



Recopilación de la Jurisprudencia

SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA (Sala Cuarta)

de 6 de octubre de 2021 *

«Procedimiento prejudicial — Seguridad social — Seguro de enfermedad — Reglamento (CE) n.º 883/2004 — Artículo 20, apartados 1 y 2 — Asistencia médica recibida en un Estado miembro distinto del de residencia de la persona asegurada — Autorización previa — Requisitos — Exigencia de un informe emitido por un médico del régimen público de seguro de enfermedad nacional que prescriba un tratamiento — Prescripción, como segunda opinión médica, emitida en un Estado miembro distinto del de residencia de la persona asegurada, de un tratamiento alternativo que tiene la ventaja de no provocar discapacidad — Reembolso íntegro de los gastos médicos correspondientes a este tratamiento alternativo — Libre prestación de servicios — Artículo 56 TFUE»

En el asunto C-538/19,

que tiene por objeto una petición de decisión prejudicial planteada, con arreglo al artículo 267 TFUE, por la Curtea de Apel Constanța (Tribunal Superior de Constanza, Rumanía), mediante resolución de 4 de julio de 2019, recibida en el Tribunal de Justicia el 10 de julio de 2019, en el procedimiento entre

TS,

UT,

VU

y

Casa Națională de Asigurări de Sănătate,

Casa de Asigurări de Sănătate Constanța,

EL TRIBUNAL DE JUSTICIA (Sala Cuarta),

integrado por el Sr. M. Vilaras, Presidente de Sala, y los Sres. N. Piçarra (Ponente), D. Šváby y S. Rodin y la Sra. K. Jürimäe, Jueces;

Abogado General: Sr. A. Rantos;

Secretario: Sr. A. Calot Escobar;

* Lengua de procedimiento: rumano.

habiendo considerado los escritos obrantes en autos;

consideradas las observaciones presentadas:

- en nombre de TS, UT y VU, por el Sr. T. Hașotti, avocat;
- en nombre de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, por el Sr. V. Ciurchea, en calidad de agente;
- en nombre de la Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, por los Sres. I. Constantin y M. Ciobanu y por la Sra. M. Lipici, en calidad de agentes;
- en nombre del Gobierno rumano, inicialmente por las Sras. E. Gane, R. I. Hațieganu y A. Rotăreanu y por el Sr. C.-R. Canțâr, y posteriormente por las Sras. E. Gane, R. I. Hațieganu y A. Rotăreanu, en calidad de agentes;
- en nombre del Gobierno polaco, por el Sr. B. Majczyna, en calidad de agente;
- en nombre de la Comisión Europea, por el Sr. D. Martin y las Sras. C. Gheorghiu y A. Szymkowska, en calidad de agentes;

vista la decisión adoptada por el Tribunal de Justicia, oído el Abogado General, de que el asunto sea juzgado sin conclusiones;

dicta la siguiente

Sentencia

- 1 La petición de decisión prejudicial tiene por objeto la interpretación del artículo 56 TFUE y del artículo 20 del Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (DO 2004, L 166, p. 1; corrección de errores en DO 2004, L 200, p. 1), en su versión modificada por el Reglamento (CE) n.º 988/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009 (DO 2009, L 284, p. 43) (en lo sucesivo, «Reglamento n.º 883/2004»).
- 2 Esta petición se ha presentado en el contexto de un litigio entre, por una parte, TS, UT y VU, herederos de ZY, y, por otra parte, la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (Tesorería Nacional de la Seguridad Social, Rumanía) y la Casa de Asigurări de Sănătate Constanța (Tesorería de la Seguridad Social de Constanza, Rumanía) en relación con la denegación, por parte de esta última, del reembolso íntegro de los gastos del tratamiento médico dispensado a ZY en Austria.

Marco jurídico

Derecho de la Unión

Reglamento n.º 883/2004

3 Con arreglo al artículo 1 del Reglamento n.º 883/2004:

«Para los fines del presente Reglamento, se entiende por:

[...]

j) “residencia”: el lugar en que una persona reside habitualmente;

k) “estancia”: la residencia temporal;

l) “legislación”: para cada Estado miembro, las leyes, los reglamentos, las disposiciones estatutarias y todas las demás medidas de aplicación que afecten a las ramas de seguridad social contempladas en el apartado 1 del artículo 3.

[...]

p) “institución”: para cada Estado miembro, el organismo o la autoridad encargado de aplicar la totalidad o parte de la legislación;

q) “institución competente”:

i) la institución a la cual el interesado esté afiliado en el momento de la solicitud de prestaciones,

[...]

s) “Estado miembro competente”: el Estado miembro competente en el que se encuentra la institución competente;

[...]

v *bis*) “prestaciones en especie”:

i) a efectos del título III, capítulo 1 (prestaciones de enfermedad, de maternidad y de paternidad asimiladas), las definidas o admitidas como tales por la legislación que aplique el Estado miembro y que estén destinadas a proveer, facilitar, abonar directamente o reembolsar los costes de la atención sanitaria y de los productos y servicios accesorios de dicha atención. Esto incluye las prestaciones en especie de atención de larga duración,

[...]».

4 El artículo 3, apartado 1, de este Reglamento dispone:

«El presente Reglamento se aplicará a toda la legislación relativa a las ramas de seguridad social relacionadas con:

a) las prestaciones de enfermedad;

[...]».

5 El artículo 20 del citado Reglamento, titulado «Desplazamientos para recibir prestaciones en especie — Autorización para recibir un tratamiento adecuado fuera del Estado miembro de residencia», dispone, en sus apartados 1 y 2:

«1. Salvo disposición en contrario del presente Reglamento, la persona asegurada que se desplace a otro Estado miembro para recibir prestaciones en especie durante su estancia deberá solicitar la autorización de la institución competente.

