

SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA (Gran Sala)
de 16 de mayo de 2006 *

En el asunto C-372/04,

que tiene por objeto una petición de decisión prejudicial planteada, con arreglo al artículo 234 CE, por la Court of Appeal (England & Wales) (Civil Division) (Reino Unido), mediante resolución de 12 de julio de 2004, recibida en el Tribunal de Justicia el 27 de agosto de 2004, en el procedimiento entre

The Queen, a instancia de

Yvonne Watts

y

Bedford Primary Care Trust,

Secretary of State for Health,

* Lengua de procedimiento: inglés.

EL TRIBUNAL DE JUSTICIA (Gran Sala),

integrado por el Sr. V. Skouris, Presidente, los Sres. P. Jann, C.W.A. Timmermans y A. Rosas, Presidentes de Sala, y el Sr. R. Schintgen, la Sra. N. Colneric y los Sres. K. Lenaerts (Ponente), J. Klučka, U. Lõhmus, E. Levits y A. Ó Caoimh, Jueces;

Abogado General: Sr. L.A. Geelhoed;

Secretaria: Sra. L. Hewlett, administradora principal,

habiendo considerado los escritos obrantes en autos y celebrada la vista el 4 de octubre de 2005;

consideradas las observaciones presentadas:

- en nombre de la Sra. Watts, por los Sres. R. Gordon, QC, y J. Hyam, Barrister;
- en nombre del Gobierno del Reino Unido, por las Sras. E. O'Neill y S. Nwaokolo, en calidad de agentes, asistidas por los Sres. D. Lloyd-Jones y D. Wyatt, QC, y por la Sra. S. Lee, Barrister;
- en nombre del Gobierno belga, por el Sr. M. Wimmer, en calidad de agente;

- en nombre del Gobierno español, por los Sres. E. Braquehais Conesa y J.M. Rodríguez Cárcamo, en calidad de agentes;
- en nombre del Gobierno francés, por el Sr. G. de Bergues y la Sra. C. Bergeot-Nunes, en calidad de agentes;
- en nombre del Gobierno irlandés, por el Sr. D. O'Hagan, en calidad de agente, asistido por el Sr. N. Travers, BL;
- en nombre del Gobierno maltés, por el Sr. S. Camilleri, en calidad de agente, asistido por el Sr. S. Mifsud, avukat;
- en nombre del Gobierno polaco, por el Sr. P. Sadowy, en calidad de agente;
- en nombre del Gobierno finlandés, por la Sra. T. Pynnä, en calidad de agente;
- en nombre del Gobierno sueco, por la Sra. K. Norman y el Sr. A. Kruse, en calidad de agentes;
- en nombre de la Comisión de las Comunidades Europeas, por el Sr. D. Martin y la Sra. N. Yerrell, en calidad de agentes;

oídas las conclusiones del Abogado General, presentadas en audiencia pública el 15 de diciembre de 2005,

dicta la siguiente

Sentencia

- ¹ La petición de decisión prejudicial tiene por objeto la interpretación de los artículos 48 CE a 50 CE y 152 CE, apartado 5, así como del artículo 22 del Reglamento (CEE) n° 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 (CEE) n° 118/97 del Consejo, de 2 de diciembre de 1996 (DO 1997, L 28, p. 1) (en lo sucesivo, «Reglamento n° 1408/71»).
- ² Dicha petición se ha presentado en el contexto de un litigio derivado de la decisión del Bedford Primary Care Trust (en lo sucesivo, «PCT de Bedford») de negarse a reembolsar el coste de un tratamiento hospitalario recibido en Francia por la Sra. Watts, residente en el Reino Unido.

Marco jurídico

Normativa comunitaria

- ³ El artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, titulado «Estancia fuera del Estado competente — Regreso o traslado de residencia a otro Estado miembro durante una

enfermedad o maternidad — Necesidad de desplazarse a otro Estado miembro para recibir la asistencia apropiada», dispone lo siguiente:

«1. El trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia que satisfaga las condiciones exigidas por la legislación del Estado competente para tener derecho a las prestaciones, teniendo en cuenta, en su caso, las disposiciones del artículo 18 y:

[...]

- c) que sea autorizado por la institución competente a desplazarse al territorio de otro Estado miembro para recibir en el mismo la asistencia apropiada a su estado;

tendrá derecho:

- i) a las prestaciones en especie servidas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia [...], según las disposiciones de la legislación que ésta aplique, como si estuviera afiliado a la misma, regulándose la duración del servicio de las prestaciones por la legislación del Estado competente;

[...]

2. [...]

La autorización requerida en virtud de la letra c) del apartado 1 no podrá ser denegada cuando la asistencia de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en cuyo territorio resida el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud actual y la evolución probable de la enfermedad, esta asistencia no pueda serle dispensada en el plazo normalmente necesario para obtener el tratamiento de que se trata en el Estado miembro en que reside.

[...]»

- ⁴ Como se desprende de la Decisión n° 153 (94/604/CE) de la Comisión administrativa de las Comunidades Europeas para la seguridad social de los trabajadores migrantes, de 7 de octubre de 1993, relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo (E 001, E 103-E 127) (DO 1994, L 244, p. 22), el formulario E 112 es el certificado requerido para la aplicación del artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71.

Normativa nacional

- ⁵ El artículo 1 de la Ley del Servicio Nacional de Salud de 1977 (National Health Service Act 1977; en lo sucesivo, «NHS Act») obliga al Ministerio de Sanidad a ofrecer un servicio sanitario nacional en Inglaterra y Gales.

6 Los artículos 1 y 3 de la NHS Act desarrollan así esta obligación:

«Artículo 1

1. El Ministerio deberá seguir fomentando en Inglaterra y Gales un servicio sanitario completo destinado a mejorar,

- a) la salud física y mental de la población de dichos países, y
- b) la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, prestando al efecto los servicios contemplados en la presente Ley o asegurándose de que sean efectivamente prestados.

2. Los servicios así prestados serán gratuitos, excepto en los casos en que la facturación y el cobro de los gastos sean expresamente exigidos por una ley, con independencia de la fecha de aprobación de ésta.

[...]

Artículo 3

1. En la medida en que lo considere necesario para atender a todas las exigencias razonables, el Ministerio estará obligado a proporcionar, en todo el territorio de Inglaterra y Gales,

- a) instalaciones hospitalarias,
- b) otras instalaciones destinadas a la prestación de los servicios contemplados en la presente Ley,
- c) servicios médicos, dentales, de enfermería y de ambulancias,
- d) las instalaciones destinadas a atender a las mujeres embarazadas y lactantes y a los niños pequeños que estime convenientes como parte del servicio sanitario,
- e) las instalaciones destinadas a la prevención de enfermedades, al tratamiento y a la rehabilitación de enfermos que estime convenientes como parte del servicio sanitario,
- f) cualquier otro servicio necesario para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.»

- 7 Según la información aportada por la resolución de remisión, las características principales del National Health Service (en lo sucesivo, «NHS») son las siguientes.
- 8 Los organismos que forman parte de NHS dispensan gratuitamente tratamiento hospitalario, sin ánimo de lucro, a todas las personas que residen habitualmente en el Reino Unido.
- 9 Dicho tratamiento es financiado directamente por el Estado, esencialmente gracias a los ingresos fiscales que la Administración reparte entre los Institutos de Asistencia Primaria (Primary Care Trusts; en lo sucesivo, «PCT») en función de las necesidades de la población de sus respectivos sectores geográficos.
- 10 Ni los trabajadores ni los empresarios abonan cotizaciones para financiar el NHS, y tampoco se solicita al paciente participación alguna en los gastos.
- 11 No existen listas nacionales en las que se indiquen los servicios médicos que deben prestarse.
- 12 En principio, el acceso al tratamiento hospitalario requiere una decisión al efecto de un médico generalista.

- 13 Como el presupuesto asignado por el Gobierno al NHS no basta para tratar con rapidez a todos los pacientes independientemente de la urgencia del caso, el NHS establece prioridades a fin de utilizar adecuadamente los recursos disponibles, lo que provoca unas listas de espera relativamente largas para los tratamientos menos urgentes. Los organismos del NHS deciden cómo ponderar las prioridades clínicas, dentro de los límites de la dotación presupuestaria que se les ha asignado y respetando las directrices nacionales.
- 14 Las listas de espera persiguen dos objetivos: en primer lugar, garantizar la prestación de tratamiento hospitalario respetando las prioridades y las decisiones de los organismos del NHS sobre el uso de los recursos disponibles y, en segundo lugar, preservar la equidad entre los pacientes que requieren tratamiento hospitalario para problemas de salud diferentes y con grados de urgencia variables.
- 15 Los pacientes afiliados al NHS carecen del derecho de recibir tratamientos específicos en momentos determinados. La naturaleza del tratamiento hospitalario, el lugar y el momento en que se dispensará y la duración del mismo se determinan en función de las prioridades clínicas y de los recursos del organismo competente del NHS, y no a elección del paciente. Las decisiones de los organismos del NHS pueden ser impugnadas ante los tribunales, pero los recursos son desestimados en la mayoría de los casos.
- 16 Como los tratamientos dispensados por el NHS son gratuitos, la cuestión del reembolso de sus gastos al paciente no se plantea y no existe normativa al respecto. Por consiguiente, no existen baremos de reembolso en la legislación británica.
- 17 Los pacientes afiliados al NHS no tienen derecho a recibir tratamiento hospitalario en el sector privado en Inglaterra o en Gales a cargo del NHS.

