

PRESUDA SUDA

13. svibnja 2003.(*)

„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 ugovornog partnerstva – Zdravstveni troškovi nastali u drugoj državi članici – Prethodno odobrenje – Kriteriji – Opravdanje”

U predmetu C-385/99,

povodom zahtjeva za prethodnu odluku na temelju članka 234. UEZ-a, koji je Sudu uputio Centrale Raad van Beroep (Središnji žalbeni sud, Nizozemska), u sporu koji se pred tim sudom vodi između

V. G. Müller-Fauré

i

Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA

te između

E. E. M. van Riet

i

Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO 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, M. Wathelet (izvjestitelj) R. Schintgen i C. W. A. Timmermans (predsjednici vijeća), D. A. O. Edward, A. La Pergola, P. Jann, F. Macken, N. Colneric, S. von Bahr i J. N. Cunha Rodrigues, suci,

nezavisni odvjetnik: D. Ruiz-Jarabo Colomer,

tajnik: H. A. Ruhl, glavni administrator,

uzimajući u obzir pisana očitovanja koja su podnijeli:

– za V. G. Müller-Fauré, J. Blom, *advocaat*,

- za Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, J. K. de Pree, *advocaat*,
- za nizozemsku vladu, M. A. Fierstra, u svojstvu agenta,
- za belgijsku vladu, P. Rietjens, u svojstvu agenta,
- za dansku vladu, J. Molde, u svojstvu agenta,
- za njemačku vladu, W.-D. Plessing i B. Muttelsee-Schön, u svojstvu agenata,
- za španjolsku vladu, N. Díaz Abad, u svojstvu agenta,
- za irsku vladu, M. A. Buckley, u svojstvu agenta, uz asistenciju N. Hyland, *BL*,
- za talijansku vladu, U. Leanza, u svojstvu agenta, uz asistenciju I. M. Braguglije, *avvocato dello Stato*,
- za švedsku vladu A. Kruse, u svojstvu agenta,
- za vladu Ujedinjene Kraljevine, R. Magrill, u svojstvu agenta, uz asistenciju S. Moore, *barrister*,
- za islandsku vladu, E. Gunnarsson, H. S. Kristjánsson i V. Hauksdóttir, u svojstvu agenata,
- za norvešku vladu, H. Seland, u svojstvu agenta,
- za Komisiju Europskih zajednica, P. Hillenkamp i H. M. H. Speyart, u svojstvu agenata,

uzimajući u obzir dodatna pisana očitovanja koja su na zahtjev Suda podnijeli:

- za E. E. M. van Riet, A. A. J. van Riet,
- za Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, J. K. de Pree,
- za Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, H. H. B. Limberger, u svojstvu agenta,
- za nizozemsku vladu, H. G. Sevenster, u svojstvu agenta,
- za španjolsku vladu, N. Díaz Abad,
- za irsku vladu, D. J. O'Hagan, u svojstvu agenta,
- za švedsku vladu, A. Kruse,

- za vladu Ujedinjene Kraljevine, D. Wyatt, *QC*, u svojstvu agenta, uz asistenciju S. Moore,
- za norvešku vladu, H. Seland,
- za Komisiju, H. M. H. Speyart,

uzimajući u obzir izvještaj za raspravu,

saslušavši usmena očitovanja Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, koji zastupa J. K. de Pree, Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, koji zastupa R. Out, u svojstvu agenta, nizozemske vlade, koju zastupa H. G. Sevenster, danske vlade, koju zastupa J. Molde, španjolske vlade, koju zastupa N. Díaz Abad, irske vlade, koju zastupa A. Collins, *BL*, finske vlade koju zastupa T. Pynnä, u svojstvu agenta, vlade Ujedinjene Kraljevine, koju zastupa D. Lloyd-Jones, *QC*, i Komisije, koju zastupaju H. Michard, u svojstvu agenta, i H. M. H. Speyart, na raspravi održanoj 10. rujna 2002.,

saslušavši mišljenje nezavisnog odvjetnika na raspravi održanoj 22. listopada 2002.,

donosi sljedeću

Presudu

- 1 Rješenjem od 6. listopada 1999., koje je Sud zaprimio 11. listopada 1999., Centrale Raad van Beroep (Središnji žalbeni sud) uputio je Sudu, u skladu s člankom 234. UEZ-a, tri prethodna pitanja koja se odnose na tumačenje 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 V. G. Müller-Fauré i Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA (uzajamni fond za zdravstveno osiguranje, u daljnjem tekstu: fond Zwijndrecht), sa sjedištem u Zwijndrechtu (Nizozemska), te između E. E. M. van Riet i Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (u daljnjem tekstu: fond Amsterdam), sa sjedištem u Amsterdamu (Nizozemska), u vezi s naknadom zdravstvenih troškova nastalih u Njemačkoj odnosno Belgiji.

Nacionalni pravni okvir

- 3 U Nizozemskoj se sustav zdravstvenog osiguranja temelji, među ostalim, na Ziekenfondswetu (zakon o fondovima za zdravstveno osiguranje) od 15. listopada 1964. (Staatsblad 1964., br. 392), koji je naknadno izmijenjen (u daljnjem tekstu: ZFW), i na Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (zakon o općem osiguranju za posebne troškove liječenja) od 14. prosinca 1967. (Staatsblad 1967., br. 617), koji je isto tako naknadno izmijenjen (u daljnjem tekstu: AWBZ). 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 tome da su pružatelji zdravstvene skrbi ugovorni partneri fondova za zdravstveno osiguranje.

4 Iz članka 2. do 4. ZFW-a proizlazi da su zakonski obvezno osigurani radnici čiji godišnji prihod ne premašuje iznos utvrđen tim zakonom, osobe koje su izjednačene s njima i primatelji socijalnih davanja, kao i 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 Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzedering (uredba o davanjima u naravi za zdravstveno osiguranje) od 4. siječnja 1966. (Staatsblad 1966., br. 3), koja je naknadno izmijenjena (u daljnjem tekstu: Verstrekkingenbesluit), provodi se članak 8. stavak 2. ZFW-a.

8 Uredbom Verstrekkingenbesluit 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 Sustav ugovornog partnerstva uspostavljen ZFW-om ima sljedeća glavna obilježja.

10 Člankom 44. stavkom 1. ZFW-a predviđeno je da fondovi za zdravstveno osiguranje „sklapaju ugovore s osobama i ustanovama koje nude jedan oblik ili više oblika skrbi kako su navedeni u kraljevskoj uredbi donesenoj za provedbu članka 8.”

11 Člankom 44. stavkom 3. ZFW-a predviđeno je da takvi ugovori uključuju minimalne odredbe o naravi i opsegu uzajamnih obveza i prava stranaka, vrstama skrbi koja se pruža, kvaliteti i učinkovitosti pružene skrbi, nadzoru poštovanja ugovora, 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.

- 12 Fondovi za zdravstveno osiguranje mogu sklopiti ugovore sa svakim pružateljem skrbi pod dvama uvjetima. S jedne strane, iz članka 47. ZFW-a proizlazi da svaki fond za zdravstveno osiguranje „mora sklopiti ugovor [...] sa svakom ustanovom u regiji u kojoj posluje ili sa svakom ustanovom koju stanovništvo te regije redovito posjećuje”. S druge strane, ti se ugovori mogu sklopiti samo s ustanovama koje imaju propisno odobrenje za pružanje predmetne skrbi ili s osobama koje su za to zakonski ovlaštene.
- 13 Člankom 8.a ZFW-a predviđeno je:
- „1. Ustanova koja pruža usluge iz članka 8. mora za to imati odobrenje.
2. Kraljevskom uredbom može se predvidjeti da se smatra da ustanova koja pripada kategoriji koja će se definirati kraljevskom uredbom ima odobrenje za potrebe ovog zakona. [...]”
- 14 Iz članka 8.c točke (a) ZFW-a proizlazi da se ustanovi koja upravlja bolnicom mora odbiti odobrenje 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.
- 15 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 koja je ugovorni partner osiguranikovog fonda za zdravstveno osiguranje 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 ambulancevervoerera ([zakon 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.
- [...]”
- 16 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 (uredba 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 svoje pravo na davanje ostvari 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.”

