podliježe drugom uvjetu, odnosno dokazu da je ta usluga potrebna za liječenje osiguranika.
- 100 Kao što navodi sud koji je uputio zahtjev, iz teksta članka 9. stavka 4. ZFW-a i članka 1. Rhbz-a proizlazi da se taj uvjet u načelu primjenjuje bez obzira na to odnosi li se zahtjev za odobrenje na liječenje u ustanovi u Nizozemskoj s kojom osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje nema sklopljen sporazum ili u ustanovi sa sjedištem u drugoj državi članici.
- 101 Sud koji je uputio zahtjev u vezi s bolničkim liječenjem koje se provodi izvan Nizozemske navodi da se taj uvjet u praksi često tumači u smislu da se takvo liječenje neće odobriti osim ako se čini da se prikladno liječenje ne može pravodobno osigurati u Nizozemskoj, pri čemu u tom pogledu nema razlike može li se takvo liječenje pružiti u ugovornoj ili neugovornoj ustanovi.
- 102 Nizozemska vlada pojašnjava da se zakonodavstvom o kojem je riječ u glavnim postupcima ne zahtijeva odbijanje zahtjeva za odobrenje ako je skrb koja se traži dostupna u Nizozemskoj. Iz teksta članka 9. stavka 4. ZFW-a u vezi s člankom 1. Rhbz-a proizlazi da se odobrenje mora odbiti samo ako je skrb koja se zahtijeva na temelju zdravstvenog stanja osiguranika dostupna kod ugovornih pružatelja skrbi. Nizozemska vlada ističe da fondovi za zdravstveno osiguranje smatraju sjedište pružatelja skrbi relevantnim čimbenikom, što je prema njezinom tumačenju neprimjereno.

- 103 S obzirom na objašnjenja iz točke 90. ove presude, u tom pogledu valja smatrati da se uvjet nužnosti liječenja, koji je predviđen propisom o kojem je riječ u glavnim postupcima, može opravdati člankom 59. Ugovora ako se tumači tako da se odobrenje za liječenje u drugoj državi članici može odbiti samo ako se pravodobno može osigurati istovjetno ili jednako učinkovito liječenje za pacijenta u ustanovi s kojom osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje ima sklopljen sporazum.
- 104 Nadalje, kako bi se utvrdilo može li se jednako učinkovito liječenje za pacijenta pravodobno poduzeti u ustanovi koja ima sklopljen sporazum s osiguranikovim fondom za zdravstveno osiguranje, nacionalna tijela dužna su uzeti u obzir sve okolnosti svakog pojedinog slučaja i voditi računa ne samo o zdravstvenom stanju pacijenta prilikom podnošenja zahtjeva za odobrenje, nego i o njegovoj povijesti bolesti.
- 105 Takvim se uvjetom može omogućiti održavanje adekvatne, uravnotežene i stalne ponude visokokvalitetnog bolničkog liječenja na državnom području i osiguravanje financijske stabilnosti sustava zdravstvenog osiguranja.
- 106 Ako bi se veliki broj osiguranika odlučio liječiti u drugim državama članicama čak i ako bolničke ustanove koje imaju sklopljene sporazume s njihovim fondovima za zdravstveno osiguranje nude adekvatno jednako ili istovjetno liječenje, posljedičnim odljevom pacijenata ugrozilo bi se samo načelo sporazuma, čime bi se posljedično narušili svi naponi planiranja i racionalizacije u tom ključnom sektoru kako bi se izbjegla pojava prenatrpanosti bolnica, neuravnotežene ponude bolničkog liječenja te logističkog i financijskog rasipanja.
- 107 Međutim, čim je jasno da skrb obuhvaćenu nacionalnim sustavom zdravstvenog osiguranja ne može pružiti ugovorna ustanova, nedopustivo je da se nacionalnim bolničkim ustanovama koje nemaju sporazum s osiguranikovim fondom za zdravstveno osiguranje daje prednost na štetu bolničkih ustanova sa sjedištem u drugim državama članicama. U trenutku kada se takvo liječenje po pretpostavci pruža izvan okvira planiranja uspostavljenog ZFW-om, takvom bi se prednošću prešlo ono što je nužno za jamčenje očuvanja važnih razloga iz točke 105. ove presude.
- 108 S obzirom na sve prethodno navedeno, nacionalnom sudu valja odgovoriti da se člancima 59. i 60. Ugovora ne protivi zakonodavstvo države članice, kao što je ono o kojem je riječ u glavnim postupcima, kojim se preuzimanje troškova skrbi pružene u bolničkoj ustanovi sa sjedištem u drugoj državi članici uvjetuje prethodnim odobrenjem fonda za zdravstveno osiguranje u kojem je osiguranik osiguran i u skladu s kojim izdavanje takvog odobrenja podliježe dvama uvjetima, a to su, s jedne strane, da se liječenje mora smatrati „uobičajenim u predmetnim stručnim krugovima”, što je kriterij koji se primjenjuje i kada se utvrđuje je li bolnička skrb pružena na državnom području pokrivena zdravstvenim osiguranjem, i, s druge strane, da je to nužno za liječenje osiguranika. Međutim, to se primjenjuje samo