- 18 Los PCT son organismos autónomos creados por el artículo 16 A de la NHS Act, añadido por el artículo 2 de la Ley de Sanidad de 1999 (Health Act 1999) y modificado por la Ley de reforma del Servicio Nacional de Salud y de regulación de las profesiones sanitarias de 2002 (National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002). Su composición se determina en la normativa de desarrollo, y varios de sus miembros son designados por el Ministerio. La misión de los PCT consiste en planificar y garantizar a nivel local la asistencia sanitaria, incluidos los servicios de medicina general, en la zona atribuida a cada uno de ellos. En cada ejercicio presupuestario, el Ministerio de Sanidad abona a cada PCT un importe, que no puede sobrepasarse, destinado a cubrir el coste de los tratamientos hospitalarios y los gastos generales.
- 19 Los «NHS trusts» son unas personas jurídicas distintas, creadas con arreglo a la Ley del Servicio Nacional de Salud y de asistencia a domicilio de 1990 (National Health Service and Community Care Act 1990), que tienen por objetivo el suministro de bienes y la prestación de servicios en el marco del NHS, según el artículo 5, apartado 1, de dicha Ley, en su versión modificada por el artículo 13 de la Ley de Sanidad de 1999 (Health Act 1999). Sus funciones se determinan por Orden Ministerial. Casi todos los hospitales británicos son gestionados por un «NHS trust». Los «NHS trusts» se financian con las cantidades recibidas de los PCT por los tratamientos y servicios médicos que éstos les encomiendan.
- 20 Conforme al artículo el artículo 4 de la Ley de 1990, la colaboración entre los PCT y los NHS trusts se basa en un sistema de «contratos NHS», cuyo cumplimiento no es exigible ante los tribunales pero para los cuales se ha establecido un mecanismo especial de arbitraje interno, actuando como árbitro el Ministro competente. En general, los contratos NHS se redactan partiendo de un acuerdo que determina la cantidad de servicios previstos y la financiación correspondiente.
- 21 Los PCT y los NHS trusts son entidades sin ánimo de lucro. La parte del presupuesto asignado que no haya sido utilizada puede trasladarse al ejercicio siguiente si se cumplen ciertos requisitos; de no ser así, dicha cantidad debe ser devuelta a la Administración.

- 22 Las personas que no residen habitualmente en el Reino Unido pueden recibir también tratamiento médico del NHS, en principio no gratuito. El Reglamento del NHS sobre el cobro a visitantes extranjeros de 1989 [NHS (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1989] regula la facturación y el cobro de los gastos de los tratamientos dispensados a estos pacientes por el NHS, facturación y cobro que los PCT están obligados a realizar, a menos que en el paciente concurra alguno de los criterios de exención fijados por dicha norma. El Reglamento establece varias exenciones, principalmente para los tratamientos dispensados en los servicios hospitalarios de accidentes y de urgencias, por una parte, y con objeto de tener en cuenta los derechos de los pacientes afiliados al sistema de seguridad social de otro Estado miembro, por otra parte.
- 23 Según la resolución de remisión, como el Reglamento nº 1408/71 es directamente aplicable en los Estados miembros, en el Derecho británico no se ha adoptado medida alguna de aplicación del mismo. Un paciente afiliado al NHS y residente habitual en el Reino Unido puede recibir tratamiento hospitalario en otro Estado miembro con arreglo al artículo 22, apartado 1, letra c), de dicho Reglamento. En tal caso, según el Reglamento, los gastos de dicho tratamiento son reembolsados directamente a la institución del Estado miembro en el que se haya recibido el tratamiento, a la tarifa de reembolso vigente en dicho Estado miembro.

El litigio principal

- 24 La Sra. Watts, que padecía una artritis de caderas, solicitó información al PCT de Bedford sobre la posibilidad de ser operada en el extranjero al amparo de un formulario E 112.
- 25 El 1 de octubre de 2002, la Sra. Watts fue examinada por un especialista británico, el cual informó al PCT de Bedford, mediante carta de 28 octubre de 2002, de que el

caso de la Sra. Watts presentaba la misma urgencia que el de sus demás pacientes con artritis aguda, que la movilidad de dicha paciente se encontraba gravemente reducida y que sufría dolores constantes. Dicho especialista incluyó a la Sra. Watts entre los casos «de rutina», lo que significaba que ésta debería esperar aproximadamente un año antes de poder someterse a una intervención quirúrgica en un hospital local.

26 El 21 de noviembre de 2002, el PCT de Bedford notificó a la Sra. Watts su negativa a expedir un formulario E 112, dado que no se cumplía el segundo de los requisitos exigidos en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71. En efecto, a su juicio, la paciente podría recibir tratamiento en un hospital local «dentro de un plazo que se ajustaba a los objetivos del plan de seguridad social de la Administración» y, por lo tanto, «sin un retraso indebido».

27 El 12 de diciembre de 2002, la Sra. Watts entabló un procedimiento destinado a obtener una autorización para recurrir contra esta decisión denegatoria.

28 La vista relativa a la admisibilidad de dicho recurso se celebró ante la High Court of Justice (England & Wales) Queen's Bench Division (Administrative Court) el 22 de enero de 2003. En dicha vista se informó de que, a principios de enero de 2003, la Sra. Watts había consultado a un especialista en Francia, quien había estimado que el empeoramiento del estado de salud de la paciente incrementaba la necesidad de operarla urgentemente. El Secretary of State for Health (Ministro de Sanidad) y el PCT de Bedford propusieron entonces un nuevo examen de la Sra. Watts, con objeto de analizar la posibilidad de reconsiderar la decisión de 21 noviembre de 2002.

29 El 31 de enero de 2003, la Sra. Watts fue examinada de nuevo por el especialista británico que la había examinado en octubre de 2002. En una carta de ese mismo día, dicho especialista indicó al PCT de Bedford que procedía modificar la

clasificación de la Sra. Watts, incluyéndola en la categoría de pacientes que debían ser operados «pronto», es decir, en una categoría intermedia entre los casos más urgentes y los casos de rutina. Esto significaba que sería operada en un plazo de tres o cuatro meses, es decir, en abril o mayo de 2003.

- 30 El 4 de febrero de 2003, el PCT de Bedford reiteró su negativa a expedir un formulario E 112, dado que el plazo de espera para operar a la paciente en un hospital local había quedado reducido a tres o cuatro meses, e invocó de nuevo los objetivos de planificación del NHS para concluir que en el caso de la Sra. Watts no existía un retraso indebido.
- 31 El 7 de marzo de 2003, la Sra. Watts hizo que le instalaran una prótesis de cadera en Abbeville (Francia) y abonó los gastos de dicha intervención médica, de un importe equivalente a 3.900 GBP.
- 32 La Sra. Watts continuó el procedimiento destinado a obtener una autorización para recurrir contra la decisión denegatoria del PCT de Bedford y solicitó además el reembolso de los gastos médicos en que había incurrido en Francia.
- 33 El 1 de octubre de 2003, la High Court of Justice (England & Wales) Queen's Bench Division (Administrative Court), que había suspendido el procedimiento hasta que se dictara la sentencia del Tribunal de Justicia de 13 de mayo de 2003, Müller-Fauré y Van Riet (C-385/99, Rec. p. I-4509), dictó sentencia declarando que el artículo 49 CE era aplicable a los servicios médicos prestados en Francia a la Sra. Watts, a pesar de que el reembolso de los gastos del tratamiento recibido había sido solicitado en el contexto del NHS.
- 34 La High Court desestimó sin embargo la demanda de la Sra. Watts. A pesar de reconocer que «cualquier autoridad nacional que se hubiera guiado, como debía, por

los principios establecidos por el [Tribunal de Justicia], en particular en las sentencias [de 12 de julio de 2001, Smits y Peerbooms (C-157/99, Rec. p. I-5473)] y Müller-Fauré y Van Riet, se habría visto obligada a concluir en octubre o noviembre de 2002 que el retraso previsto, de aproximadamente un año, era en cualquier caso «indebido», por lo que podía conferir a la demandante, en virtud del artículo 49 [CE], el derecho al reembolso de los gastos necesarios para recibir tratamiento en un plazo más razonable en otro Estado miembro», dicho órgano jurisdiccional concluyó sin embargo que en el caso de la Sra. Watts no había existido un retraso indebido después que fuera sometida a un nuevo examen a finales de enero de 2003. A su juicio, un periodo de espera de tres o cuatro meses no bastaba para que se reconociera a la Sra. Watts el derecho a recibir tratamiento en el extranjero, ni para exigir que el NHS le reembolsara los gastos de dicho tratamiento.