2. La persona asegurada autorizada por la institución competente a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en este un tratamiento adecuado a su estado de salud se beneficiará de las prestaciones en especie facilitadas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia, según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si estuviera asegurada en virtud de dicha legislación. La autorización deberá ser concedida cuando el tratamiento de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que resida el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad, dicho tratamiento no pueda serle dispensado en un plazo justificable desde el punto de vista médico.»

Reglamento (CE) n.º 987/2009

6 El artículo 26 del Reglamento (CE) n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento n.º 883/2004 (DO 2009, L 284, p. 1), titulado «Tratamiento programado», establece en su apartado 4:

«Durante todo el procedimiento de autorización, la institución competente conservará la facultad de someter a la persona asegurada a un reconocimiento por un médico elegido por ella en el Estado miembro de estancia o de residencia.»

Derecho rumano

Orden n.º 592/2008

7 La Orden n.º 592/2008 del presidente de la Tesorería Nacional de la Seguridad Social, de 26 de agosto de 2008 (*Monitorul Oficial al României*, parte I, n.º 648, de 11 de septiembre de 2008), establece las normas de utilización, en el régimen del seguro de enfermedad rumano, de los formularios expedidos de conformidad con el Reglamento (CEE) n.º 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, en su versión modificada y actualizada por el

Reglamento (CE) n.º 118/97 del Consejo, de 2 de diciembre de 1996 (DO 1997, L 28, p. 1), y con el Reglamento (CEE) n.º 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento n.º 1408/71 (DO 1972, L 74, p. 1; EE 05/01, p. 156). Las mencionadas normas de utilización figuran en el anexo de la Orden.

8 El artículo 40, apartados 1, letra b), y 3, de este anexo dispone:

«1. El formulario E 112 está destinado:

[...]

b) a los trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia y a los miembros de sus familias autorizados por la institución competente a desplazarse a otro Estado miembro para recibir asistencia sanitaria.

[...]

3. La institución competente no podrá denegar la expedición del formulario E 112 para la situación contemplada en el apartado 1, letra b), cuando la asistencia de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que resida el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad, dicha asistencia no pueda serle dispensada en el Estado miembro de residencia dentro del plazo habitualmente necesario para obtener el tratamiento de que se trate.»

9 Con arreglo al artículo 45, apartados 1, letra b), y 4, del citado anexo:

«1. En el supuesto previsto en el artículo 40, apartado 1, letra b) [que se refiere a los trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia y a los miembros de sus familias autorizados por la institución competente a desplazarse a un Estado miembro distinto del de su residencia para recibir asistencia sanitaria], se adjuntarán a la solicitud [de expedición del formulario E 112] los siguientes documentos:

[...]

b) el historial médico, que deberá incluir, además de la documentación médica, el informe clínico previsto en el anexo n.º 10A, del que resulte el diagnóstico, así como la recomendación médica de efectuar el tratamiento; [...]

[...]

4. El informe clínico será elaborado por un médico de un hospital clínico universitario o, según los casos, regional que se encuentre vinculado mediante convenio con alguna de las Tesorerías de la Seguridad Social de Rumanía.»

10 El artículo 46 del anexo de la Orden n.º 592/2008 es del siguiente tenor:

«1. El formulario E 112 se expedirá antes del desplazamiento del beneficiario.

2. El formulario también podrá expedirse después del desplazamiento del beneficiario si, por causa de fuerza mayor, no pudiera expedirse con anterioridad. Solo se expedirá el formulario si

no se ha abonado el precio de los servicios médicos. Una vez efectuado el pago, el formulario ya no producirá los efectos jurídicos para los que fue solicitado.

3. En el supuesto previsto en el apartado 2, la Tesorería de la Seguridad Social elaborará una nota informativa en la que se motive y justifique la situación de fuerza mayor, que servirá de fundamento para expedir el formulario E 112.

4. La nota informativa prevista en el apartado 3 detallará las circunstancias de origen externo y de carácter extraordinario, absolutamente imprevisibles e inevitables, incluidas las de naturaleza médica, que hayan provocado la situación de fuerza mayor.»

Orden n.º 729/2009

11 La Orden n.º 729/2009 del presidente de la Tesorería Nacional de la Seguridad Social, de 17 de julio de 2009 (*Monitorul Oficial al României*, parte I, n.º 545, de 5 de agosto de 2009), establece las normas de reembolso y de reintegro de los gastos de la asistencia sanitaria prestada con arreglo a los instrumentos internacionales en materia sanitaria en los que Rumanía es Parte.

12 El artículo 8 del anexo de esta Orden dispone lo siguiente, en sus apartados 1, 2 y 6:

«1. Cuando un asegurado por el régimen de Seguridad Social de Rumanía se desplaza a otro Estado miembro de la Unión Europea para recibir asistencia sanitaria sin la autorización previa de la Tesorería de la Seguridad Social a la que esté afiliado como asegurado, este deberá abonar el coste de los servicios médicos prestados.

2. Previa solicitud por escrito del asegurado, de un miembro de su familia [...] o de alguien apoderado por él, acompañada de los documentos justificativos, la Tesorería de la Seguridad Social reembolsará el coste de los servicios médicos prestados de conformidad con el apartado 1 y pagados por dicho asegurado, de acuerdo con los baremos establecidos en el apartado 5.

[...]

6. El reembolso previsto en el apartado [2] solo podrá efectuarse si el servicio médico prestado en un Estado miembro de la Unión Europea y pagado por el asegurado forma parte de la cartera de servicios básicos del régimen de Seguridad Social de Rumanía.»