- 17 Ako osiguranik dobije odobrenje da se obrati pružatelju skrbi sa sjedištem u inozemstvu, troškove liječenja u potpunosti snosi fond za zdravstveno osiguranje u kojem je osiguranik osiguran.
- 18 Centrale Raad van Beroep (Središnje žalbeno tijelo) navodi da se prema ustaljenoj sudskoj praksi zahtjevi za odobrenje liječenja u inozemstvu koji se financiraju na temelju ZFW-a moraju podnijeti osiguranikovom fondu za zdravstveno osiguranje i da potonji mora prethodno odobriti pružanje skrbi, osim u izvanrednim okolnostima kao što je hitan slučaj, jer se drukčije ne mogu nadoknaditi troškovi liječenja.
- 19 Osim toga, u pogledu uvjeta predviđenog člankom 9. stavkom 4. ZFW-a i člankom 1. Rhbz-a da liječenje osiguranika u inozemstvu mora biti medicinski nužno, iz spisa proizlazi da fond u praksi uzima u obzir metode liječenja dostupne u Nizozemskoj i provjerava može li se odgovarajuće liječenje pravodobno osigurati na državnom području te države članice.

Glavni postupci

Predmet Müller-Fauré

- 20 Za vrijeme odmora u Njemačkoj V. G. Müller-Fauré bila je na liječenju kod stomatologa koje je uključivalo postavljanje osam zubnih krunica i fiksne proteze na gornjoj čeljusti. Liječenje je provedeno od 20. listopada do 18. studenoga 1994. i to izvan bolnice.
- 21 Kada se vratila s odmora, fondu Zwijndrecht podnijela je zahtjev za naknadu troškova liječenja u ukupnom iznosu od 7444,59 DEM. Dopisom od 12. svibnja 1995. navedeni je fond na temelju mišljenja svojeg stomatologa savjetnika odbio zahtjev.
- 22 V. G. Müller-Fauré zatražila je mišljenje Ziekenfondsraada, koji je odgovoran za nadzor upravljanja fondovima za zdravstveno osiguranje i njihovog vođenja i koji je 16. veljače 1996. potvrdio odluku fonda Zwijndrecht uz obrazloženje da osiguranici imaju pravo samo na liječenje, ali ne i na naknadu troškova liječenja, osim u izvanrednim okolnostima, koje u tom slučaju nisu postojale.
- 23 V. G. Müller-Fauré zatim je podnijela tužbu pred Arrondissementsrechtbank te Rotterdam (Okružni sud u Rotterdamu, Nizozemska). Presudom od 21. kolovoza 1997. taj je sud potvrdio odluku fonda Zwijndrecht utvrdivši da u konkretnom slučaju nije bilo izvanrednih okolnosti kojima bi se opravdala naknada troškova, osobito s obzirom na razmjere liječenja i činjenicu da je trajalo nekoliko tjedana.

- 24 Centrale Raad van Beroep (Središnji žalbeni sud) ističe da Verstrekkingenbesluit u svakom slučaju pokriva samo ograničeni dio troškova liječenja V. G. Müller-Fauré i da je stoga samo taj dio prihvatljiv za naknadu. Osim toga navodi da se V. G. Müller-Fauré dobrovoljno liječila kod stomatologa u Njemačkoj za vrijeme odmora jer nije imala povjerenja u nizozemske stomatologe. Prema ustaljenoj sudskoj praksi tog suda, takvim se okolnostima ne može na temelju nacionalnog zakonodavstva opravdati naknada troškova liječenja u inozemstvu bez odobrenja osiguranikovog fonda.

Predmet Van Riet

- 25 E. E. M. Van Riet pati od bolova u desnom zapešću od 1985. Dana 5. travnja 1993. liječnik koji ju je liječio zatražio je od medicinskog savjetnika fonda Amsterdam odobrenje za pacijenticu za artroskopiju u bolnici u Deurneu (Belgija), gdje se ta pretraga može provesti u puno kraćem roku nego u Nizozemskoj. Fond je odbio taj zahtjev dopisima od 24. lipnja i 5. srpnja 1993. uz obrazloženje da se zahvat može provesti i u Nizozemskoj.
- 26 U međuvremenu je E. E. M. Van Riet već u svibnju 1993. obavila artroskopiju u bolnici u Deurneu te je nakon tog pregleda donesena odluka o skraćenju lakatne kosti kako bi se ublažili bolovi pacijentice. Priprema, zahvat i postoperativno liječenje provedeni su u Belgiji, djelomično u bolnici i djelomično izvan nje. Fond Amsterdam odbio je naknaditi troškove zahvata u ukupnom iznosu od 93 782 BEF, a tu je odluku potvrdio Ziekenfondsraad uz obrazloženje da nije bila riječ o hitnom slučaju ili medicinskoj nužnosti kojima bi se opravdalo liječenje E. E. M. Van Riet u Belgiji, jer je odgovarajuće liječenje bilo dostupno u Nizozemskoj u razumnom roku. Nadležni Arrondissementsrechtbank (okružni sud) odbio je tužbu E. E. M. Van Riet protiv odluke kao neosnovanu uz jednako obrazloženje kao i fond Amsterdam.
- 27 Centrale Raad van Beroep (Središnji žalbeni sud), pred kojim je tužiteljica u glavnom postupku podnijela žalbu, navodi da iako nije sporno da Verstrekkingenbesluit pokriva većinu troškova liječenja E. E. M. Van Riet, liječenje u Belgiji provedeno je bez prethodnog odobrenja, pri čemu nije bilo utvrđeno da zainteresirana osoba nije mogla iz zdravstvenih ili drugih razloga opravdano čekati odluku fonda Amsterdam o njezinom zahtjevu. Osim toga, prema mišljenju tog suda, vrijeme čekanja za E. E. M. Van Riet na artroskopiju u Nizozemskoj nije bilo nerazumno. Iz spisa proizlazi da je to vrijeme iznosilo približno šest mjeseci.
- 28 Sud koji je uputio zahtjev smatra da u ovom slučaju nisu bili ispunjeni uvjeti za primjenu članka 22. stavka 1. točke (a) Uredbe Vijeća (EEZ) br. 1408/71 od 14. lipnja 1971. o primjeni sustava socijalne sigurnosti na zaposlene osobe, samozaposlene osobe i članove njihovih obitelji koji se kreću unutar Zajednice, kako je izmijenjena i ažurirana Uredbom Vijeća (EZ) br. 118/97 od 2. prosinca 1996. (SL L 28, str. 1., u daljnjem tekstu: Uredba br. 1408/71) (SL, posebno izdanje na hrvatskom jeziku, poglavlje 5., svezak 7., str. 7.), jer zdravstveno stanje V. G. Müller-Fauré i E. E. M. Van Riet nije zahtijevalo trenutačno liječenje tijekom boravka na državnom području druge države članice. Jednako tako nije bilo utvrđeno da se predmetno liječenje u skladu s člankom 22. stavkom 1. točkom (c) i člankom 22. stavkom 2. drugim podstavkom te uredbe, s obzirom na zdravstveno stanje tužiteljica u glavnim postupcima, nije moglo provesti u Nizozemskoj u „uobičajenom razdoblju

potrebno” za to, što je okolnost na temelju koje bi fondovi za zdravstveno osiguranje bili obvezni odobriti liječenje u drugoj državi članici.