- ako se zahtjev „uobičajenosti” liječenja tumači u smislu da se odobrenje ne može odbiti ako se čini da je predmetno liječenje međunarodna medicinska znanost u dovoljnoj mjeri provjerila i potvrdila i

- ako se odobrenje zbog izostanka medicinske nužnosti može odbiti samo ako se pravodobno može osigurati istovjetno ili jednako učinkovito liječenje za pacijenta u ustanovi s kojom osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje ima sklopljen sporazum.

Troškovi

- 109 Troškovi nizozemske, belgijske, danske, njemačke, francuske, irske, austrijske, portugalske, finske, švedske vlade, vlade Ujedinjene Kraljevine, islandske i norveške vlade te Komisije, koje su podnijele očitovanja Sudu, ne nadoknađuju se. Budući da ovaj postupak ima značaj prethodnog pitanja za stranke glavnog postupka pred sudom koji je uputio zahtjev, na tom je sudu da odluči o troškovima postupka.

Slijedom navedenog,

SUD,

kao odgovor na pitanja koja mu je rješenjem od 28. travnja 1999. uputio Arrondissementsrechtbank te Roermond (Okružni sud, Roermond), odlučuje:

Članku 59. Ugovora o EZ-u (koji je nakon izmjene postao članak 49. UEZ-a) i članku 60. Ugovora o EZ-u (koji je postao članak 50. UEZ-a) ne protivi se zakonodavstvo države članice, kao što je ono o kojem je riječ u glavnim postupcima, kojim se preuzimanje troškova skrbi pružene u bolničkoj ustanovi sa sjedištem u drugoj državi članici uvjetuje prethodnim odobrenjem fonda za zdravstveno osiguranje u kojem je osiguranik osiguran i u skladu s kojim izdavanje takvog odobrenja podliježe dvama uvjetima, a to su, s jedne strane, da se liječenje mora smatrati „uobičajenim u predmetnim stručnim krugovima”, što je kriterij koji se primjenjuje i kada se utvrđuje je li bolnička skrb pružena na državnom području pokrivena zdravstvenim osiguranjem i, s druge strane, da je to nužno za liječenje osiguranika. Međutim, to se primjenjuje samo

- ako se zahtjev „uobičajenosti” liječenja tumači u smislu da se odobrenje ne može odbiti ako se čini da je predmetno liječenje međunarodna medicinska znanost u dovoljnoj mjeri provjerila i potvrdila i

- ako se odobrenje zbog izostanka medicinske nužnosti može odbiti samo ako se pravodobno može osigurati istovjetno ili jednako učinkovito liječenje za pacijenta u ustanovi s kojom osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje ima sklopljen sporazum.

Objavljeno na javnoj raspravi u Luxembourgu 12. srpnja 2001.

[Potpisi]

⁽ⁱ⁾ Jezik postupka: nizozemski