Litigio principal y cuestiones prejudiciales

13 El 28 de marzo de 2013, se diagnosticó a ZY, residente en Rumanía y afiliado al régimen público del seguro de enfermedad nacional, un cáncer de lengua en un establecimiento hospitalario de ese Estado miembro. Su médico le prescribió un tratamiento quirúrgico de urgencia consistente en la ablación quirúrgica de dos tercios de la lengua.

14 En abril de 2013, ZY se desplazó a Viena (Austria) para solicitar un segundo dictamen médico en una clínica privada. Se le confirmó el diagnóstico, pero, habida cuenta del estado avanzado del cáncer, no se consideró adecuada la intervención quirúrgica. Se le recomendó un tratamiento consistente en una radioterapia, una quimioterapia y una inmunoterapia que requerían de hospitalización. Se consideraba que dicho tratamiento era tan eficaz como una intervención quirúrgica y presentaba la ventaja de no provocar una discapacidad.

- 15 Durante una entrevista con la institución competente, con el fin de obtener el formulario E 112 para que esta se hiciera cargo de los gastos del tratamiento médico que ZY esperaba recibir en la clínica austriaca que se lo había recomendado, se le indicó que, si se desplazaba a Austria sin haber obtenido una autorización previa, los gastos del tratamiento prestado allí no se le reembolsarían íntegramente de acuerdo con el Reglamento n.º 883/2004, sino de acuerdo con los baremos rumanos, con arreglo al artículo 8 del anexo de la Orden n.º 729/2009. En efecto, según la legislación nacional aplicable, ese formulario solo puede obtenerse en conexión con la recomendación de tratamiento emitida por un médico indicado por la institución competente. No obstante, esta pidió a ZY que presentara un dictamen médico que acreditara que no podía ser tratado en Rumanía.
- 16 Al haber recibido, sin haber presentado tal dictamen, entre el mes de abril de 2013 y el mes de abril de 2014, servicios de asistencia sanitaria en dos clínicas austriacas, consistentes en una radioterapia, una quimioterapia y una inmunoterapia, ZY solicitó a la institución competente, en septiembre de 2013 y en junio de 2014, el reembolso de los gastos de esos servicios.
- 17 El 14 de noviembre de 2016, esa institución reembolsó a los herederos de ZY, a raíz del fallecimiento de este, el importe total de 38 370,70 leus rumanos (RON) (aproximadamente 8 240 euros), correspondiente a los gastos de los reconocimientos y de la asistencia médica prestados al interesado en Austria, calculado, con arreglo al artículo 8 del anexo de la Orden n.º 729/2009, de acuerdo con los baremos aplicados en el régimen público del seguro de enfermedad rumano.
- 18 Los herederos de ZY interpusieron ante el Tribunalul Constanța (Tribunal de Distrito de Constanza, Rumanía) un recurso por el que solicitaban el reembolso, de conformidad con el Reglamento n.º 883/2004, de la totalidad de los gastos correspondientes a la asistencia médica que se le había prestado en Austria.
- 19 Mediante sentencia de 24 de octubre de 2018, ese órgano jurisdiccional desestimó el recurso al considerar que, a falta de una solicitud de autorización previa, los gastos de los tratamientos médicos dispensados a ZY en un Estado miembro distinto del de su residencia no podían ser reembolsados de conformidad con el citado Reglamento.
- 20 El órgano jurisdiccional remitente, ante el que los herederos interpusieron un recurso de apelación contra esa sentencia, precisa que, para pronunciarse sobre este recurso de apelación le corresponde determinar si, pese al hecho de que ZY no había obtenido la autorización previa que había solicitado ante la institución competente, en virtud del artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004, esa institución podía reembolsar los gastos de asistencia en Austria por el importe que esa institución asumiría si se le hubiera concedido una autorización previa, en virtud del artículo 20, apartado 2, segunda frase, de este Reglamento.
- 21 El mencionado órgano jurisdiccional precisa que, en el caso de autos, se cumple el requisito relativo a la necesidad de que la persona asegurada reciba urgentemente tratamiento médico, como se desprende del informe pericial médico-jurídico aportado en primera instancia. En cambio, para poder determinar si se cumplía el requisito relativo a la posibilidad de dispensar en Rumanía el tratamiento médico elegido por esa persona en un plazo justificable desde el punto de vista médico, habida cuenta de su estado de salud y de la evolución probable de la enfermedad, el órgano jurisdiccional remitente señala que debe determinar primero si la falta de entrega a dicha persona de una autorización previa para la asistencia que recibió en Austria se debió a circunstancias excepcionales, en el sentido de la sentencia de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), siendo este el interrogante que motiva las cuestiones prejudiciales.