- 29 Navedeni sud ipak postavlja pitanje usklađenosti odluka o odbijanju naknade troškova s člancima 59. i 60. Ugovora s obzirom na presudu od 28. travnja 1998., Kohll (C-158/96, Zb., str. I-1931.). Taj sud navodi da se predmetnim nacionalnim odredbama osiguranike ne sprječava da se obrate pružatelju usluga sa sjedištem u drugoj državi članici, već se određuje preduvjet da fond za zdravstveno osiguranje u kojem je osiguranik osiguran mora imati sklopljen ugovor s tim pružateljem, nešto što u pravilu nije slučaj. Ako takav ugovor ne postoji, naknada troškova nastalih u drugoj državi članici podliježe prethodnom odobrenju, koje se daje samo ako je to „nužno za liječenje”, što je općenito slučaj samo ako ugovorni pružatelji skrbi ne mogu ponuditi prikladnu skrb. Obveza ishođenja prethodnog odobrenja stoga ide u korist ugovornih pružatelja zdravstvene skrbi, koji su gotovo uvijek nizozemski, a na štetu pružatelja skrbi iz drugih država članica. Sud koji je uputio zahtjev dodaje da se administrativne ovlasti nizozemskih tijela ne proširuju na pružatelje skrbi sa sjedištem u drugim državama članicama, što može spriječiti sklapanje ugovora s tim pružateljima.
- 30 Ako se utvrdi da se odobrenjem koje se zahtijeva člankom 9. stavkom 4. ZFW-a priječi sloboda pružanja usluga, Centrale Raad van Beroep (Središnji žalbeni sud) pita se je li ta obaveza opravdana.
- 31 U tom pogledu sud koji je uputio zahtjev upozorava na značajke nizozemskog sustava zdravstvenog osiguranja. Za razliku od sustava naknada troškova, tim se sustavom u biti jamči osiguravanje davanja u naravi. Prema očitovanju tuženika u glavnim postupcima, mogla bi se ugroziti financijska ravnoteža sustava ako bi osiguranici mogli zahtijevati naknadu troškova skrbi pružene bez prethodnog odobrenja u drugoj državi članici. Navedeni sud u tom pogledu upućuje na nacionalne mjere za nadzor troškova bolničke skrbi, osobito pravila iz Wet ziekenhuisvoorzieningena u vezi s planiranjem i geografskom raspodjelom skrbi te pravila iz ZFW-a kojima se naknada troškova ograničava na skrb pruženu u ovlaštenim bolničkim ustanovama.

O prethodnim pitanjima

- 32 U tim je okolnostima Centrale Raad van Beroep (Središnji žalbeni sud) odlučio prekinuti postupak i postaviti Sudu sljedeća prethodna pitanja:
- „1. Treba li članke 59. i 60. Ugovora o EZ-u [...] tumačiti u smislu da odredba kao što je članak 9. stavak 4. Ziekenfondsweta u vezi s člankom 1. Rhbz-a u načelu nije usklađena s tim člancima u mjeri u kojoj se njome propisuje da osiguranik mora dobiti prethodno odobrenje svojeg fonda za zdravstveno osiguranje kako bi, kad se za liječenje obrati osobi ili ustanovi izvan Nizozemske koja nije ugovorni partner fonda za zdravstveno osiguranje nije sklopio ugovor, mogao ostvariti svoje pravo na davanja?
 2. Ako je odgovor na prvo pitanje potvrđan, jesu li gore navedeni ciljevi [...] nizozemskog sustava davanja u naravi važan razlog u općem interesu kojim se može opravdati ograničenje temeljnog načela slobode pružanja usluga?

3. Je li za odgovor na ta pitanja važno je li skrb u cijelosti ili samo djelomično pružena u bolnici?"
- 33 Dopisom od 12. srpnja 2001. tajništvo Suda pitalo je sud koji je uputio zahtjev želi li ostati pri zahtjevu za prethodnu odluku s obzirom na presudu donesenu istog dana u predmetu Smits i Peerbooms (C-157/99, Zb., str. I-5473.).
- 34 Dopisom od 25. listopada 2001. sud koji je uputio zahtjev obavijestio je Sud da ostaje pri svojim pitanjima u dijelu u kojem se presuda Smits i Peerbooms ne odnosi posebno na značajke nizozemskog sustava zdravstvenog osiguranja, koji se temelji na davanjima u naravi na osnovi sporazuma. Osim toga, pozvao je Sud da objasni značaj točke 103. te presude u kojoj je navedeno:
- „[...] uvjet nužnosti liječenja, koji je predviđen propisom o kojem je riječ u glavnim postupcima, može se 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 ugovor.”
- 35 Preciznije, sud koji je uputio zahtjev pita Sud što treba razumjeti pod pojmom „pravodobno” te osobito treba li taj uvjet ocijeniti strogo na medicinskoj osnovi bez obzira na vrijeme čekanja za željeno liječenje.
- 36 Dopisom od 6. ožujka 2002. tajništvo Suda pozvalo je stranke iz glavnih postupaka, države članice i Komisiju da dostave sva eventualna očitovanja o posljedicama koje proizlaze iz navedene presude Smits i Peerbooms s obzirom na pitanja koja je postavio Centrale Raad van Beroep (Središnji žalbeni sud).

Prvo pitanje

- 37 Svojim prvim pitanjem 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 u drugoj državi članici koju pruža osoba ili ustanova koja nije ugovorni partner osiguranikoveg fonda za zdravstveno osiguranje uvjetuje prethodnim odobrenjem fonda.
- 38 Prvo 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 ili izvan nje (vidjeti najnoviju gore navedenu presudu Smits i Peerbooms, t. 53.).
- 39 Sud je jednako tako u točkama 54. i 55. presude Smits i Peerbooms presudio da činjenica da primjenjivi propis pripada području socijalne sigurnosti, a osobito da su njime u pogledu zdravstvenog osiguranja predviđena davanja u naravi, a ne naknade troškova, ne znači da predmetno liječenje nije obuhvaćeno područjem primjene slobode pružanja usluga koja je zajamčena Ugovorom. U tom pogledu valja utvrditi da je u glavnim postupcima za liječenje pruženo u državi članici koja nije ona u kojoj je predmetna osoba osigurana uslijedilo izravno plaćanje od strane pacijenta liječniku koji mu je pružio uslugu ili ustanovi u kojoj je skrb pružena.

- 40 Budući da su zdravstvene usluge obuhvaćene područjem primjene slobode pružanja usluga u smislu članaka 59. i 60. Ugovora, valja ispitati uvode li se propisom o kojem je riječ u glavnim postupcima ograničenja te slobode time što se preuzimanje troškova skrbi koju, u državi članici koja nije ona u kojoj osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje ima sjedište, pruži osoba ili ustanova koja nije ugovorni partner tog fonda uvjetuje prethodnim odobrenjem fonda.
- 41 U tom je pogledu Sud u točki 62. presude Smits i Peerbooms već utvrdio da iako se ZFW-om osiguranicima ne oduzima mogućnost da se obrate pružatelju usluga sa sjedištem u državi članici koja nije ona u kojoj osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje ima sjedište, njime se ipak naknada tako nastalih troškova uvjetuje prethodnim odobrenjem, koje se, kako ističe sud koji je uputio zahtjev, daje samo ako je predmetna skrb medicinski nužna, bez obzira na to pruža li se u bolnici ili ne.
- 42 Budući da je zahtjev medicinske nužnosti u praksi zadovoljen samo ako ugovorni liječnik ili ustanova u državi članici u kojoj je osoba osigurana ne mogu pravodobno pružiti prikladno liječenje, on je već po svojoj naravi takav da se njime jako ograničavaju okolnosti u kojima se može izdati takvo odobrenje (gore navedena presuda Smits i Peerbooms, t. 64.).
- 43 Točno je da nizozemski fondovi za zdravstveno osiguranje mogu sklapati ugovore s bolničkim ustanovama izvan Nizozemske. U tom slučaju ne bi bilo potrebno prethodno odobrenje na temelju ZFW-a za troškove skrbi pružene u takvim ustanovama. Međutim, osim bolničkih ustanova sa sjedištem u susjednim regijama Nizozemske, čini se nevjerojatnim da bi znatan broj bolničkih ustanova sa sjedištem u drugim državama članicama htio sklopiti ugovore s tim fondovima za zdravstveno osiguranje jer su izgledi prijama pacijenata osiguranika tih fondova još uvijek neizvjesni i ograničeni (gore navedena presuda Smits i Peerbooms, t. 65. i 66.).
- 44 Sud je stoga već presudio 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 različitim od one u kojoj je osiguranik osiguran te da taj propis za osiguranike i pružatelje predstavlja prepreku slobodi pružanja usluga (navedena presuda Smits i Peerbooms, t. 69.).
- 45 Međutim, prije no što se odgovori na pitanje protivi li se člancima 59. i 60. Ugovora propis kao što je onaj o kojem je riječ u glavnim postupcima, valja ispitati može li se taj propis objektivno opravdati, što je predmet drugog pitanja.