35 Tanto la Sra. Watts como el Secretary of State for Health interpusieron recurso de apelación contra dicha sentencia ante la Court of Appeal (England and Wales), Civil Division. El recurso de apelación de la Sra. Watts se dirigía contra la desestimación de su pretensión de reembolso y contra la tesis expuesta en la sentencia de primera instancia en el sentido de que el plazo de espera aplicable en virtud del Derecho nacional constituye un dato pertinente a efectos de aplicar el artículo 49 CE y un dato esencial en el contexto del artículo 22 del Reglamento nº 1408/71. El Secretary of State for Health basó su apelación esencialmente en el argumento de que los pacientes afiliados al NHS no tienen derecho a invocar el artículo 49 CE, de modo que para resolver el caso de la Sra. Watts procede aplicar exclusivamente el artículo 22 del Reglamento nº 1408/71.

36 En una resolución de 20 de febrero de 2004, el órgano jurisdiccional remitente señala que, habida cuenta de las sentencias Smits y Peerbooms y Müller-Fauré y Van Riet, antes citadas, los servicios nacionales de salud financiados por el Estado, como el NHS, están comprendidos en el ámbito de aplicación del artículo 49 CE. Añade no obstante que del apartado 98 de la sentencia Müller-Fauré y Van Riet, antes citada, parece deducirse que el derecho a recibir tratamiento en el extranjero en virtud de dicho artículo está supeditado a la existencia de un derecho a recibir tratamiento en el Estado miembro competente, derecho del que carecen los pacientes británicos en el marco del NHS.

- 37 A juicio del órgano jurisdiccional remitente, como las actividades médicas constituyen prestaciones de servicios a efectos del artículo 49 CE, las autoridades nacionales responsables de la financiación de los tratamientos sanitarios no pueden impedir, en principio, que los residentes reciban tratamiento en otro Estado miembro, a menos que tal restricción pueda justificarse por la necesidad de mantener un servicio médico y hospitalario equilibrado y accesible a todos, aunque dicha justificación no podría invocarse si diera lugar a un retraso indebido en la aplicación del tratamiento al paciente en su Estado miembro de residencia.
- 38 El órgano jurisdiccional remitente considera que, en virtud de la sentencia de 23 de octubre de 2003, Inizan (C-56/01, Rec. p. I-12403), el concepto de retraso indebido debe interpretarse, al igual que el segundo de los requisitos establecidos en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71, basándose en las consideraciones de carácter clínico específicas de cada caso concreto, y no en función de los plazos normales de espera y de las listas, que reposan en consideraciones de carácter económico. Indica sin embargo que, hasta la fecha, el Tribunal de Justicia no ha ofrecido una respuesta clara sobre el modo de interpretar este concepto.
- 39 También a la luz de la sentencia Inizan, antes citada, dicho órgano jurisdiccional se pregunta si las consideraciones de carácter presupuestario son pertinentes en un asunto como el que se discute en el litigio principal. Se plantea así si procede estimar que un Estado miembro está obligado a destinar recursos a permitir que sus nacionales reciban tratamiento en el extranjero en un plazo más corto, con el riesgo de alargar los plazos necesarios para dispensar tratamiento en el territorio nacional en casos más urgentes, por una parte, y de afectar a la gestión de los recursos y a la planificación de su sistema sanitario, por otra.
- 40 En el supuesto de que dicha obligación exista, el órgano jurisdiccional remitente se pregunta si el Estado miembro de que se trate está obligado a reembolsar los costes de un tratamiento recibido en el extranjero con arreglo a la legislación del Estado miembro de estancia, según lo dispuesto en el artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, o con arreglo a su propia legislación, según el artículo 49 CE. También plantea la cuestión de si, en este supuesto, el Estado debe hacerse cargo de los gastos de viaje y de estancia.

- 41 El órgano jurisdiccional remitente pone de relieve que, en un sistema como el NHS, en el que el tratamiento sanitario es gratuito, la obligación de reembolsar los gastos con arreglo a la legislación del Estado miembro competente equivaldría a la obligación de reembolsarlos íntegramente. A su juicio, por tanto, si el concepto de retraso indebido debiera apreciarse prescindiendo de las consideraciones de carácter presupuestario, aplicar el artículo 49 CE supondría que el Derecho comunitario se inmiscuiría en la política presupuestaria de los Estados miembros en materia de salud pública, resultado que suscita serias dudas a la vista de lo dispuesto en el artículo 152 CE, apartado 5.

Cuestiones prejudiciales

- 42 Dadas estas circunstancias, la Court of Appeal (England & Wales), Civil Division, decidió suspender el procedimiento y plantear al Tribunal de Justicia las siguientes cuestiones prejudiciales:

«1) Habida cuenta de la naturaleza del NHS y de su posición en el Derecho nacional, ¿debe interpretarse el artículo 49 CE, a la luz de las sentencias Smits y Peerbooms, Müller-Fauré y Van Riet, e Inizan, en el sentido de que, en principio, las personas que residen habitualmente en el Reino Unido tienen derecho, en virtud de la normativa comunitaria, a recibir tratamiento hospitalario en otro Estado miembro con cargo al National Health Service (NHS) del Reino Unido?

En particular, sobre la correcta interpretación del artículo 49 CE:

- a) ¿Existe alguna distinción entre un servicio nacional de salud financiado por el Estado como el NHS y una caja de seguro de enfermedad como la prevista

en la ZFW neerlandesa, en particular habida cuenta del hecho de que el NHS no dispone de fondos que puedan utilizarse para efectuar el pago?

- b) ¿Está obligado el NHS a autorizar y pagar la realización de tal tratamiento en otro Estado miembro, a pesar de que no está obligado a autorizar y pagar la realización de dicho tratamiento por parte de un prestador de servicios privado en el Reino Unido?
- c) ¿Es pertinente el hecho de que el paciente reciba el tratamiento con independencia del organismo del NHS competente y sin autorización ni notificación previas?

- 2) Para responder a la primera cuestión, ¿es importante saber si el tratamiento hospitalario dispensado por el NHS constituye en sí mismo una prestación de servicios a efectos del artículo 49 CE?

En caso de respuesta afirmativa, y en las circunstancias mencionadas en la exposición de los hechos contenida en la presente resolución, ¿deben interpretarse los artículos 48 CE, 49 CE y 50 CE en el sentido de que, en principio:

- a) el tratamiento hospitalario dispensado por los organismos del NHS constituye una prestación de servicios a efectos del artículo 49 CE;
- b) un paciente que recibe tratamiento hospitalario del NHS ejerce, como tal, su derecho a recibir servicios a efectos del artículo 49 CE, y

- c) los organismos del NHS que dispensan tratamiento hospitalario son prestadores de servicios a efectos de los artículos 48 CE y 50 CE?
- 3) Si el artículo 49 CE se aplica al NHS, ¿pueden él mismo o el Ministro de Sanidad invocar como justificación objetiva para denegar la autorización previa de tratamiento hospitalario en otro Estado miembro:
- a) el hecho de que tal autorización alteraría gravemente el sistema del NHS de gestión de las prioridades médicas mediante listas de espera;
 - b) el hecho de que tal autorización permitiría a pacientes que requieren una intervención médica menos urgente gozar de prioridad frente a pacientes que requieren una intervención médica más urgente;
 - c) el hecho de que tal autorización produciría el efecto de desviar recursos para pagar tratamientos menos urgentes a los pacientes dispuestos a desplazarse al extranjero, perjudicando así a quienes no quieran o no puedan desplazarse al extranjero o incrementando los costes de los organismos del NHS;
 - d) el hecho de que tal autorización puede obligar al Reino Unido a aportar financiación adicional al presupuesto del NHS o a reducir la gama de tratamientos que ofrece el NHS, y
 - e) los costes comparativos del tratamiento y los costes suplementarios del mismo en el otro Estado miembro?

- 4) A la hora de determinar si el tratamiento puede dispensarse “en tiempo oportuno” a efectos del artículo 49 CE, ¿en qué medida es necesario o lícito tener en cuenta, en particular, las siguientes circunstancias:
- a) los plazos de espera;
 - b) la prioridad clínica atribuida al tratamiento por el organismo competente del NHS;
 - c) la gestión de la oferta de tratamiento hospitalario mediante el establecimiento de prioridades destinadas a sacar el máximo partido de unos recursos limitados;
 - d) el hecho de que el NHS dispense el tratamiento de forma gratuita en el lugar de atención, y
 - e) la situación médica específica del paciente, y los antecedentes y la evolución probable de la enfermedad para la cual dicho paciente solicita el tratamiento?
- 5) Sobre la correcta interpretación del artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento (CEE) nº 1408/71, y en particular de la expresión “en el plazo normalmente necesario para obtener el tratamiento de que se trata”:
- a) ¿Son los criterios aplicables idénticos a los que rigen la elucidación de las cuestiones sobre el “tiempo oportuno” a efectos del artículo 49 CE?

- b) En caso de respuesta negativa, ¿en qué medida es necesario o lícito tener en cuenta las circunstancias expuestas en la cuarta cuestión?
- 6) En los casos en que un Estado miembro está obligado, en virtud del Derecho comunitario, a financiar el tratamiento hospitalario en otros Estados miembros de personas que residen habitualmente en el primer Estado miembro, ¿debe calcularse el coste de tal tratamiento, de conformidad con el artículo 22 del Reglamento (CEE) n° 1408/71, mediante remisión a la legislación del Estado miembro en que se dispense el tratamiento, o bien, de conformidad con el artículo 49 CE, mediante remisión a la legislación del Estado miembro de residencia?