- 22 A este respecto, según el órgano jurisdiccional remitente, debe partirse de la premisa de que, por una parte, ZY tenía derecho a elegir el tratamiento prescrito en Austria, en virtud, en particular, de sus derechos al respeto de la vida privada y a la integridad física y, por otra parte, la legislación nacional aplicable no le permitía obtener una autorización previa para ese tratamiento ni la cobertura íntegra en Rumanía de los gastos de este último, puesto que dicho tratamiento no había sido prescrito por un médico del régimen público del seguro de enfermedad del Estado miembro competente, sino, como segundo dictamen médico, por un médico de otro Estado miembro, teniendo en cuenta el diagnóstico emitido por el primer médico. Por lo tanto, ZY se desplazó a un Estado miembro distinto del Estado miembro competente porque el tratamiento en cuestión solo le había sido prescrito en ese otro Estado miembro y porque, en tales circunstancias, no podía recibir ese tratamiento en el Estado miembro competente, aun cuando este figure entre las prestaciones previstas por la legislación de este último Estado miembro.
- 23 El órgano jurisdiccional remitente precisa que el artículo 45, apartado 4, del anexo de la Orden n.º 592/2008 no confiere a la persona asegurada el derecho a que su médico reconsidere efectivamente, en función de un segundo dictamen médico emitido en un Estado miembro distinto de Rumanía, el tratamiento prescrito inicialmente. Sin embargo, dado que el tratamiento recomendado a ZY en Austria tenía la ventaja de no provocar una discapacidad, este tenía derecho a elegirlo, en virtud del principio de autonomía de la voluntad, como elemento del derecho al respeto de la vida privada, consagrado en el artículo 8 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, así como en el artículo 7 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, y como elemento del derecho a la integridad física, garantizado en el artículo 3 de esta Carta.
- 24 En este contexto, el órgano jurisdiccional remitente observa que el hecho de que ZY no haya regresado a su médico en Rumanía, a fin de presentarle el dictamen discrepante de los médicos austriacos y de intentar convencerle de la exactitud de dicho dictamen, no parece determinante, puesto que la legislación nacional no establece ningún procedimiento de examen de un segundo dictamen médico emitido en un Estado miembro distinto de Rumanía que garantice efectivamente a la persona asegurada el derecho a que su médico reconsidere la recomendación inicial para su posible revisión.
- 25 Por consiguiente, el órgano jurisdiccional remitente alberga dudas en cuanto a la conformidad con el artículo 56 TFUE y con el Reglamento n.º 883/2004 de las disposiciones de la legislación nacional aplicables al asunto de que conoce. En particular, se pregunta si, en virtud de estas disposiciones, debe considerarse que la persona asegurada que dispone únicamente de un dictamen emitido por un médico de un Estado miembro distinto del de su residencia, que prescribe un tratamiento diferente del inicialmente recomendado, se vio imposibilitada de obtener una autorización para el reembolso de los gastos correspondientes a la asistencia sanitaria dispensada en ese otro Estado miembro por razones objetivas análogas a las mencionadas en el apartado 45 de la sentencia de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581).

26 En estas circunstancias, la Curtea de Apel Constanța (Tribunal Superior de Constanza, Rumanía) decidió suspender el procedimiento y plantear al Tribunal de Justicia las siguientes cuestiones prejudiciales:

- «1) ¿Se asimila a una situación de urgencia en el sentido del apartado 45 de la sentencia de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), o constituye un supuesto de imposibilidad objetiva para solicitar la autorización establecida en el artículo 20, apartados 1 y 2, del Reglamento n.º 883/2004, que puede servir de base para el reembolso total de los gastos derivados de haber recibido un tratamiento médico adecuado (asistencia hospitalaria) en un Estado miembro distinto del de residencia del asegurado, el hecho de que el procedimiento terapéutico consentido por este último solo haya sido prescrito por un médico de un Estado miembro distinto del Estado miembro de residencia del asegurado, siendo así que el diagnóstico y la propia necesidad de aplicación urgente de un tratamiento han sido confirmados por el médico del régimen de la seguridad social del Estado miembro de residencia, el cual, sin embargo, prescribió un procedimiento terapéutico distinto en relación con el cual el procedimiento terapéutico consentido por el asegurado por motivos que pueden calificarse de pertinentes tiene, al menos, el mismo grado de eficacia pero presenta la ventaja de no provocar una discapacidad?
- 2) En caso de respuesta afirmativa a la primera cuestión prejudicial, el asegurado que, una vez que un médico del régimen de la seguridad social del Estado miembro de residencia ha establecido un diagnóstico y un tratamiento terapéutico para el que, por razones que pueden calificarse de pertinentes, no presta su consentimiento, se desplaza a otro Estado miembro con el fin de recabar una segunda opinión médica, que dictamina la aplicación de otro procedimiento terapéutico que presenta al menos el mismo grado de eficacia, pero que tiene la ventaja de no provocar una discapacidad, procedimiento consentido por la persona asegurada y que cumple los requisitos establecidos en el artículo 20, apartado 2, segunda frase, del Reglamento n.º 883/2004, ¿está además obligado, para obtener el reembolso de los gastos derivados de este último procedimiento terapéutico, a solicitar la autorización establecida en el artículo 20, apartado 1, de dicho Reglamento?
- 3) ¿Se oponen el artículo 56 TFUE y el artículo 20, apartados 1 y 2, del Reglamento n.º 883/2004 a una legislación nacional que, por un lado, supedita la autorización, por parte de la institución competente, para recibir un tratamiento adecuado (asistencia hospitalaria) en un Estado miembro distinto del de residencia a que únicamente un facultativo que ejerza en el régimen de la seguridad social del Estado miembro de residencia haya elaborado un informe médico, visado por el médico jefe de la institución competente de dicho Estado, inclusive en caso de que el procedimiento terapéutico consentido por el asegurado —por motivos que pueden calificarse de pertinentes, siendo así que presenta la ventaja de no provocar una discapacidad— haya sido prescrito únicamente por un médico de otro Estado miembro como segunda opinión médica, y, por otro lado, no garantiza, en el marco de un procedimiento accesible y previsible, el análisis efectivo, desde el punto de vista médico, en el régimen de seguridad social del Estado de residencia, de la posibilidad de poner en práctica la segunda opinión médica emitida en otro Estado miembro?
- 4) En caso de respuesta afirmativa a las cuestiones primera y tercera, ¿tienen derecho el asegurado, así como sus sucesores —siempre que concurren los dos requisitos establecidos en el artículo 20, apartado 2, segunda frase, del Reglamento n.º 883/2004— a obtener de la institución competente del Estado de residencia del asegurado el reembolso íntegro de los gastos derivados del procedimiento terapéutico aplicado en otro Estado miembro?»