Drugo i treće pitanje

- 46 Svojim drugim i trećim pitanjem, koja valja ispitati zajedno, sud koji je uputio zahtjev pita može li se propis kao što je onaj o kojem je riječ u glavnim postupcima, koji ima ograničavajuće učinke na slobodu pružanja usluga, opravdati posebnim značajkama nacionalnog sustava zdravstvenog osiguranja kojim nije predviđena naknada troškova, već su u biti predviđena davanja u naravi i koji se temelji na sustavu ugovornog partnerstva koji je namijenjen osiguravanju kvalitete skrbi i nadzoru troškova skrbi. Sud također želi znati je li u tom pogledu važna činjenica da se predmetna skrb pruža u cijelosti ili djelomično u bolnici.

Argumentacija podnesena Sudu

- 47 Prema mišljenju nizozemske vlade i fonda Zwijndrecht, odobrenje koje se zahtijeva člankom 9. stavkom 4. ZFW-a sastavni je dio nizozemskog sustava zdravstvenog osiguranja. Zdravstvenim osiguranjem u obliku davanja u naravi, kako je predviđeno tim sustavom, zahtijeva se prethodno sklapanje ugovora o opsegu, kvaliteti, učinkovitosti i troškovima zdravstvene skrbi između fonda i pružatelja skrbi kako bi se, s jedne strane, omogućili planiranje na temelju potreba i nadzor troškova i, s druge strane, osigurali pružanje kvalitetnih zdravstvenih usluga, ekvivalentnost davanja i jednak tretman osiguranika. Takav sustav ugovornog partnerstva povoljan je ponajprije za osiguranike.
- 48 U tim uvjetima osiguranici se moraju obratiti samo ugovornim pružateljima skrbi ili moraju od svojeg fonda za zdravstveno osiguranje dobiti prethodno odobrenje ako se ipak žele liječiti kod neugovornog liječnika ili u neugovornoj ustanovi sa sjedištem u Nizozemskoj ili inozemstvu.
- 49 Nizozemska vlada i fond Zwijndrecht dodaju da kada se ne bi zahtijevalo prethodno odobrenje, pružatelji skrbi nikada ne bi bili zainteresirani za sudjelovanje u sustavu ugovornog partnerstva u kojem su vezani ugovornim odredbama o dostupnosti, opsegu, kvaliteti, učinkovitosti i troškovima usluga, zbog čega tijela koja upravljaju sustavom zdravstvenog osiguranja ne bi mogla izraditi planove na temelju potreba uz prilagodbu troškova niti osigurati visokokvalitetne zdravstvene usluge koje su svima dostupne. Tako bi sustav ugovornog partnerstva, kao instrument za upravljanje zdravstvenom skrbi, izgubio smisao, čime bi se dovela u pitanje suverena nadležnost država članica za organiziranje svojih sustava socijalne sigurnosti, koju im Sud priznaje u svojoj ustaljenoj sudskoj praksi. S tim u vezi nizozemska vlada opravdava postojanje listi čekanja ograničenim raspoloživim financijskim sredstvima u području zdravstvenog osiguranja i s njima povezanom potrebom za kvantifikacijom predviđenih davanja i za određivanjem prioriteta koji se moraju strogo poštovati.
- 50 Osim toga, nizozemske fondove za zdravstveno osiguranje ne može se prisiliti na sklapanje ugovora s većim brojem pružatelja skrbi nego što je potrebno za zadovoljavanje potreba stanovništva koje živi u Nizozemskoj. Nizozemska vlada ističe da je većina ugovora sklopljena s pružateljima skrbi sa sjedištem u Nizozemskoj upravo kako bi se zadovoljile te potrebe jer je potražnja osiguranika očito najveća na državnom području.
- 51 Naposljetku, u vezi s pitanjem može se li u smislu točke 103. presude Smits i Peerbooms „pravodobno osigurati istovjetno ili jednako učinkovito liječenje za pacijenta”, fond Zwijndrecht smatra da sama činjenica da je osoba uvrštena na listu čekanja ne znači da takvo liječenje nije dostupno. Donošenjem drukčijeg tumačenja Sud bi u znatnoj mjeri proširio uvjete u kojima se davanja dodjeljuju i koji su u nadležnosti država članica. Osim toga, fond smatra da se time uzrokuje neizvjesnost u nastojanjima da se planiranjem i racionalizacijom u području zdravstvene skrbi izbjegne prenatrpanost, neravnoteža na strani ponude, rasipanje i gubitak.
- 52 S tim u vezi nizozemska vlada navodi da iz točke 103. presude Smits i Peerbooms jasno proizlazi da se rok u kojem je liječenje nužno određuje na temelju zdravstvenog

stanja i povijesti bolesti pacijenta. Na nacionalnom je sudu da utvrdi je li liječenje dostupno u tom roku, što podrazumijeva ocjenu činjenica.

- 53 Danska, njemačka, španjolska, irska, talijanska, švedska vlada i vlada Ujedinjene Kraljevine te islandska i norveška vlada općenito se slažu s gore navedenim očitovanjima.
- 54 Španjolska vlada osobito navodi da nije potrebno razlikovati između liječenja koje pruža liječnik i onog koje se pruža u bolničkoj ustanovi ako su sustavom zdravstvenog osiguranja predviđena isključivo davanja u naravi. Jednako tako navodi da ako se osiguraniku pruža zdravstvena skrb ili ako osiguranik kupuje medicinski proizvod u državi članici koja nije ona u kojoj njegov fond za zdravstveno osiguranje ima sjedište, pristojbe i porezi koje plaćaju pružatelji ili dobavljači ne uplaćuju se u proračun države članice u kojoj je osiguranik osiguran, što ima negativne učinke na jedan od izvora financiranja socijalne sigurnosti u toj državi.
- 55 Irska vlada i vlada Ujedinjene Kraljevine smatraju da kada bi osiguranik imao pravo otići u državu članicu koja nije ona u kojoj je osiguranik osiguran kako bi mu tamo bila pružena skrb, to bi imalo negativne posljedice za određivanje prioriteta liječenja i upravljanje listama čekanja, što su bitni elementi organizacije zdravstvenog osiguranja. Vlada Ujedinjene Kraljevine u tom pogledu ističe da ograničenim financijskim sredstvima namijenjenima njezinom National Health Service (nacionalni zdravstveni sustav, u daljnjem tekstu: NHS) upravljaju lokalna zdravstvena tijela koja rokove utvrđuju na temelju kliničkih ocjena i prioriteta utvrđenih na temelju medicinskih planova za različita liječenja. Pacijenti nemaju pravo zahtijevati provedbu bolničkog liječenja u određenom roku. Iz toga proizlazi da ako bi pacijenti mogli skratiti vrijeme čekanja tako da se bez prethodnog odobrenja liječe u drugoj državi članici i ako bi nadležni fond ipak morao preuzeti troškove takvog liječenja, dovela bi se u opasnost financijska ravnoteža sustava i ozbiljno bi se smanjila sredstva dostupna za hitnija liječenja, čime bi se ograničila sposobnost sustava da osigura odgovarajuću razinu zdravstvene skrbi.
- 56 Vlada Ujedinjene Kraljevine dodaje da u slučaju liberalizacije bolničkih usluga njezine bolnice ne bi mogle predvidjeti smanjenje potražnje do kojeg bi došlo zbog bolničkog liječenja u drugim državama članicama ili povećanje potražnje do kojeg bi došlo jer bi osiguranici iz tih drugih država mogli tražiti bolničko liječenje u Ujedinjenoj Kraljevini. Takvi se učinci liberalizacije ne bi nužno međusobno kompenzirali i učinak bi za svaku bolnicu u Ujedinjenoj Kraljevini bio drukčiji.
- 57 U vezi s pitanjem na temelju kojih bi se kriterija provjerilo može li se pravodobno osigurati istovjetno ili jednako učinkovito liječenje za pacijenta na državnom području države članice u kojoj je osiguran, vlada Ujedinjene Kraljevine, jednako kao i švedska vlada, upućuje na članak 22. stavak 2. drugi podstavak Uredbe br. 1408/71 u vezi s člankom 22. stavkom 1. točkom (c) te odredbe, iz kojeg proizlazi da se zainteresiranoj osobi ne može uskratiti odobrenje potrebno za odlazak na državno područje druge države članice kako bi tamo dobila skrb ako joj se, s obzirom na njezino trenutačno zdravstveno stanje i vjerojatni tijek bolesti, u potrebnom roku skrb ne može pružiti u državi članici boravišta. Jednako tako upućuje i na način na koji su te odredbe protumačene u točki 10. presude od 31. svibnja 1979., Pierik (182/78, Zb., str. 1977.).