En cada uno de los casos:

- a) ¿Cuál es el alcance exacto de la obligación de pagar o reembolsar los gastos, en particular si, como en el caso del Reino Unido, el tratamiento hospitalario se dispensa a los pacientes gratuitamente en el lugar de atención y no existe a nivel nacional un baremo para el reembolso a los pacientes de los gastos de tratamiento?
- b) ¿Está limitada la obligación al coste efectivo de la dispensación de un tratamiento igual o equivalente en el primer Estado miembro?
- c) ¿Comprende alguna obligación de cubrir los gastos de viaje y alojamiento?
- 7) ¿Deben interpretarse los artículos 49 CE y 22 del Reglamento (CEE) n° 1408/71 en el sentido de que imponen a los Estados miembros una obligación de

financiar el tratamiento hospitalario en otros Estados miembros sin tener en cuenta las limitaciones presupuestarias y, en caso de respuesta afirmativa, son estas exigencias compatibles con las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica, reconocidas en el artículo 152 CE, apartado 5?»

Sobre las cuestiones prejudiciales

Consideraciones preliminares

- 43 Con sus cuestiones, el órgano jurisdiccional remitente intenta obtener aclaraciones sobre el alcance de las disposiciones del Tratado relativas a la libre prestación de servicios, por una parte, y del artículo 22 del Reglamento nº 1408/71, por otra.
- 44 Como ha sugerido la Comisión de las Comunidades Europeas en sus observaciones escritas, procede pronunciarse en primer lugar sobre la solicitud de interpretación del artículo 22 del Reglamento nº 1408/71.
- 45 En efecto, según la resolución de remisión, consta que la Sra. Watts solicitó autorización para desplazarse a otro Estado miembro a fin de recibir en él la asistencia apropiada a su estado, a cargo del NHS y al amparo de un formulario E 112, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento nº 1408/71. Dicha resolución indica además que el PCT de Bedford, competente en el caso de la Sra. Watts, denegó dicha autorización basándose en que la interesada no cumplía los requisitos exigidos por el artículo 22, apartado 2, de dicho Reglamento.

- 46 El hecho de que el mencionado artículo 22 sea aplicable al presente asunto no excluye sin embargo que éste se encuentre comprendido igualmente en el ámbito de aplicación del artículo 49 CE.
- 47 En efecto, por una parte, el hecho de que una medida nacional pueda ser conforme con una disposición de Derecho derivado, en el presente caso el artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, no hace que dicha medida escape a las disposiciones del Tratado (sentencia de 28 de abril de 1998, Kohll, C-158/96, Rec. p. I-1931, apartado 25).
- 48 Por otra parte, es preciso recordar que el artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71 pretende conferir un derecho a las prestaciones en especie efectuadas, a cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia, según las disposiciones de la normativa del Estado miembro en que se realicen las prestaciones, como si el asegurado estuviera afiliado a la misma (véase la sentencia Inizan, antes citada, apartado 20). La aplicabilidad del artículo 22 del Reglamento n° 1408/71 a la situación que se examina no excluye que, en virtud del artículo 49 CE, el interesado pueda disponer paralelamente del derecho a recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro en condiciones de cobertura diferentes de las que establece dicho artículo 22 (véase, en este sentido, la sentencia de 12 de julio de 2001, Vanbraekel y otros, C-368/98, Rec. p. I-5363, apartados 37 a 53).
- 49 Habida cuenta de las consideraciones anteriores, procede responder en primer lugar a la solicitud de interpretación del artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, formulada en la quinta cuestión, después a las solicitudes de interpretación de las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios formuladas en las cuatro primeras cuestiones y, por último, a las cuestiones sexta y séptima, que se refieren indistintamente al artículo 49 CE y al artículo 22 del Reglamento n° 1408/71.
- 50 Procede recordar además, al igual que lo ha hecho la Comisión, que el presente asunto se refiere exclusivamente a prestaciones médicas dispensadas en un marco hospitalario y que requirieron un internamiento de la interesada en el establecimiento donde se dispensaron tales prestaciones.

Sobre la quinta cuestión

- 51 En esta cuestión, el órgano jurisdiccional remitente pregunta, en esencia, si los criterios aplicables para interpretar la expresión «en el plazo normalmente necesario para obtener el tratamiento de que se trata», que figura en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71, son idénticos a los que sirven para definir el concepto de «tiempo oportuno» en el contexto del artículo 49 CE.
- 52 Remitiéndose a la cuarta cuestión, el órgano jurisdiccional remitente pregunta también si, para interpretar el plazo mencionado en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71, es necesario o lícito tener en cuenta las circunstancias enumeradas en esta cuarta cuestión, a saber, la existencia de plazos de espera, las prioridades clínicas establecidas por el organismo competente del NHS, la gestión de la oferta de tratamiento hospitalario mediante el establecimiento de prioridades destinadas a sacar el máximo partido de unos recursos limitados, la gratuidad del tratamiento dispensado en la estructuras del NHS y el estado patológico individual del paciente, sus antecedentes y la evolución probable de su enfermedad.
- 53 Con carácter preliminar, procede recordar que, en el marco de los objetivos generales del Tratado, el artículo 22 del Reglamento n° 1408/71 forma parte de las medidas destinadas a permitir que el paciente sometido a la legislación de un Estado miembro reciba, con arreglo a las condiciones que dicho Reglamento establece, prestaciones en especie en los demás Estados miembros, cualquiera que sea la institución nacional a la que esté afiliado o su lugar de residencia (véanse, en este sentido, las sentencias de 3 de julio de 2003, Van der Duin y ANOZ Zorgverzekeringen, C-156/01, Rec. p. I-7045, apartado 50, y de 12 de abril de 2005, Keller, C-145/03, Rec. p. I-2529, apartado 45).
- 54 Al garantizar al paciente sometido a la legislación de un Estado miembro y que cuente con una autorización el acceso al tratamiento en los demás Estados miembro en condiciones de cobertura tan favorables como aquellas de que disfrutaban las

personas a quienes se aplica la legislación de dichos Estados, como dispone su apartado 1, letra c), inciso 1, y al precisar en su apartado 2, párrafo segundo, que la institución nacional competente no podrá denegar dicha autorización cuando se cumplan los dos requisitos establecidos en esta última disposición, el artículo 22 del Reglamento n° 1408/71 contribuye a facilitar la libre circulación de los pacientes y, en la misma medida, la prestación de servicios médicos transfronterizos entre los Estados miembros (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas Vanbraekel y otros, apartado 32; Inizan, apartado 21, y Keller, apartado 46).

55 El artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71 establece dos requisitos que, en caso de cumplirse ambos, obligan a la institución competente, sea cual sea su Estado miembro de origen, a conceder la autorización previa mencionada en dicha disposición (véase la sentencia Inizan, antes citada, apartado 37).

56 Para que se cumpla el primer requisito es preciso que la asistencia de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en cuyo territorio resida el interesado. En el asunto que se discute en el litigio principal, nada indica que la negativa a hacerse cargo del tratamiento se deba al incumplimiento de este primer requisito.

57 El segundo requisito sólo se cumple cuando la asistencia que el paciente pretende recibir en un Estado miembro distinto de aquél en el que reside no puede serle dispensada, habida cuenta de su estado de salud actual y la evolución probable de la enfermedad, en el plazo normalmente necesario para obtener el tratamiento de que se trata en el Estado miembro en que reside.

58 Es evidentemente este segundo requisito el que se discute en el litigio principal, tal como se deduce del tenor de la quinta cuestión y de los términos en que el organismo competente notificó a la interesada su negativa a expedirle un formulario E 112 (véanse los apartados 26 y 30 de la presente sentencia).

59 A este respecto, como han señalado en sus observaciones escritas la Sra. Watts, los Gobiernos belga y francés y la Comisión, en los apartados 45 y 46 de la sentencia Inizan, antes citada, el Tribunal de Justicia ofreció una interpretación del plazo contemplado en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71 que reproducía la interpretación dada por él a la expresión «en tiempo oportuno» en las sentencias Smits y Peerbooms (apartados 103 y 104) y Müller-Fauré y Van Riet (apartados 89 y 90), antes citadas, relativas a la apreciación de la compatibilidad con el artículo 49 CE de una disposición nacional que supeditaba la cobertura de los gastos de asistencia hospitalaria en otro Estado miembro a un requisito relacionado con la necesidad del tratamiento.

60 De hecho, como ha puesto de relieve el Abogado General en el punto 101 de sus conclusiones, no existe justificación alguna para dar interpretaciones diferentes en el contexto del artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, por una parte, y en el del artículo 49 CE, por otra, ya que en ambos casos, como ha alegado el Gobierno belga en sus observaciones escritas, la cuestión que se plantea es la de si la asistencia hospitalaria exigida por el estado de salud del interesado puede ser dispensada en su Estado miembro de residencia dentro de un plazo aceptable que no afecte a su utilidad o su eficacia.