Sobre las cuestiones prejudiciales

- 27 Mediante sus cuestiones prejudiciales, que procede examinar conjuntamente, el órgano jurisdiccional remitente pregunta, en esencia, si el artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, en relación con el artículo 56 TFUE, debe interpretarse en el sentido de que la persona asegurada que ha recibido, en un Estado miembro distinto del de su residencia, un tratamiento que figura entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro de residencia, tiene derecho al reembolso íntegro de los gastos de ese tratamiento, de acuerdo con los requisitos establecidos por este Reglamento, cuando esa persona no ha podido obtener una autorización de la institución competente, de conformidad con el artículo 20, apartado 1, del citado Reglamento, debido a que, aun cuando el diagnóstico y la necesidad de aplicación urgente de un tratamiento hayan sido confirmados por un médico del régimen de seguro de enfermedad del Estado miembro en que reside, este médico le había prescrito un tratamiento diferente del consentido por dicha persona de acuerdo con un segundo dictamen emitido por un médico de otro Estado miembro, tratamiento que, a diferencia del primero, no provocaba una discapacidad.
- 28 Con carácter preliminar, procede recordar que, para que una situación como la controvertida en el litigio principal pueda estar comprendida en el ámbito de aplicación del Reglamento n.º 883/2004, el tratamiento médico debe dispensarse con arreglo a la legislación de seguridad social del Estado miembro en el que ha sido recibido, extremo que corresponde comprobar al tribunal remitente [véase, en este sentido, la sentencia de 23 de septiembre de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza), C-777/18, EU:C:2020:745, apartados 36 y 37].
- 29 Con arreglo al artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004, salvo disposición en contrario de este, la persona asegurada que se desplace a otro Estado miembro para recibir prestaciones en especie durante su estancia deberá solicitar la autorización de la institución competente.
- 30 De conformidad con la segunda frase del artículo 20, apartado 2, del mismo Reglamento, la institución competente deberá conceder esta autorización cuando concurren los dos requisitos allí establecidos [véase, en este sentido, la sentencia de 23 de septiembre de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza), C-777/18, EU:C:2020:745, apartado 42 y jurisprudencia citada].
- 31 Para que se cumpla el primero de los mencionados requisitos, es preciso que el tratamiento en cuestión figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que reside la persona asegurada. Para cumplir el segundo requisito, es preciso que, habida cuenta del estado de salud del interesado en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad, dicho tratamiento no pueda serle dispensado en ese Estado en un plazo justificable desde el punto de vista médico.
- 32 Dado que la aplicabilidad del artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004 a la situación de que se trata no excluye, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, que esta situación se encuentre comprendida en el ámbito de aplicación de las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios y, en este caso, del artículo 56 TFUE (sentencia de 5 de octubre de 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, apartado 38), este artículo 20 debe interpretarse a la luz del artículo 56 TFUE y de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia al respecto.
- 33 De esta jurisprudencia se desprende que la libre prestación de servicios implica no solo la libertad del prestador de ofrecer y prestar servicios a destinatarios establecidos en un Estado miembro distinto de aquel en cuyo territorio se encuentra el prestador, sino también la libertad de recibir y

disfrutar, como destinatario, los servicios ofrecidos por un prestador establecido en otro Estado miembro, sin sufrir restricciones (véase, en particular, la sentencia de 15 de junio de 2010, Comisión/España, C-211/08, EU:C:2010:340, apartado 49).

- 34 Una prestación médica dispensada a cambio de una remuneración, incluso cuando la asistencia se proporciona en un marco hospitalario, no pierde su calificación de prestación de servicios, a efectos del artículo 56 TFUE, porque el paciente solicite a un servicio nacional de salud que se haga cargo de los gastos después de que él haya pagado el tratamiento recibido al prestador establecido en un Estado miembro distinto del de su residencia (véase, en este sentido, la sentencia de 16 de mayo de 2006, Watts, C-372/04, EU:C:2006:325, apartados 86 y 89).
- 35 El Tribunal de Justicia también ha declarado que la mera exigencia de una autorización previa, a la que se subordina la cobertura por la institución competente, según el régimen de cobertura en vigor en el Estado miembro al que pertenece esta, de los gastos de la asistencia sanitaria dispensados en otro Estado miembro constituye, tanto para los pacientes como para los prestadores de servicios, una restricción a la libre prestación de servicios consagrada en el artículo 56 TFUE, ya que dicho sistema disuade e incluso impide a esos pacientes dirigirse a los prestadores de servicios médicos establecidos en un Estado miembro distinto del de su residencia para obtener la asistencia de que se trata [véase, en este sentido, la sentencia de 23 de septiembre de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza), C-777/18, EU:C:2020:745, apartado 58 y jurisprudencia citada].
- 36 Si bien el artículo 56 TFUE no se opone, en principio, a que el derecho de un paciente a recibir asistencia hospitalaria o asistencia médica que implique la utilización de equipos médicos altamente especializados y costosos en otro Estado miembro a cargo del sistema del Estado miembro de que depende esté sujeto a una autorización previa, es necesario, no obstante, que los requisitos para la concesión de tal autorización estén justificados por imperativos de interés general, en particular los de evitar el riesgo de un perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social, mantener un servicio médico y hospitalario equilibrado y accesible a todos y permitir la planificación con objeto, por una parte, de garantizar en el territorio del Estado miembro de que se trate un acceso suficiente y permanente a una gama de tratamientos hospitalarios de calidad y, por otra parte, de lograr un control de los gastos y evitar, en la medida de lo posible, cualquier derroche de recursos financieros, técnicos y humanos, así como que esos requisitos no excedan de lo que sea objetivamente necesario para conseguir tal fin y que no pueda obtenerse el mismo resultado mediante normas menos restrictivas. Asimismo, tal sistema debe basarse en criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano, de forma que delimiten el ejercicio de la facultad de apreciación de las autoridades nacionales, con el fin de que esta no pueda ejercerse de manera arbitraria [véanse, en este sentido, las sentencias de 5 de octubre de 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, apartados 41 a 44, y de 23 de septiembre de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza), C-777/18, EU:C:2020:745, apartados 59, 61 y 62].
- 37 A este respecto, procede recordar que el Tribunal de Justicia ya ha identificado dos supuestos en los que el asegurado, aun a falta de una autorización expedida antes de comenzar a dispensarse el tratamiento programado en el Estado miembro de estancia, tiene derecho a que la institución competente le reembolse directamente un importe equivalente al que normalmente habría sufragado dicha institución si el asegurado hubiera dispuesto de tal autorización [sentencia de 23 de septiembre de 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza), C-777/18, EU:C:2020:745, apartado 46].