- 58 S tim u vezi vlada Ujedinjene Kraljevine ističe da se u Ujedinjenoj Kraljevini u praksi pružanje skrbi na državnom području druge države članice općenito odobrava ako je vrijeme čekanja na liječenje dulje od maksimalnog vremena čekanja. U nacionalnim listama čekanja vodi se računa o različitim potrebama različitih kategorija pacijenata i dopuštena je najbolja moguća raspodjela bolničkih resursa. Liste su fleksibilne tako da se u slučaju iznenadnog pogoršanja zdravstvenog stanja pacijent može postaviti više na listi čekanja i brže liječiti. Ako bi nadležna tijela bila dužna odobriti pružanje skrbi u inozemstvu na trošak NHS-a u slučajevima u kojima nije prekoračeno uobičajeno vrijeme čekanja, to bi imalo štetne posljedice za njegovo upravljanje i financijsku održivost.
- 59 U svakom slučaju, vlada Ujedinjene Kraljevine ističe posebne značajke NHS-a i traži od Suda da podrži načelo na temelju kojeg zdravstvena skrb pružena u okviru takvog nacionalnog sustava zdravstvenog osiguranja nije obuhvaćena područjem primjene članka 60. Ugovora i da NHS, koji je neprofitna organizacija, nije pružatelj usluga u smislu Ugovora.
- 60 Danska vlada ističe da postoji rizik od prekomjerne potrošnje zdravstvenih usluga ako pacijenti imaju neograničen besplatni pristup zdravstvenoj skrbi u državama članicama koje nisu one u kojima osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje ima sjedište te, u slučaju brojnih putovanja u inozemstvo radi liječenja, rizik da se u pogledu neuobičajenih i složenih bolesti neće moći zadržati odgovarajuća razina stručnih sposobnosti liječnika sa sjedištem na državnom području.
- 61 Belgijska vlada smatra da posebna narav nizozemskog sustava, kojim nije predviđena naknada nastalih troškova već su predviđena davanja u naravi, nije sama po sebi razlog u općem interesu kojim se može opravdati ograničenje slobode pružanja usluga. Navodi da treba razlikovati između usluga pruženih izvan bolničke ustanove i onih pruženih u njoj.
- 62 U skladu s navedenom presudom Kohll, u prvom slučaju nema opravdanja za bilo koje ograničenje slobode pružanja usluga. Međutim, u drugom slučaju postoje značajni razlozi koji su povezani sa zaštitom financijske ravnoteže sustava socijalne sigurnosti i održavanjem uravnotežene zdravstvene i bolničke usluge koja je svima dostupna i kojima se opravdava obaveza ishođenja prethodnog odobrenja ako je riječ o pružanju usluga u bolnici u državi članici koja nije ona u kojoj osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje ima sjedište. Osim toga, kad ne bi bilo prethodnog odobrenja, države članice s listama čekanja za bolničko liječenje mogle bi imati tendenciju svoje državljane slati u inozemstvo na liječenje umjesto da ulažu u vlastitu infrastrukturu, čime bi ograničile nastojanja ostalih država članica u pogledu planiranja bolničkog liječenja.
- 63 Komisija razlikuje između skrbi pružene u ordinaciji, koju izjednačuje s ambulatnim liječenjem u bolnici, i bolničkog liječenja kao takvog. U pogledu prve kategorije treba zadržati analizu iz presude od 28. travnja 1998., Decker (C-120/95, Zb., str. I-1831.) i gore navedene presude Kohll da uvjet prethodnog odobrenja nije usklađen s pravom Zajednice, osim u slučaju određenih usluga, osobito stomatoloških, koje su izuzetno skupe i specijalizirane. Za drugu kategoriju zdravstvene skrbi koja se pruža u bolnici treba uputiti na analizu iz navedene presude Smits i Peerbooms; iako treba prepoznati da je zahtjev prethodnog odobrenja opravdan potrebama u vezi s planiranjem,

odbijanje odobrenja ipak treba podlijegati ograničenjima koja je u potonjoj presudi utvrdio Sud.

- 64 Komisija u vezi s tumačenjem pojma „pravodobno” u točki 103. navedene presude Smits i Peerbooms smatra da treba uzeti u obzir samo zdravstveno stanje pacijenta kao što proizlazi iz točke 104. te presude.
- 65 Naposljetku, norveška vlada ističe da je isključivo na nacionalnom zakonodavstvu da utvrdi uvjete u kojima se davanja dodjeljuju i rokove u kojima se ona mogu pružiti. Pravom Zajednice pacijentima se ne može dodijeliti pravo da zdravstvenu skrb koju ne mogu primiti u svojoj državi članici prime u državi članici koja nije ona u kojoj su osiguranici osigurani, kao ni pravo na liječenje u kraćem roku od onoga koji je predviđen nacionalnim zakonodavstvom. U protivnom bi se dovela u pitanje nadležnost države članice za organiziranje vlastitog sustava socijalne sigurnosti i prešli bi se okviri područja primjene odredbi Ugovora o slobodi pružanja usluga.

Ocjena Suda

- 66 Iz spisa proizlazi da su razlozi, kojima se opravdava zahtjev ishoda prethodnog odobrenja kako bi zdravstveno osiguranje pokrilo davanja u državi članici koja nije ona u kojoj je osiguranik osiguran bilo u bolnici ili izvan nje, povezani, kao prvo, sa zaštitom javnog zdravlja u mjeri u kojoj je svrha sustava ugovornog partnerstva osiguravanje visokokvalitetne i uravnotežene zdravstvene i bolničke usluge koja je svima dostupna, kao drugo, s financijskom ravnotežom sustava socijalne sigurnosti koji je takav da upravnim tijelima omogućuje nadzor troškova tako da ih se u skladu s unaprijed utvrđenim prioritetima prilagođava predviđenim potrebama i, naposljetku, s bitnim značajkama sustava zdravstvenog osiguranja u Nizozemskoj, kojim su predviđena davanja u naravi.

Rizik od negativnih učinaka na zaštitu javnog zdravlja

- 67 Iz sudske prakse Suda proizlazi da cilj održavanja visokokvalitetne i uravnotežene zdravstvene i bolničke usluge koja je svima dostupna može ulaziti u odstupanja predviđena člankom 56. Ugovora o EZ-u (koji je nakon izmjene postao članak 46. UEZ-a) ako se njime doprinosi ostvarenju visoke razine zaštite zdravlja (navedene presude Kohll, t. 50., i Smits i Peerbooms, t. 73.). Tom se odredbom Ugovora osobito 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 (navedene presude Kohll, t. 51., i Smits i Peerbooms, t. 74.).
- 68 Međutim, prema ustaljenoj sudskoj praksi valja osigurati da poduzete mjere, koje se opravdavaju izuzećem predviđenim Ugovorom ili važnim razlogom u općem interesu, ne prelaze 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., od 20. svibnja 1992., Ramrath, C-106/91, Zb., str. I-3351., t. 30. i 31., i navedenu presudu Smits i Peerbooms, t. 75.).