61 En la sentencia Inizan, antes citada (apartado 45), el Tribunal de Justicia declaró así, remitiéndose por analogía al apartado 103 de la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, y al apartado 89 de la sentencia Müller-Fauré y Van Riet, antes citada, que no se cumple el segundo requisito formulado en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71 cuando se pueda obtener en tiempo oportuno un tratamiento idéntico o que tenga el mismo grado de eficacia para el paciente en su Estado miembro de residencia.

62 Inspirándose en el apartado 104 de la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, y en el apartado 90 de la sentencia Müller-Fauré y Van Riet, antes citada, el Tribunal de Justicia precisó que, para poder apreciar si un tratamiento que presenta el mismo grado de eficacia para el paciente puede obtenerse en tiempo oportuno en el Estado miembro de residencia, la institución competente está obligada a tomar en

consideración todas las circunstancias que caracterizan cada caso concreto, teniendo debidamente en cuenta no solamente la situación médica del paciente en el momento en que se solicita la autorización y, en su caso, el grado de dolor o la naturaleza de la discapacidad de este último, que puede, por ejemplo, hacer imposible o excesivamente difícil el ejercicio de una actividad profesional, sino, además, sus antecedentes (sentencia Inizan, antes citada, apartado 46).

63 En su sentencia Müller-Fauré y Van Riet, antes citada (apartado 92), el Tribunal de Justicia subrayó por otra parte que, para acreditar que un tratamiento idéntico o que presenta el mismo grado de eficacia para el paciente está disponible en tiempo oportuno en un establecimiento situado en el territorio del Estado miembro de residencia, la institución competente no puede basarse exclusivamente en la existencia de listas de espera en dicho territorio, sin tomar en consideración las circunstancias concretas que caracterizan la situación médica del paciente de que se trate.

64 Esta última precisión, formulada a propósito del artículo 49 CE, puede aplicarse en el contexto del artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, habida cuenta de las consideraciones expuestas en los apartados 59 y 60 de la presente sentencia.

65 A este respecto procede señalar que el artículo 20 del Reglamento (CE) n° 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (DO L 166, p. 1), que está destinado a sustituir al artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, establece la obligación de otorgar la autorización que se trata cuando, entre otros requisitos, el tratamiento no pueda ser dispensado al interesado en su Estado miembro de residencia «en un plazo justificable desde el punto de vista médico», «habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad».

66 Éstas son las indicaciones que deben servir de guía para precisar al órgano jurisdiccional remitente cuáles de los factores mencionados en la cuarta cuestión deberá tomar en consideración a fin de verificar si se cumple o no el segundo requisito establecido en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71.

- 67 En un contexto que presenta como principales rasgos, por una parte, una demanda de asistencia hospitalaria en constante aumento, principalmente a causa de los progresos de la medicina y del incremento de la esperanza de vida, y, por otra, una oferta necesariamente limitada por razones presupuestarias, no cabe duda de que las autoridades nacionales responsables de gestionar la prestación de dicha asistencia tienen derecho a establecer, si lo consideran necesario, un sistema de listas de espera que permita planificar tal prestación y establecer prioridades en función de los recursos y capacidades disponibles.
- 68 No obstante, como se desprende de los propios términos del artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71, y en virtud de la jurisprudencia recordada en los apartados 62 y 63 de la presente sentencia, para denegar legítimamente la autorización contemplada en el artículo 22, apartado 1, letra c), de dicho Reglamento invocando la existencia de un plazo de espera, la institución competente está obligada a acreditar que el plazo en el que el paciente puede obtener el tratamiento hospitalario exigido por su estado de salud en un establecimiento integrado en el sistema nacional, plazo derivado de los objetivos de planificación y de gestión de la oferta hospitalaria establecidos por las autoridades nacionales en función de prioridades clínicas determinadas de antemano con carácter general, no sobrepasa el plazo aceptable con arreglo a una evaluación médica objetiva de las necesidades clínicas del interesado que tenga en cuenta su estado patológico, sus antecedentes, la evolución probable de su enfermedad y su grado de dolor o la naturaleza de su discapacidad en el momento en que solicita dicha autorización.
- 69 Además, como ha indicado la Comisión y como el Abogado General ha puesto de relieve en el punto 86 de sus conclusiones, la fijación de los plazos de espera debe concebirse de un modo flexible y dinámico, que permita reconsiderar el plazo inicialmente notificado al interesado en función de un eventual empeoramiento de su estado de salud con posterioridad a la primera solicitud de autorización.
- 70 Si el plazo derivado de los objetivos generales de planificación no sobrepasa el plazo clínicamente aceptable, en el sentido especificado en el apartado 68 de la presente sentencia, la institución competente puede considerar legítimamente que no concurre el requisito establecido en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71 y denegar la autorización solicitada por el interesado al amparo del apartado 1, letra c), inciso i), de dicho artículo.

- 71 En efecto, si existiera la obligación de autorizar los pacientes afiliados a un servicio nacional de salud como el contemplado en litigio principal a dirigirse a otro Estado miembro para recibir en él, a cargo de la institución competente, una asistencia hospitalaria que los establecimientos de dicho servicio pueden proporcionarles en un plazo clínicamente aceptable, en el sentido especificado en el apartado 68 de la presente sentencia, por el simple motivo de que en ese otro Estado miembro puede disponerse con más rapidez de una asistencia idéntica o que presenta el mismo grado de eficacia, la consecuencia sería un flujo migratorio de pacientes que podría poner en peligro todos los esfuerzos de planificación y de racionalización efectuados en el sector, vital, de los servicios sanitarios, con objeto de evitar los problemas de exceso de capacidad hospitalaria, de desequilibrio en la oferta de asistencia médica hospitalaria, de derroche y de deterioro, tanto logísticos como financieros (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas Smits y Peerbooms, apartado 106, y Müller-Fauré y Van Riet, apartado 91).
- 72 En cambio, en un supuesto inverso al contemplado en el apartado 70 de la presente sentencia, procede considerar que concurre el segundo requisito establecido en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71.
- 73 En tal supuesto, no puede constituir un motivo legítimo para denegar la autorización el hecho de que el coste del tratamiento hospitalario previsto en otro Estado miembro pueda sobrepasar el coste de dispensar dicho tratamiento en un establecimiento integrado en el sistema nacional de que se trate.
- 74 En este mismo supuesto, tampoco constituiría un motivo legítimo para denegar la autorización solicitada el hecho de que, en caso de concederla, un servicio nacional de salud como el contemplado en el litigio principal, caracterizado por la gratuidad del tratamiento hospitalario dispensado en sus establecimientos, se vería obligado a establecer un mecanismo financiero destinado a reembolsar a la institución del Estado miembro de estancia, a petición de ésta, las prestaciones en especie servidas por ella al paciente que se trate (véase, en este sentido, la sentencia Müller-Fauré y Van Riet, apartado 105).

75 A pesar de los temores expresados por el Gobierno del Reino Unido en sus observaciones escritas, la interpretación del plazo mencionado en el artículo 2, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71 expuesta en los apartados 59 a 72 de la presente sentencia no pone en entredicho la facultad de las autoridades nacionales competentes de gestionar mediante listas de espera la capacidad hospitalaria disponible en su territorio, siempre que la existencia de dichas listas no impida que en cada caso individual se tomen en consideración las circunstancias que caracterizan la situación médica y las necesidades clínicas del interesado, en el momento en que éste solicite una autorización para recibir asistencia hospitalaria en otro Estado miembro a cargo del sistema al que está afiliado.

76 Por otra parte, dicha interpretación equivale a prohibir a las autoridades nacionales competentes que denieguen la autorización solicitada por un paciente cuya situación personal presente, tras una evaluación médica objetiva, un grado de urgencia tal que justifique la obtención de un tratamiento en otro Estado miembro en el que dicho interesado pueda esperar recibir dicho tratamiento en un establecimiento local integrado en el servicio nacional de salud, en un plazo inferior al derivado de las listas de espera que reflejan los objetivos generales de planificación y de gestión. En cambio, tal interpretación no pone en entredicho el derecho de estas autoridades a negarse a conceder una autorización cuando no exista ninguna causa de urgencia específica de la situación clínica del paciente que autorice a pensar que el plazo de espera derivado de dichos objetivos no es razonable, a la vista de dicha situación.

77 Esta interpretación tampoco puede provocar un éxodo de pacientes que, disponiendo de los recursos necesarios al efecto y con independencia de cualquier consideración de necesidad médica, deseen desplazarse a otro Estado miembro para obtener en él, a cargo del servicio nacional de salud al que están afiliados, el tratamiento hospitalario de que se trate en un plazo inferior a aquél en el que podrían recibir dicho tratamiento en un establecimiento nacional integrado en dicho servicio. En efecto, tal interpretación preserva el derecho de la institución competente de negarse a expedir la autorización necesaria para la cobertura financiera del tratamiento hospitalario previsto en otro Estado miembro cuando no existan circunstancias específicas que autoricen a pensar que el plazo de espera impuesto al interesado sobrepasaría el plazo clínicamente aceptable en su situación personal.

78 En el litigio principal, corresponde al órgano jurisdiccional remitente verificar si el plazo de espera, basado en los objetivos de planificación establecidos por las autoridades británicas, que el organismo competente del NHS invocó para desestimar la solicitud inicial de autorización y la renovación de la solicitud sobrepasaba el plazo clínicamente aceptable, habida cuenta de la situación y de las necesidades clínicas individuales de la interesada en uno y otro momento.