- 38 En el primer supuesto, el asegurado tiene derecho a obtener tal reembolso cuando la institución competente haya denegado su solicitud de autorización y, posteriormente, la propia institución competente o una resolución judicial declaren infundada tal denegación [sentencia de 23 de septiembre de 2020, *Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza)*, C-777/18, EU:C:2020:745, apartado 47 y jurisprudencia citada].
- 39 En el segundo supuesto, el asegurado tiene derecho a que la institución competente le reembolse directamente un importe equivalente al que normalmente habría sufragado la institución si aquel hubiera dispuesto de la correspondiente autorización previa cuando, por razones relacionadas con su estado de salud o con la necesidad de recibir tratamiento urgente en un establecimiento hospitalario, se haya visto imposibilitado de solicitar tal autorización o no haya podido esperar a la resolución de la institución competente sobre la solicitud de autorización presentada. El Tribunal de Justicia declaró a este respecto que una normativa que excluye, en todos los casos, la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada en otro Estado miembro sin autorización priva al asegurado de la cobertura de tal asistencia, aun cuando, por lo demás, concurren los requisitos para ello. Por consiguiente, tal normativa, que no puede estar justificada por razones imperiosas de interés general y que, en cualquier caso, no respeta la exigencia de proporcionalidad, restringe de forma injustificada la libre prestación de servicios [sentencia de 23 de septiembre de 2020, *Vas Megyei Kormányhivatal (Asistencia sanitaria transfronteriza)*, C-777/18, EU:C:2020:745, apartado 48 y jurisprudencia citada].
- 40 En el caso de autos, el artículo 40, apartados 1, letra b), y 3, del anexo de la Orden n.º 592/2008 supedita la concesión de una autorización con arreglo al artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004 al cumplimiento de los dos requisitos que se corresponden, en lo esencial, con los establecidos en el artículo 20, apartado 2, segunda frase, de este Reglamento. Por otra parte, según el artículo 45, apartados 1, letra b), y 4, del anexo de esa Orden, el asegurado en el régimen público del seguro de enfermedad rumano está obligado a adjuntar a la solicitud de autorización para recibir un tratamiento adecuado fuera de Rumanía un informe clínico que establezca el diagnóstico y el tratamiento que debe realizarse, elaborado por un médico de un centro hospitalario universitario o, según los casos, regional vinculado mediante convenio con una de las Tesorerías de la seguridad social rumana.
- 41 A este respecto, procede señalar, en primer lugar, que, aunque el tenor del artículo 20, apartado 2, segunda frase, del Reglamento n.º 883/2004 no contiene ninguna exigencia expresa relativa a la presentación de un informe clínico, la comprobación de si se cumplen los requisitos mencionados en el apartado anterior requiere —como han puesto de relieve las demandadas en el litigio principal, los Gobiernos rumano y polaco y la Comisión Europea en sus observaciones escritas presentadas ante el Tribunal de Justicia y en sus respuestas a las preguntas escritas formuladas por este— de una evaluación, por una parte, del estado de salud de la persona asegurada y de la evolución probable de su enfermedad, así como de los tratamientos médicos adecuados a su estado de salud y, por otra parte, de que esos tratamientos estén disponibles en el sistema de seguridad social del Estado miembro de residencia de dicha persona, y de los plazos en que estos pueden dispensarse en ese Estado miembro.
- 42 Además, si bien la evaluación de los dos últimos aspectos implica normalmente un conocimiento del que solo disponen un médico u otro profesional de la salud dependientes del régimen público del seguro de enfermedad del Estado miembro de residencia de la persona asegurada, no ocurre lo mismo con la evaluación de los dos primeros aspectos, que tiene por objeto el diagnóstico del estado de salud y los tratamientos médicos adecuados a este.