69 U ovom slučaju argumentacijom na koju se poziva kako bi se opravdao zahtjev ishoda prethodnog odobrenja nastoji se dokazati da ako bi se pacijenti mogli bez prethodnog odobrenja liječiti u državi članici koja nije ona u kojoj su osigurani, nadležna država ne bi na svojem državnom području više mogla osigurati visokokvalitetnu i uravnoteženu zdravstvenu i bolničku uslugu koja je svima dostupna te visoku razinu zaštite javnog zdravlja.

70 U vezi s argumentom danske vlade da bi se brojnim putovanjima u inozemstvo u medicinske svrhe ugrozile stvarne stručne sposobnosti liječnika koji rade u ordinacijama ili bolničkom okruženju, valja utvrditi da nisu podneseni nikakvi konkretni dokazi u potporu tom argumentu.

71 Cilj održavanja uravnotežene zdravstvene i bolničke usluge koja je svima dostupna bitno je povezan s načinom financiranja sustava socijalne sigurnosti i s nadzorom troškova, o kojima je riječ u nastavku.

Rizik od ozbiljnog narušavanja financijske ravnoteže sustava socijalne sigurnosti

72 Prvo valja podsjetiti da se prema ustaljenoj sudskoj praksi Suda ciljevima isključivo gospodarske naravi ne može opravdati prepreka temeljnom načelu slobode pružanja usluga (vidjeti u tom smislu presudu od 5. lipnja 1997., SETTG, C-398/95, Zb., str. I-3091., t. 23., i navedenu presudu Kohll, t. 41.).

73 Međutim, u mjeri u kojoj on osobito može imati posljedice na ukupnu razinu zaštite javnog zdravlja, rizik od ozbiljnog narušavanja financijske ravnoteže sustava socijalne sigurnosti može jednako tako sam po sebi predstavljati važan razlog u općem interesu kojim se može opravdati takva prepreka (navedene presude Kohll, t. 41., i Smits i Peerbooms, t. 72.).

74 Samo je po sebi razumljivo da preuzimanje troškova pojedinačnog izoliranog liječenja provedenog u državi članici koja nije ona u kojoj fond za zdravstveno osiguranje predmetnog osiguranika ima sjedište nikako ne može imati značajne posljedice na financiranje sustava socijalne sigurnosti. Stoga valja donijeti opći pristup s obzirom na posljedice slobode pružanja usluga u području zdravstva.

75 U tom je pogledu ponekad teško razlikovati između bolničkih i izvanbolničkih usluga. Osobito se određene usluge koje se pružaju u bolnicama i koje, međutim, jednako tako može pružiti liječnik u svojoj ordinaciji ili u zdravstvenom centru mogu izjednačiti s izvanbolničkim uslugama. Međutim, u glavnim postupcima činjenica da je predmetna skrb djelomično bolničko liječenje i djelomično izvanbolničko liječenje nije sporna za stranke glavnih postupaka ni za države članice koje su podnijele očitovanja na temelju članka 20. Statuta Suda, kao ni za Komisiju.

Bolničke usluge

76 U vezi s bolničkim uslugama, kao što su one pružene E. E. M. Van Riet u bolnici u Deurneu, Sud je u točkama 76. do 80. navedene presude Smits i Peerbooms iznio sljedeća razmatranja.

- 77 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.
- 78 Kao što se osobito može vidjeti iz sustava ugovornog partnerstva u glavnim postupcima, takvo se planiranje u pravilu temelji na raznim potrebama.
- 79 S jedne strane, cilj takvog planiranja je osigurati na državnom području dotične države dostatan i stalan pristup uravnoteženom rasponu visokokvalitetnog bolničkog liječenja.
- 80 S druge strane, time se nastoje kontrolirati troškovi i spriječiti, u mjeri u kojoj je to moguće, svako rasipanje financijskih, tehničkih i ljudskih resursa. Takvo rasipanje bilo bi utoliko štetnije s obzirom na to 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 na to koji se način financiranja primjenjuje.
- 81 U tim uvjetima zahtjev da preuzimanje troškova od strane nacionalnog sustava socijalne sigurnosti za bolničko liječenje obavljeno u državi članici koja nije ona u kojoj je osiguranik osiguran podliježe prethodnom odobrenju potrebna je i razumna mjera.
- 82 Osobito u pogledu sustava uspostavljenog ZFW-om Sud je već jasno utvrdio da ako bi se osiguranici mogli slobodno i u svim okolnostima jednostavno obratiti bolničkim ustanovama s kojima njihov fond za zdravstveno osiguranje nema sklopljen ugovor, bez obzira na to imaju li te ustanove sjedište u Nizozemskoj ili nekoj drugoj državi članici, svi naponi planiranja u sustavu ugovornog partnerstva čiji je cilj zajamčiti racionaliziranu, stabilnu, uravnoteženu i dostupnu ponudu bolničkih usluga bili bi ugroženi (navedena presuda Smits i Peerbooms, t. 81.).
- 83 Iako se pravu Zajednice stoga u načelu ne protivi sustav prethodnog odobrenja za tu kategoriju usluga, uvjeti za dodjelu takvog odobrenja moraju biti opravdani s obzirom na gore navedene potrebe i moraju udovoljavati zahtjevu proporcionalnosti navedenom u točki 68. ove presude.
- 84 Osim toga, iz ustaljene sudske prakse proizlazi da sustav prethodnog administrativnog odobrenja ne može opravdati diskrecijsko postupanje nacionalnih tijela koje odredbe prava Zajednice, posebno one koje se odnose na temeljnu slobodu poput one u glavnim postupcima, može lišiti korisnog učinka (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.).
- 85 Stoga, kako bi sustav prethodnog administrativnog odobrenja bio opravdan iako odstupa od takve temeljne slobode, mora se temeljiti na objektivnim, nediskriminirajućim i unaprijed poznatim kriterijima, na način da se izvršavanje diskrecijske ovlasti nacionalnih tijela ograniči 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 postupovnom sustavu koji je lako

dostupan i koji 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 (navedena presuda Smits i Peerbooms, t. 90.).

- 86 Valja istaknuti da u glavnim postupcima nije riječ o pitanju pokriva li nizozemski sustav zdravstvenog osiguranja troškove zdravstvenog i bolničkog liječenja pruženog V. G. Müller-Fauré i E. E. M. Van Riet. U tim je postupcima sporno je li predmetno liječenje u Njemačkoj odnosno Belgiji umjesto u Nizozemskoj za njih bilo medicinski nužno. U tom je pogledu Sud u točkama 99. do 107. navedene presude Smits i Peerbooms odlučio i o uvjetu nužnosti predloženog liječenja o kojem ovisi davanje odobrenja.
- 87 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 ugovor ili u ustanovi sa sjedištem u drugoj državi članici.
- 88 Navedeni sud u vezi s bolničkim liječenjem koje se provodi izvan Nizozemske navodi da se uvjet nužnosti liječenja u praksi tumači u smislu da se takvo liječenje neće odobriti osim ako se prikladno liječenje ne može pravodobno osigurati u Nizozemskoj. Nizozemska vlada sa svoje strane pojašnjava da iz zajedničkog tumačenja članka 9. stavka 4. ZFW-a i članka 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.
- 89 Uvjet nužnosti liječenja, koji je predviđen propisom o kojem je riječ u glavnim postupcima, može se opravdati s obzirom na članak 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 ugovor (presuda Smits i Peerbooms, t. 103.).
- 90 Kako bi se utvrdilo može li se jednako učinkovito liječenje za pacijenta pravodobno provesti u ustanovi koja je ugovorni partner osiguranikovog fonda 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 i, ovisno o okolnostima, stupnju njegove bolesti ili naravi njegovog invaliditeta koji bi mu mogao, na primjer, onemogućiti ili znatno otežati obavljanje profesionalne djelatnosti, nego i o njegovoj povijesti bolesti (vidjeti u tom smislu navedenu presudu Smits i Peerbooms, t. 104.).
- 91 Sud je u točkama 105. i 106. navedene presude Smits i Peerbooms jednako tako presudio:
- da je na temelju tog tumačenja uvjet nužnosti liječenja prikladan za održavanje adekvatne, uravnotežene i stalne ponude visokokvalitetnog bolničkog liječenja na državnom području i za osiguravanje financijske stabilnosti sustava zdravstvenog osiguranja,