79 A la vista de las consideraciones expuestas, procede responder a la quinta cuestión que el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71 debe interpretarse en el sentido de que, para denegar legítimamente la autorización contemplada en el apartado 1, letra c), inciso i), de dicho artículo invocando la existencia de un plazo de espera para un tratamiento hospitalario, la institución competente se encuentra obligada a acreditar que dicho plazo no sobrepasa el plazo aceptable con arreglo a una evaluación médica objetiva de las necesidades clínicas del interesado que tenga en cuenta todos los parámetros que caracterizan su estado patológico en el momento en que se presente o, en su caso, se renueve la solicitud de autorización.

Sobre las cuatro primeras cuestiones

80 En sus cuatro primeras cuestiones, que procede examinar conjuntamente, el órgano jurisdiccional remitente pregunta en esencia si, en virtud del artículo 49 CE, un paciente afiliado al NHS tiene derecho a recibir asistencia hospitalaria en otro Estado miembro a cargo de dicho servicio nacional y en qué condiciones.

81 La primera cuestión plantea el problema de si, habida cuenta de las características específicas del NHS, una persona residente en el Reino Unido puede invocar, en virtud del mencionado artículo, el derecho a recibir asistencia hospitalaria en un Estado miembro distinto del Reino Unido a cargo del NHS. En dicha cuestión, el órgano jurisdiccional remitente pregunta en especial si, para interpretar el artículo 49 CE en dicho contexto, procede tener en cuenta, por una parte, el hecho

de que los organismos del NHS no disponen de fondos destinados a la cobertura financiera de dicha asistencia y, por otra parte, el hecho de que el NHS no está obligado a cubrir el coste del tratamiento hospitalario que sus pacientes reciban en un establecimiento privado situado en Inglaterra o en el País de Gales. También pregunta si la falta de solicitud de autorización o de notificación previa al organismo competente del NHS influye en la interpretación del artículo 49 CE.

82 En su segunda cuestión, el órgano jurisdiccional remitente pregunta si, para responder a la primera, es importante determinar si la asistencia hospitalaria dispensada por el NHS constituye una prestación de servicios a efectos del artículo 49 CE.

83 En su tercera cuestión, el órgano jurisdiccional remitente enumera una serie de circunstancias a fin de saber si, en el caso de que esta última disposición resulte aplicable, tales circunstancias pueden ser invocadas por las autoridades nacionales competentes como motivos legítimos para denegar la autorización previa necesaria para que el NHS cubra el coste de un tratamiento hospitalario previsto en otro Estado miembro.

84 En la cuarta cuestión, que coincide en parte con la tercera, el órgano jurisdiccional remitente pregunta qué factores pueden o deben tenerse en cuenta para apreciar si el tratamiento hospitalario exigido por el estado de salud del paciente puede dispensarse sin un retraso indebido en un establecimiento integrado en el NHS y si, por consiguiente, la institución competente puede denegar la autorización solicitada por el paciente con objeto de que se cubra el coste del tratamiento previsto en otro Estado miembro.

85 Para responder a estas cuestiones, procede comenzar determinando si el artículo 49 CE es aplicable a hechos como los controvertidos en el litigio principal.

- 86 Sobre este extremo procede recordar que, según reiterada jurisprudencia, las prestaciones médicas dispensadas a cambio de una remuneración están comprendidas en el ámbito de aplicación de las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios (véanse, en particular, la sentencia de 4 de octubre de 1991, *Society for the Protection of Unborn Children Ireland*, C-159/90, Rec. p. I-4685, apartado 18, y la sentencia Kohll, antes citada, apartado 29), sin que deba distinguirse entre la asistencia dispensada en un marco hospitalario o fuera de él (sentencias antes citadas *Vanbraekel* y otros, apartado 41; *Smits y Peerbooms*, apartado 53; *Müller-Fauré y Van Riet*, apartado 38, e *Inizan*, apartado 16).
- 87 También se ha declarado ya que la libre prestación de servicios comprende la libertad de los destinatarios de los servicios, incluidas las personas que requieren tratamiento médico, para desplazarse a otro Estado miembro con el fin de recibir allí dichos servicios (véase la sentencia de 31 de enero de 1984, *Luisi y Carbone*, 286/82 y 26/83, Rec. p. 377, apartado 16).
- 88 Resulta obligado precisar, en lo que respecta al litigio principal, que la Sra. Watts pagó directamente al establecimiento situado en otro Estado miembro en el que había sido tratada.
- 89 El hecho de que posteriormente se solicite el reembolso de dicha asistencia hospitalaria a un servicio nacional de salud como el examinado en el litigio principal no tiene como consecuencia descartar la aplicación de las normas relativas a la libre prestación de servicios garantizada por el Tratado (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas *Smits y Peerbooms*, apartado 55, y *Müller-Fauré y Van Riet*, apartado 39). El Tribunal de Justicia ha declarado ya que una prestación médica no pierde su calificación de prestación de servicios a efectos del artículo 49 CE 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 de servicios extranjero (véase la sentencia *Müller-Fauré y Van Riet*, antes citada, apartado 103).

- 90 Procede reconocer, por tanto, que el artículo 49 CE se aplica a la situación de una paciente que, como la Sra. Watts, recibe prestaciones médicas en un marco hospitalario a cambio de una remuneración en un Estado miembro distinto de su Estado de residencia, con independencia del modo en que funcione el sistema nacional de salud al que dicha persona esté afiliada y al que se haya solicitado posteriormente que cubra dichas prestaciones.
- 91 Por lo tanto, sin que en el presente asunto sea necesario determinar si las prestaciones de asistencia hospitalaria efectuadas en el marco de un servicio nacional de salud como el NHS constituyen en sí mismas servicios a efectos de las disposiciones del Tratado relativas a la libre prestación de servicios, procede considerar incluida en el ámbito de aplicación de dichas disposiciones una situación como la que ha dado origen al litigio principal, en la que una persona cuyo estado de salud requiere asistencia hospitalaria se desplaza a otro Estado miembro y recibe en él dicha asistencia a cambio de una remuneración.
- 92 Aunque no se discute que el Derecho comunitario no restringe la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de seguridad social y que, a falta de una armonización a escala comunitaria, corresponde a la legislación de cada Estado miembro determinar los requisitos que confieren derecho a las prestaciones en materia de seguridad social, no es menos cierto que, en el ejercicio de dicha competencia, los Estados miembros deben respetar el Derecho comunitario, incluidas las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios (véanse, en particular, las sentencias, antes citadas, Smits y Peerbooms, apartados 44 a 46; Müller-Fauré y Van Riet, apartado 100, e Inizan, apartado 17). Dichas disposiciones prohíben a los Estados miembros que introduzcan o mantengan en vigor restricciones injustificadas al ejercicio de dicha libertad en el ámbito de la asistencia sanitaria.
- 93 Procede analizar por tanto si existe una restricción de esta índole en una situación como la que se examina en el litigio principal.

- 94 A este respecto procede recordar que, según reiterada jurisprudencia, el artículo 49 CE se opone a la aplicación de toda normativa nacional que tenga por efecto hacer más difíciles las prestaciones de servicios entre Estados miembros que las prestaciones puramente internas de un Estado miembro (sentencias del 5 de octubre de 1994, Comisión/Francia, C-381/93, Rec. p. I-5145, apartado 17; Kohll, antes citada, apartado 33, y Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 61).
- 95 En el presente asunto, tanto la resolución del órgano jurisdiccional remitente de 20 de febrero de 2004 como la resolución de remisión, y en particular la tercera cuestión, ponen de manifiesto que, aunque los pacientes afiliados al NHS pueden recibir asistencia en un establecimiento hospitalario situado en otro Estado miembro, no pueden en cambio recibir prestaciones sanitarias a cargo del NHS en dicho establecimiento si no han recibido una autorización previa.
- 96 Es cierto que, como han alegado los Gobiernos del Reino Unido, español e irlandés, al igual que los Gobiernos maltés y finlandés, un paciente afiliado al NHS no puede elegir el momento ni el lugar en el que los establecimientos del NHS le dispensarán la asistencia hospitalaria exigida por su estado de salud. Ha quedado sin embargo acreditado que la obligación impuesta al Ministerio de Sanidad por los artículos 1 y 3 de la NHS Act (véase el apartado 6 de la presente sentencia) se traduce en un suministro gratuito, en los establecimientos del NHS, de las prestaciones disponibles en el marco de dicho servicio, sin que la obtención de dichas prestaciones esté sometida a una autorización previa.
- 97 Por consiguiente, mientras que, según la resolución de 20 de febrero de 2004 y la resolución de remisión, la cobertura por el NHS de la asistencia hospitalaria disponible en otro Estado miembro exige una autorización previa, la obtención gratuita de las prestaciones disponibles en el marco del NHS no requiere en cambio una autorización de este tipo, pues son únicamente las modalidades de dicha obtención las que dependen de una decisión previa de las autoridades nacionales competentes.