- 43 Esta observación se confirma a la vista del artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, y cuyo apartado 4 señala que, durante todo el procedimiento de autorización, la institución competente conservará la facultad de someter a la persona asegurada a un reconocimiento por un médico elegido por ella en el Estado miembro de estancia o de residencia. Por lo tanto, este precepto no limita la elección de la institución competente a los médicos del régimen público del seguro de enfermedad del Estado miembro de residencia de la persona asegurada.
- 44 De ello se deduce que el artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, en relación con el artículo 26, apartado 4, del Reglamento n.º 987/2009, no exige que el dictamen médico que respalde una solicitud de autorización previa para un tratamiento proporcionado en un Estado miembro distinto del de residencia de la persona asegurada sea emitido por un médico del régimen público del seguro de enfermedad del Estado miembro de residencia de esa persona y tampoco impide que se tenga en cuenta, durante el procedimiento de autorización, un segundo dictamen médico emitido por un médico que ejerza en el Estado miembro al que dicha persona quiere desplazarse para recibir ese tratamiento.
- 45 Por consiguiente, una legislación nacional que exige que una solicitud de autorización para un tratamiento fuera del Estado miembro de residencia vaya acompañada de un informe clínico que establezca el diagnóstico y el tratamiento que debe realizarse, emitido por un médico dependiente del régimen público del seguro de enfermedad nacional, impone un requisito que va más allá de los establecidos en el artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004.
- 46 Por añadidura, tal requisito puede privar a la persona asegurada que disponga únicamente de un dictamen médico emitido en un Estado miembro distinto del Estado miembro de residencia, en el que se prescribe un tratamiento alternativo, de la posibilidad de obtener una autorización previa para que la institución competente se haga cargo de dicho tratamiento. En efecto, como ha señalado el órgano jurisdiccional remitente, tal procedimiento de autorización no garantiza que dicho dictamen sea efectivamente tenido en cuenta y, en consecuencia, que la institución competente pueda determinar si se cumplen los requisitos establecidos en el artículo 20, apartado 2, segunda frase, del Reglamento n.º 883/2004, recordados en el apartado 30 de la presente sentencia.
- 47 En segundo lugar, procede señalar que la exigencia a la que una disposición de Derecho nacional, como el artículo 45, apartados 1, letra b), y 4, del anexo de la Orden n.º 592/2008, supedita la concesión de una autorización con arreglo al artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004 constituye un factor disuasorio añadido al recurso a prestaciones sanitarias transfronterizas, en relación con la exigencia de una autorización previa, la cual, conforme a la jurisprudencia recordada en el apartado 35 de la presente sentencia, ya es por sí misma una restricción de la libre prestación de servicios.
- 48 En efecto, aun cuando una legislación como la controvertida en el litigio principal no impide directamente a las personas afiliadas al régimen público del seguro de enfermedad dirigirse a un prestador de servicios médicos establecido en otro Estado miembro, la falta de garantía de la toma en consideración efectiva, durante el procedimiento de autorización, de un segundo dictamen médico emitido por tal prestador en el que se recomienda un tratamiento alternativo, a la que se añade la perspectiva de una pérdida económica al no hacerse cargo el sistema nacional de salud de los gastos médicos correspondientes a dicho tratamiento alternativo, como consecuencia de una decisión administrativa desfavorable, tiene manifiestamente carácter disuasorio frente a la

posibilidad de recurrir a prestaciones sanitarias transfronterizas (véase, por analogía, la sentencia de 27 de octubre de 2011, Comisión/Portugal, C-255/09, EU:C:2011:695, apartado 62 y jurisprudencia citada).

- 49 En el caso de autos, por lo que respecta a la justificación de la restricción a la libre prestación de servicios resultante de la exigencia de presentar un informe clínico elaborado por un médico del régimen público del seguro de enfermedad del Estado miembro de residencia de la persona asegurada, el Gobierno rumano alega, por una parte, que esta exigencia tiene por objeto garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 20, apartado 2, segunda frase, del Reglamento n.º 883/2004.
- 50 No obstante, como se desprende del apartado 44 de la presente sentencia, ni esta disposición ni el artículo 26, apartado 4, del Reglamento n.º 987/2009 impiden a la institución competente tener en cuenta, en el procedimiento de autorización, un segundo dictamen emitido por un médico que ejerza en el territorio de un Estado miembro distinto del de residencia de la persona asegurada.
- 51 Ese Gobierno invoca, por otra parte, la necesidad de garantizar el equilibrio financiero del sistema nacional de asistencia sanitaria y el control de los gastos, así como de evitar en la medida de lo posible todo derroche de recursos financieros, técnicos y humanos. Sin embargo, aun admitiendo que el requisito previsto en el artículo 45, apartados 1, letra b), y 4, del anexo de la Orden n.º 592/2008, en el contexto de la asistencia hospitalaria y de la asistencia no hospitalaria que requiera de equipos materiales costosos, pueda ser adecuado para garantizar estos objetivos de interés general, no parece, en ningún caso, que respete el principio de proporcionalidad recordado en el apartado 36 de la presente sentencia.
- 52 En efecto, el objetivo invocado puede alcanzarse mediante el establecimiento de un procedimiento de autorización que, a efectos de la elaboración de un informe médico por un médico que ejerza en el régimen público del seguro de enfermedad del Estado miembro de residencia de la persona asegurada y que incluya el diagnóstico y el tratamiento recomendado para esta, garantice que se tenga efectivamente en cuenta un segundo dictamen médico emitido en otro Estado miembro, en el que se recomiende un tratamiento alternativo igualmente adecuado al estado de salud de dicha persona, pero sin los inconvenientes del primer tratamiento.
- 53 Las consideraciones anteriores no quedan desvirtuadas por la alegación formulada por las demandadas en el litigio principal y por el Gobierno rumano, según la cual el supuesto controvertido en el litigio principal está regulado por el artículo 46, apartado 2, del anexo de la Orden n.º 592/2008, que, al parecer, permite a la persona asegurada interesada obtener una autorización *a posteriori* cuya expedición no está supeditada al cumplimiento del requisito establecido en el artículo 45, apartados 1, letra b), y 4, de este anexo.
- 54 Aun suponiendo que ese artículo 46 —a tenor del cual la concesión de dicha autorización está supeditada, por una parte, a «razones de fuerza mayor», como consecuencia de «circunstancias de origen externo y de carácter extraordinario, absolutamente imprevisibles e inevitables, incluidas las circunstancias de naturaleza médica», que deben detallarse en una nota informativa elaborada por la institución competente, y, por otra parte, al requisito de que no se haya abonado el precio de los servicios médicos recibidos en esas circunstancias— sea aplicable a un caso como el controvertido en el litigio principal, en el que la persona asegurada interesada se desplaza a un Estado miembro distinto del de su residencia con fines terapéuticos y de manera planificada, como ha señalado el propio órgano jurisdiccional remitente, esto no alteraría en modo alguno el hecho de que supeditar la concesión de una autorización en virtud del artículo 20 del Reglamento