- da ako bi se veliki broj osiguranika odlučio liječiti u drugim državama članicama čak i ako bolničke ustanove koje imaju sklopljene ugovore s njihovim fondovima za zdravstveno osiguranje nude adekvatno jednako ili istovjetno liječenje, posljedičnim odljevom pacijenata ugrozilo bi se samo načelo postojanja ugovornog odnosa, čime bi se posljedično narušili svi napori planiranja i racionalizacije u tom ključnom sektoru koji imaju za cilj izbjegavanje pojave prenatrpanosti bolnica, neuravnotežene ponude bolničkog liječenja te logističkog i financijskog rasipanja.

92 Međutim, odbijanje prethodnog odobrenja koje nije obrazloženo strahom od rasipanja kao posljedice prenatrpanosti bolnica, već isključivo listama čekanja za predmetno bolničko liječenje na državnom području, a da se pritom ne uzmu u obzir posebne okolnosti proizišle iz zdravstvenog stanja pacijenta, ne može se smatrati valjano opravdanim ograničenjem slobode pružanja usluga. Iz argumenata podnesenih Sudu ne proizlazi da bi takvo vrijeme čekanja bilo nužno, neovisno o isključivo gospodarskim razmatranjima koja sama po sebi ne mogu opravdati ograničenje temeljnog načela slobode pružanja usluga, za osiguravanje zaštite javnog zdravlja. Upravo suprotno, predugim ili neuobičajenim vremenom čekanja vjerojatno bi se ograničio pristup uravnoteženoj i visokokvalitetnoj bolničkoj skrbi.

Izvanbolničke usluge

93 U vezi s izvanbolničkim zdravstvenim uslugama kao što su one pružene V. G. Müller-Fauré i djelomično E. E. M. Van Riet, fondovi Zwijndrecht i Amsterdam i nizozemska vlada nisu Sudu podnijeli nikakve posebne dokaze u potporu tvrdnji da bi se vjerojatno ozbiljno narušila financijska ravnoteža nizozemskog sustava socijalne sigurnosti ako bi osiguranici mogli bez prethodnog odobrenja ići u državu članicu koja nije ona u kojoj njihovi fondovi za zdravstveno osiguranje imaju sjedište kako bi tamo dobili te usluge od neugovornog pružatelja.

94 Točno je da ukidanje uvjeta sklapanja ugovora za usluge koje se pružaju u inozemstvu ima negativan učinak na mogućnosti nadzora troškova zdravstvene skrbi u državi članici u kojoj je osiguranik osiguran.

95 Međutim, iz spisa ne proizlazi da bi ukidanje zahtjeva ishoda prethodnog odobrenja za tu vrstu skrbi dovelo do toga da pacijenti unatoč jezičnim preprekama, geografskoj udaljenosti, troškovima boravka u inozemstvu i nedostatku informacija o naravi skrbi koja se tamo pruža putuju u druge zemlje u tako velikom broju da bi financijska ravnoteža nizozemskog sustava socijalne sigurnosti bila ozbiljno poremećena i da bi posljedično bila ugrožena opća razina zaštite javnog zdravlja, što bi moglo predstavljati odgovarajuće opravdanje za prepreku temeljnom načelu slobode pružanja usluga.

96 Osim toga, skrb se općenito pruža u blizini mjesta boravišta pacijenta, u kulturnom okruženju koje mu je poznato i u kojem mu je omogućeno da s liječnikom koji ga liječi uspostavi odnos povjerenja. Ako se izuzmu hitni slučajevi, pacijenti najčešće putuju u inozemstvo u graničnim područjima ili radi liječenja stanja posebne patologije. Nadalje, kao što proizlazi iz očitovanja podnesenih Sudu, upravo u tim područjima ili za takva stanja nizozemski fondovi za zdravstveno osiguranje teže tome da strane liječnike uvedu u sustav ugovornog partnerstva.

- 97 Čini se da razne takve okolnosti ograničavaju financijski učinak koji ukidanja zahtjeva za ishođenje prethodnog odobrenja ima na nizozemski sustav socijalne sigurnosti u pogledu skrbi pružene u ordinacijama stranih liječnika.
- 98 U svakom slučaju valja podsjetiti da je na državama članicama da odrede opseg zdravstvenog osiguranja dostupnog osiguranicima, koji na temelju toga mogu, kada radi liječenja bez prethodnog odobrenja idu u državu članicu koja nije ona u kojoj njihov fond za zdravstveno osiguranje ima sjedište, zatražiti naknadu troškova pružene skrbi samo u okviru osiguranja koje je predviđeno sustavom zdravstvenog osiguranja u državi članici u kojoj je osiguranik osiguran.

Argument koji se temelji na bitnim značajkama nizozemskog sustava zdravstvenog osiguranja

- 99 Fond Zwijndrecht te nizozemska, španjolska i norveška vlada istaknuli su slobodu država članica da uspostave sustav socijalne sigurnosti po vlastitom izboru. U ovom slučaju osiguranici bi se mogli, ako ne bi dobili prethodno odobrenje, slobodno obratiti neugovornim pružateljima skrbi, čime bi se ugrozilo postojanje nizozemskog sustava davanja u naravi, čije funkcioniranje u biti ovisi o sustavu ugovornog partnerstva. Osim toga, nizozemska tijela bila bi dužna uvesti mehanizme naknade troškova u svoj način organiziranja pristupa zdravstvenoj skrbi jer bi osiguranici umjesto da na državnom području dobiju besplatne zdravstvene usluge, morali unaprijed platiti troškove primljenih usluga i zatim čekati određeno vrijeme na naknadu troškova. Time bi države članice bile dužne odustati od načela i ekonomije svojih sustava zdravstvenog osiguranja.
- 100 S tim u vezi iz ustaljene sudske prakse proizlazi da pravo Zajednice ne utječe na nadležnost država članica da organiziraju svoje sustave socijalne sigurnosti (vidjeti osobito presude od 7. veljače 1984., Duphar i dr., 238/82, Zb., str. 523., t. 16., i od 17. lipnja 1997., Sodemare i dr., C-70/95, Zb., str. I-3395., t. 27.). Stoga u nedostatku usklađenosti na razini Zajednice svaka država članica u svojem zakonodavstvu treba utvrditi uvjete dodjele davanja socijalne sigurnosti (vidjeti osobito presude od 24. travnja 1980., Coonan, 110/79, Zb., str. 1445., t. 12., od 4. listopada 1991., Paraschi, C-349/87, Zb., str. I-4501., t. 15., i od 30. siječnja 1997., Stöber i Piosa Pereira, C-4/95 i C-5/95, Zb., str. I-511., t. 36.). Međutim, prilikom izvršavanja te nadležnosti države članice moraju poštovati pravo Zajednice (gore navedene presude Decker, t. 23., i Kohll, t. 19.).
- 101 S tim u vezi valja iznijeti dva uvodna očitovanja.
- 102 S jedne strane, ostvarivanje temeljnih sloboda zajamčenih Ugovorom nedvojbeno zahtjeva od država članica prilagodbe nacionalnih sustava socijalne sigurnosti, što ne znači da to dovodi u pitanje njihovu suverenu nadležnost u tom području. U tom je pogledu dovoljno uputiti na prilagodbe koje su morale uvesti u svoja zakonodavstva u području socijalne sigurnosti radi usklađivanja s Uredbom br. 1408/71, osobito s uvjetima iz njezina članka 69. u vezi s isplatom davanja za nezaposlenost radnicima s boravištem na državnom području drugih država članica, iako nijednim nacionalnim sustavom nisu predviđena takva davanja za nezaposlene koji su prijavljeni pri agenciji za zapošljavanje u drugoj državi članici.