- 98 Procede reconocer, pues, que el sistema de autorización previa mencionado en el apartado 95 de la presente sentencia desanima a los pacientes que deseen dirigirse a prestadores de asistencia hospitalaria establecidos en otro Estado miembro, o incluso se lo impide, y constituye un obstáculo a la libre prestación de servicios, tanto para estos pacientes como para los prestadores de servicios (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas Smits y Peerbooms, apartado 69, y Müller-Fauré y Van Riet, apartado 44).
- 99 No afecta a esta interpretación el hecho de que, como se indica en la primera cuestión, letra b), el NHS no está obligado a autorizar ni a cubrir el coste de la asistencia hospitalaria que se dispense a los pacientes en establecimientos privados, no integrados en el NHS, situados en Inglaterra o en el País de Gales.
- 100 En efecto, para aplicar la jurisprudencia recordada en el apartado 94 de la presente sentencia, las condiciones en que dicho servicio cubre la asistencia hospitalaria prevista en otro Estado miembro deben compararse, no con el modo en que el Derecho nacional trata las prestaciones de asistencia hospitalaria dispensadas a los pacientes en establecimientos locales privados, sino, por el contrario, con las condiciones en que dicho servicio suministra tales prestaciones en los establecimientos hospitalarios integrados en él.
- 101 Una vez acreditada la existencia de una restricción a la libre prestación de servicios, y antes de pronunciarse sobre la cuestión de si un paciente afiliado al NHS tiene derecho, en virtud del artículo 49 CE, a recibir tratamiento médico en medio hospitalario en otro Estado miembro, a cargo del mencionado servicio nacional, sin verse afectado por esta restricción, procede analizar si tal restricción puede justificarse objetivamente.
- 102 A este respecto, procede recordar los imperativos que cabe tomar en consideración para justificar la existencia de obstáculos a la libre prestación de servicios médicos en un marco hospitalario, tal como se ha hecho en muchas de las observaciones presentadas ante el Tribunal de Justicia.

- 103 El Tribunal de Justicia ha declarado anteriormente que no puede excluirse que un riesgo de perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social constituya una razón imperiosa de interés general que pueda justificar un obstáculo al principio de libre prestación de servicios (sentencias antes citadas Kohll, apartado 41; Smits y Peerbooms, apartado 72, y Müller-Fauré y Van Riet, apartado 73).
- 104 El Tribunal de Justicia ha reconocido igualmente que el objetivo de mantener un servicio médico y hospitalario equilibrado y accesible a todos también puede estar comprendido en las excepciones por razones de salud pública previstas en el artículo 46 CE, en la medida en que contribuye a la consecución de un elevado grado de protección de la salud (sentencias antes citadas Kohll, apartado 50; Smits y Peerbooms, apartado 73, y Müller-Fauré y Van Riet, apartado 67).
- 105 El Tribunal de Justicia ha precisado también que el artículo 46 CE permite a los Estados miembros restringir la libre prestación de servicios médicos y hospitalarios, en la medida en que el mantenimiento de una capacidad de asistencia o de una competencia médica en el territorio nacional es esencial para la salud pública, e incluso para la supervivencia de su población (sentencias antes citadas Kohll, apartado 51; Smits y Peerbooms, apartado 74, y Müller-Fauré y Van Riet, apartado 67).
- 106 Por tanto, es preciso verificar si la restricción controvertida puede justificarse efectivamente a la vista de dichas razones imperiosas y asegurarse en su caso, conforme a una reiterada jurisprudencia, de que tal restricción no excede de lo que es objetivamente necesario a dichos efectos y de que dicho resultado no pueda obtenerse mediante normas menos coercitivas (véase la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 75, y la jurisprudencia que allí se cita).
- 107 Por lo que respecta a las prestaciones médicas dispensadas en un establecimiento hospitalario, el Tribunal de Justicia ha formulado ya, en los apartados 76 a 80 de su sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, las consideraciones que se exponen a continuación.

- 108 Es notorio que el número de infraestructuras hospitalarias, su reparto geográfico, su organización y el equipamiento de que disponen, o la clase de servicios médicos que pueden ofrecer, deben poder ser objeto de una planificación, que responde por lo general a diversas preocupaciones.
- 109 Por una parte, esta planificación persigue el objetivo de garantizar en el territorio del Estado miembro de que se trate un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de prestaciones hospitalarias de calidad. Por otra parte, se debe a la voluntad de lograr un control de los gastos y de evitar, en la medida de lo posible, todo derroche de medios financieros, técnicos y humanos. Dicho derroche resultaría aún más perjudicial en la medida en que, según consta, el sector de la asistencia hospitalaria genera costes considerables y debe responder a necesidades crecientes, mientras que los medios financieros destinados a la asistencia sanitaria no son ilimitados, cualquiera que sea el modo de financiación.
- 110 Desde este doble punto de vista, el requisito de someter a autorización previa la cobertura financiera por parte del sistema nacional de la asistencia hospitalaria prevista en otro Estado miembro resulta una medida a la vez necesaria y razonable.
- 111 En lo que respecta al sistema neerlandés de seguros de enfermedad, objeto de controversia en los asuntos que dieron lugar a la sentencia *Smits y Peerbooms*, antes citada, el Tribunal de Justicia reconoció, en el apartado 81 de dicha sentencia, que, si los pacientes pudiesen acudir libremente y en cualquier circunstancia a establecimientos hospitalarios con los que las cajas de enfermedad no hayan establecido ningún concierto, tanto si se trata de establecimientos situados en los Países Bajos como en otro Estado miembro, cualquier esfuerzo de planificación efectuado a través del sistema de concertación con el fin de contribuir a garantizar una oferta de asistencia hospitalaria racionalizada, estable, equilibrada y accesible resultaría inmediatamente comprometido.

- 112 Tales consideraciones, formuladas en relación con un sistema de seguridad social basado en un régimen de concierto entre las cajas de enfermedad públicas y los establecimientos hospitalarios y que autorizan a limitar, por imperativos de planificación, el derecho de los pacientes a recibir asistencia, a cargo del sistema nacional al que están afiliados, en establecimientos hospitalarios no integrados en dicho sistema, pueden aplicarse igualmente a un servicio nacional de salud como el NHS.
- 113 A la vista del razonamiento expuesto, cabe responde a la primera cuestión, letra c), que el Derecho comunitario, y en particular el artículo 49 CE, no prohíbe por tanto que el derecho de un paciente a recibir asistencia hospitalaria en otro Estado miembro a cargo del sistema al que está afiliado quede sometido a una autorización previa.
- 114 Sin embargo, es preciso que los requisitos para la concesión de dicha autorización se justifiquen a la luz de las razones imperiosas antes referidas y que cumplan con el requisito de proporcionalidad mencionado en el apartado 106 de la presente sentencia (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas Smits y Peerbooms, apartado 82, y Müller-Fauré y Van Riet, apartado 83).
- 115 De una jurisprudencia reiterada resulta que un régimen de autorización previa no puede legitimar un comportamiento discrecional de las autoridades nacionales que prive de eficacia a las disposiciones comunitarias, y en particular a las relativas a una libertad fundamental como la que es objeto del procedimiento principal (véanse las sentencias antes citadas Smits y Peerbooms, apartado 90, y Müller-Fauré y Van Riet, apartado 84, y la jurisprudencia que allí se cita).
- 116 Por lo tanto, para que un régimen de autorización previa esté justificado aun cuando introduzca una excepción a una libertad fundamental, es preciso en todo caso que se base en criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano, de forma que queden establecidos los límites del ejercicio de la facultad de apreciación de las

autoridades nacionales, con el fin de que ésta no pueda ejercerse de manera arbitraria. Un régimen de autorización de este tipo debe basarse, además, en un sistema procedimental suficientemente accesible y adecuado para garantizar a los interesados que sus solicitudes serán tramitadas en un plazo razonable y con objetividad e imparcialidad y que podrán, además, recurrir judicialmente contra las eventuales denegaciones de autorización (sentencias antes citadas Smits y Peerbooms, apartado 90, y Müller-Fauré y Van Riet, apartado 85).

- 117 A estos efectos, las denegaciones de autorización, o los dictámenes sobre los que dichas denegaciones se fundamenten, deben referirse a las disposiciones específicas en las que se basen y estar debidamente motivados a la luz de estas últimas. Además, los órganos jurisdiccionales que conozcan de los recursos contra tales denegaciones, si lo estiman necesario a efectos de ejercer el control que les incumbe, deben poder recurrir al dictamen de expertos independientes que ofrezcan todas las garantías de objetividad y de imparcialidad (véase en este sentido la sentencia Inizan, antes citada, apartado 49).
- 118 Pues bien, en lo que respecta al litigio principal, procede subrayar, como lo ha hecho la Comisión, que la normativa del NHS no precisa los criterios de concesión o de denegación de la autorización previa necesaria para la cobertura del tratamiento hospitalario en otro Estado miembro. Dicha normativa no establece, pues, los límites del ejercicio de la facultad de apreciación de las autoridades nacionales competentes a este respecto. Por otra parte, esta falta de límites jurídicos dificulta el control judicial de las decisiones de denegación de la autorización.
- 119 En lo que respecta a las circunstancias y factores mencionados en las cuestiones tercera y cuarta, es preciso considerar, habida cuenta del análisis expuesto en los apartados 59 a 77 de la presente sentencia, que no cabe basar la denegación de una autorización previa únicamente en la existencia de listas de espera destinadas a planificar y gestionar la oferta hospitalaria en función de prioridades clínicas determinadas de antemano con carácter general, sin que se haya procedido, en el caso individual de que se trate, a una evaluación médica objetiva del estado patológico del paciente, de sus antecedentes, de la evolución probable de su enfermedad y de su grado de dolor o de la naturaleza de su discapacidad en el momento en que se solicite o se vuelva a solicitar dicha autorización.