n.º 883/2004 a la presentación de un informe clínico elaborado por un médico del régimen público del seguro de enfermedad del Estado de residencia de la persona asegurada es una restricción desproporcionada de la libre prestación de servicios consagrada en el artículo 56 TFUE, lo que, además, equivale en la práctica a impedir que la institución competente compruebe el cumplimiento de los requisitos para la concesión obligatoria de esta autorización, como se ha señalado en los apartados 45 y 46 de la presente sentencia.

- 55 De todas las consideraciones anteriores se desprende que el artículo 20, apartado 2, del Reglamento n.º 883/2004, en relación con el artículo 56 TFUE, debe interpretarse en el sentido de que se opone a una legislación nacional que supedita la concesión de una autorización para un tratamiento en un Estado miembro distinto del de residencia del solicitante a la presentación de un informe clínico que establezca el diagnóstico y el tratamiento que debe realizarse, emitido por un médico del régimen público del seguro de enfermedad nacional, y que no garantiza la toma en consideración, por la institución competente, de un segundo dictamen médico emitido en ese otro Estado miembro en el que se prescribe un tratamiento alternativo.
- 56 En estas circunstancias, procede considerar, en tercer lugar, que la persona asegurada que no haya podido obtener una autorización con arreglo al artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004, como consecuencia de la aplicación de una legislación como la identificada en el apartado anterior de la presente sentencia y que, al disponer de un informe médico emitido en un Estado miembro distinto del de su residencia —que establece el diagnóstico y la necesidad de aplicación urgente de un tratamiento que, a diferencia del que se le había prescrito en su Estado miembro de residencia, no provoca una discapacidad—, ha recibido ese tratamiento en el otro Estado miembro, está incluida en uno de los supuestos enunciados en los apartados 37 a 39 de la presente sentencia.
- 57 De ello se deduce, en el presente asunto, que si en el caso de ZY concurrían los requisitos para la concesión de una autorización con arreglo al artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, recordados en el apartado 30 de la presente sentencia —extremo que corresponde comprobar al órgano jurisdiccional remitente—, siendo así que la falta de obtención de tal autorización solo se debió al hecho de que el informe médico que le había prescrito el tratamiento seguido había sido elaborado por un médico de un Estado miembro distinto del de su residencia, los herederos de ZY tienen derecho a que la institución competente rumana les reembolse un importe equivalente al que esa institución habría sufragado normalmente si ZY hubiera dispuesto de tal autorización.
- 58 Habida cuenta de lo anterior, procede responder a las cuestiones prejudiciales planteadas que el artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, en relación con el artículo 56 TFUE, debe interpretarse en el sentido de que la persona asegurada que ha recibido, en un Estado miembro distinto del de su residencia, un tratamiento que figura entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro de residencia, tiene derecho al reembolso íntegro de los gastos de dicho tratamiento, de acuerdo con los requisitos establecidos en este Reglamento, cuando esa persona no haya podido obtener una autorización de la institución competente, de conformidad con el artículo 20, apartado 1, del citado Reglamento, debido a que, aun cuando el diagnóstico y la necesidad de aplicación urgente de un tratamiento fueron confirmados por un médico del régimen del seguro de enfermedad del Estado miembro de su residencia, este médico le prescribió un tratamiento diferente del consentido por dicha persona de acuerdo con un segundo dictamen emitido por un médico de otro Estado miembro, tratamiento que, a diferencia del primero, no provoca una discapacidad.

Costas

- 59 Dado que el procedimiento tiene, para las partes del litigio principal, el carácter de un incidente promovido ante el órgano jurisdiccional remitente, corresponde a este resolver sobre las costas. Los gastos efectuados por quienes, no siendo partes del litigio principal, han presentado observaciones ante el Tribunal de Justicia no pueden ser objeto de reembolso.

En virtud de todo lo expuesto, el Tribunal de Justicia (Sala Cuarta) declara:

El artículo 20 del Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, en su versión modificada por el Reglamento (CE) n.º 988/2009 de Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, en relación con el artículo 56 TFUE, debe interpretarse en el sentido de que la persona asegurada que ha recibido, en un Estado miembro distinto del de su residencia, un tratamiento que figura entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro de residencia, tiene derecho al reembolso íntegro de los gastos de dicho tratamiento, de acuerdo con los requisitos establecidos en el citado Reglamento, cuando esa persona no haya podido obtener la autorización de la institución competente, de conformidad con el artículo 20, apartado 1, del citado Reglamento, debido a que, aun cuando el diagnóstico y la necesidad de aplicación urgente de un tratamiento fueron confirmados por un médico del régimen del seguro de enfermedad del Estado miembro de su residencia, este médico le prescribió un tratamiento distinto del consentido por dicha persona de acuerdo con un segundo dictamen emitido por un médico de otro Estado miembro, tratamiento que, a diferencia del primero, no provoca una discapacidad.

Firmas