- 103 S druge strane, kao što proizlazi iz točke 39. ove presude, zdravstvena usluga ne prestaje biti pružena usluga zato što njezine troškove snose nacionalna zdravstvena služba ili sustav kojim su predviđena davanja u naravi. Sud je, među ostalim, već presudio 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 (navedena presuda Smits i Peerbooms, t. 55.). Upravo zahtjev za ishođenje prethodnog odobrenja kojim se omogućuje naknada troškova takve skrbi, kao što je već navedeno u točki 44. ove presude, predstavlja prepreku slobodi pružanja usluga, odnosno mogućnosti pacijenta da se obrati pružatelju zdravstvenih usluga po vlastitom izboru u državi članici koja nije ona u kojoj je osiguranik osiguran. Stoga iz perspektive slobode pružanja usluga ne postoji potreba za razlikovanjem između toga da pacijent plaća nastale troškove i zatim zahtijeva njihovu naknadu i da pružatelj primi plaćanje izravno od fonda za zdravstveno osiguranje ili iz državnog proračuna.
- 104 S obzirom na ta očitovanja valja ispitati je li ukidanje zahtjeva za ishođenje prethodnog odobrenja koje daju fondovi za zdravstveno osiguranje za izvanbolničku zdravstvenu skrb u državi članici koja nije ona u kojoj je osiguranik osiguran takvo da se njime dovode u pitanje bitne značajke sustava pristupa zdravstvenoj skrbi u Nizozemskoj.
- 105 Kao prvo, kada se primjenjuje Uredba br. 1408/71, države članice koje su uspostavile sustav davanja u naravi ili čak nacionalnu zdravstvenu službu moraju predvidjeti mehanizme kasnije naknade troškova skrbi pružene u državi članici koja nije nadležna država. To je na primjer slučaj ako nije bilo moguće ispuniti formalnosti tijekom boravka zainteresirane osobe u toj državi (vidjeti članak 34. Uredbe Vijeća (EEZ) br. 574/72 od 21. ožujka 1972. o utvrđivanju postupka provedbe Uredbe (EEZ) br. 1408/71) ili ako je nadležna država u skladu s člankom 22. stavkom 1. točkom (c) Uredbe br. 1408/71 odobrila pristup liječenju u inozemstvu.
- 106 Kao drugo, kao što je već navedeno u točki 98. ove presude, osiguranici koji radi liječenja, bez prethodnog odobrenja idu u državu članicu koja nije ona u kojoj njihov fond za zdravstveno osiguranje ima sjedište mogu zatražiti naknadu troškova pružene skrbi samo u okviru osiguranja koje je predviđeno sustavom zdravstvenog osiguranja u državi članici u kojoj je osiguranik osiguran. U ovom slučaju iz spisa proizlazi da bi fond Zwijndrecht u vezi s iznosom od 3806,35 EUR koji je V. G. Müller-Fauré platila pružatelju sa sjedištem u Njemačkoj, u svakom slučaju, s obzirom na opseg pokrića osiguranjem koji jamči fond, preuzeo samo iznos od 221,03 EUR. Jednako tako, uvjeti pod kojima se odobravaju davanja, ako nisu diskriminirajući i ako ne predstavljaju prepreku slobodi kretanja osoba, primjenjivi su ako je skrb pružena u državi članici koja nije ona u kojoj je osiguranik osiguran. To osobito vrijedi u slučaju kada se prije pregleda kod liječnika specijalista zahtijeva odlazak liječniku obiteljske medicine.
- 107 Kao treće, ništa se ne protivi tome da nadležna država članica u kojoj postoji sustav davanja u naravi odredi iznose naknada troškova koje mogu zahtijevati pacijenti koji su primili skrb u drugoj državi članici, pod uvjetom da se ti iznosi temelje na objektivnim, nediskriminirajućim i transparentnim kriterijima.

- 108 Posljedično, iz dokaza i argumenata podnesenih Sudu ne proizlazi da bi se ukidanjem zahtjeva za ishođenje prethodnog odobrenja koje fondovi za zdravstveno osiguranje izdaju svojim osiguranicima kako bi im omogućili primanje zdravstvene skrbi, osobito one izvan bolnice, u državi članici koja nije ona u kojoj su osiguranici osigurani narušile bitne značajke nizozemskog sustava zdravstvenog osiguranja.
- 109 S obzirom na sva prethodna razmatranja, na postavljena pitanja valja odgovoriti kako slijedi:
- Članke 59. i 60. Ugovora treba tumačiti u smislu da im se ne protivi zakonodavstvo države članice, kao što je ono o kojem je riječ u glavnim postupcima, kojim se, s jedne strane, preuzimanje troškova bolničke skrbi koju, u državi članici koja nije ona u kojoj osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje ima sjedište, pruža pružatelj s kojim taj fond nema sklopljen ugovor uvjetuje prethodnim odobrenjem fonda i, s druge strane, izdavanje tog odobrenja uvjetuje time da je takvo liječenje nužno za zdravstvenu skrb osiguranika. Međutim, odobrenje se s te osnove može odbiti samo ako se pravodobno može osigurati istovjetno ili jednako učinkovito liječenje za pacijenta u ustanovi s kojom taj fond ima sklopljen ugovor.
 - Suprotno tome, to se zakonodavstvo protivi člancima 59. i 60. Ugovora u mjeri u kojoj se njime preuzimanje troškova skrbi izvan bolnice koju u drugoj državi članici pruži osoba ili ustanova koja nije ugovorni partner osiguranikovog fonda za zdravstveno osiguranje uvjetuje prethodnim odobrenjem tog fonda, čak i ako je predmetnim nacionalnim zakonodavstvom uspostavljen sustav davanja u naravi na temelju kojeg osiguranici nemaju pravo na naknadu nastalih troškova zdravstvene skrbi, već na besplatnu skrb.

Troškovi

- 110 Troškovi nizozemske, belgijske, danske, njemačke, španjolske, irske, talijanske, finske i 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 6. listopada 1999. uputio Centrale Raad van Beroep (Središnji žalbeni sud), odlučuje:

- 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) treba tumačiti u smislu da im se ne protivi zakonodavstvo države članice, kao što je ono o kojem je riječ u glavnim postupcima, kojim se, s jedne strane, preuzimanje troškova bolničke skrbi koju, u državi članici koja nije ona u kojoj osiguranikov fond za zdravstveno osiguranje ima sjedište, pruža pružatelj koji

nije ugovorni partner tog fonda uvjetuje prethodnim odobrenjem fonda i, s druge strane, izdavanje tog odobrenja uvjetuje time da je takvo liječenje nužno za zdravstvenu skrb osiguranika. Međutim, odobrenje se s te osnove može odbiti samo ako se pravodobno može osigurati istovjetno ili jednako učinkovito liječenje za pacijenta u ustanovi s kojom taj fond ima sklopljen sporazum.

- Suprotno tome, to se zakonodavstvo protivi člancima 59. i 60. Ugovora u mjeri u kojoj se njime preuzimanje troškova skrbi izvan bolnice koju u drugoj državi članici pruža osoba ili ustanova koja nije ugovorni partner osiguranikovog fonda za zdravstveno osiguranje uvjetuje prethodnim odobrenjem tog fonda, čak i ako je predmetnim nacionalnim zakonodavstvom uspostavljen sustav davanja u naravi na temelju kojeg osiguranici nemaju pravo na naknadu nastalih troškova zdravstvene skrbi, već na besplatnu skrb.

Objavljeno na javnoj raspravi u Luxembourggu 13. svibnja 2003.

[Potpisi]

* Jezik postupka: nizozemski