- 120 De ello se deduce que, cuando se observe que, en el caso individual de que se trate, el plazo derivado de dichas listas de espera sobrepasa el plazo aceptable con arreglo a una evaluación médica objetiva del conjunto de circunstancias que caracterizan la situación y las necesidades clínicas del interesado, la institución competente no puede denegar la autorización solicitada invocando como razones la existencia de esas listas de espera, la violación del orden normal de prioridades basado en el grado de urgencia respectivo de los casos pendientes, la gratuidad de la asistencia hospitalaria dispensada en el marco del sistema nacional de que se trate, la obligación de destinar de antemano medios financieros específicos a la cobertura del tratamiento previsto en otro Estado miembro o la comparación entre el coste de dicho tratamiento y el de un tratamiento equivalente en el Estado miembro competente.
- 121 En cuanto a las circunstancias mencionadas en la primera cuestión, letra a), y en la tercera cuestión, letra d), procede añadir al análisis desarrollado en los apartados 59 a 77 de la presente sentencia que, aunque el Derecho comunitario no restringe la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de seguridad social y decidir qué volumen de recursos destinarán a su funcionamiento, la realización de las libertades fundamentales garantizadas por el Tratado obliga no obstante inevitablemente a los Estados miembros a introducir adaptaciones en dichos sistemas, sin que pueda considerarse que ello menoscaba su competencia soberana en la materia (véase la sentencia Müller-Fauré y Van Riet, antes citada, apartados 100 y 102).
- 122 Como ha señalado el Abogado General en el punto 88 de sus conclusiones, es preciso reconocer por tanto que, al igual que las exigencias derivadas del artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, la necesidad de que los Estados miembros concilien, por una parte, los principios y la estructura de su sistema sanitario y, por otro, las exigencias derivadas de las libertades comunitarias, entraña para las autoridades responsables de un servicio nacional de salud tal como el NHS una obligación, la de establecer mecanismos de cobertura financiera de la asistencia hospitalaria dispensada en otro Estado miembro a los pacientes a los que dicho servicio no pueda dispensar el tratamiento requerido dentro de un plazo clínicamente aceptable, en el sentido precisado en el apartado 68 de la presente sentencia.

123 Habida cuenta de las consideraciones anteriores, procede responder como sigue a las cuatro primeras cuestiones:

- El artículo 49 CE se aplica a una situación en la que una persona cuyo estado de salud requiere asistencia hospitalaria se desplaza a otro Estado miembro y recibe en él dicha asistencia a cambio de una remuneración, sin que sea necesario analizar si las prestaciones de asistencia hospitalaria realizadas en el marco del sistema nacional al que dicha persona está afiliada constituyen en sí mismas servicios a efectos de las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios.
- El artículo 49 CE debe interpretarse en el sentido de que no prohíbe que la cobertura de la asistencia hospitalaria prevista en un establecimiento situado en otro Estado miembro quede supeditada a la obtención de una autorización previa de la institución competente.
- La denegación de una autorización previa no puede basarse únicamente en la existencia de listas de espera destinadas a planificar y gestionar la oferta hospitalaria en función de prioridades clínicas determinadas de antemano con carácter general, sin que se haya procedido a una evaluación médica objetiva del estado patológico del paciente, de sus antecedentes, de la evolución probable de su enfermedad y de su grado de dolor o de la naturaleza de su discapacidad en el momento en que se solicite o se vuelva a solicitar dicha autorización.

Cuando se observe que el plazo derivado de dichas listas de espera sobrepasa el plazo aceptable con arreglo a una evaluación médica objetiva de las mencionadas circunstancias, la institución competente no puede denegar la autorización solicitada invocando como razones la existencia de tales listas de espera, la violación del orden normal de prioridades basado en el grado de urgencia respectivo de los casos pendientes, la gratuidad de la asistencia

hospitalaria dispensada en el marco del sistema nacional de que se trate, la obligación de destinar de antemano medios financieros específicos a la cobertura del tratamiento previsto en otro Estado miembro o la comparación entre el coste de dicho tratamiento y el de un tratamiento equivalente en el Estado miembro competente.

Sobre la sexta cuestión

124 En esta cuestión, el órgano jurisdiccional remitente pregunta, en esencia, si la cobertura del coste de la asistencia hospitalaria dispensada en otro Estado miembro a la que el Estado miembro está obligado en virtud del Derecho comunitario debe calcularse, en virtud del artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, con arreglo a la legislación del Estado miembro en el que se dispense dicha asistencia (Estado miembro de estancia) o, en virtud del artículo 49 CE, con arreglo a la legislación del Estado miembro en el que resida el paciente (Estado miembro competente). Desea conocer igualmente cómo afectan al problema de la cobertura de dicho coste la gratuidad de la asistencia hospitalaria dispensada en el marco del servicio nacional de salud de que se trata y la inexistencia correlativa de un baremo de reembolso en la legislación del Estado miembro competente. El órgano jurisdiccional remitente pregunta también si la obligación de cobertura del coste del tratamiento hospitalario dispensado en el Estado miembro de estancia incluye los gastos de viaje y de alojamiento.

125 A este respecto procede recordar en primer lugar que el paciente que, tras haber solicitado una autorización al amparo del artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71, ha obtenido dicha autorización o recibido una respuesta negativa posteriormente declarada infundada tiene derecho, según los propios términos de dicha disposición, a las prestaciones en especie servidas, por cuenta de la institución competente, por la institución del Estado miembro de estancia, según las disposiciones de la legislación que ésta aplique, como si estuviera afiliado a la misma (véanse las sentencias antes citadas Vanbraekel y otros, apartado 32; Inizan, apartado 20, y Keller, apartado 65).

- ¹²⁶ De ello se deduce que, en tal supuesto, son las modalidades de intervención previstas por la legislación del Estado miembro de estancia las que deben aplicarse, quedando a cargo de la institución competente la obligación de reembolsar posteriormente a la institución de dicho Estado en las condiciones previstas en el artículo 36 del Reglamento n° 1408/71 (véase la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, apartado 33).
- ¹²⁷ El hecho de que, como consecuencia de la gratuidad de la asistencia hospitalaria dispensada por el servicio nacional de salud de que se trata, la legislación del Estado miembro competente no contenga baremos de reembolso no impide aplicar las disposiciones de los artículos 22, apartado 1, letra c), inciso i), y 36 del Reglamento n° 1408/71. En efecto, en el sistema implantado por dichas disposiciones, la obligación que recae en la institución competente consiste en reembolsar a la institución del Estado miembro de estancia el importe de las prestaciones que esta última realizó con arreglo a las disposiciones de dicho Estado, sin que a estos efectos sea necesario remitirse a ningún baremo de reembolso establecido por la legislación del Estado miembro competente.
- ¹²⁸ A continuación, procede examinar si, en virtud del artículo 49 CE, un paciente afiliado al NHS tiene derecho a obtener de la institución competente una cobertura del tratamiento hospitalario recibido en el Estado miembro de estancia superior a la que se deriva de la aplicación de las disposiciones de la legislación de dicho Estado.
- ¹²⁹ A este respecto procede recordar que el Tribunal de Justicia ha declarado ya que constituye una restricción injustificada a la libre prestación de servicios a efectos del artículo 49 CE el hecho de que la normativa del Estado miembro competente no garantice a un paciente al que se aplique dicha normativa y que haya sido autorizado a ingresar en un hospital de otro Estado miembro, conforme al artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento n° 1408/71, un nivel de cobertura análogo al que habría obtenido de haber sido hospitalizado en el Estado miembro competente (véase la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, apartados 43 a 52).

130 A la vista de esta jurisprudencia, y en el contexto de una legislación nacional como la examinada en el litigio principal, que establece la gratuidad de la asistencia hospitalaria dispensada en los establecimientos integrados en el servicio nacional de salud creado por ella, procede considerar excluida la existencia de un obstáculo a la libre prestación de servicios en el supuesto de que el paciente afiliado a dicho servicio que ha sido autorizado a recibir tratamiento hospitalario en un hospital de otro Estado miembro, conforme al artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento nº 1408/71, o cuya solicitud de autorización ha recibido una respuesta negativa posteriormente declarada infundada, tenga derecho a una cobertura íntegra del coste de dicho tratamiento con arreglo a las disposiciones de la legislación del Estado miembro de estancia. En efecto, en tal supuesto, el interesado no está obligado a aportar contribución financiera alguna en relación con el coste de dicho tratamiento.

131 En cambio, en el supuesto de que la legislación del Estado miembro de estancia no prevea una cobertura íntegra del coste del tratamiento hospitalario dispensado en él, para reponer al paciente en la situación en la que se habría encontrado si el servicio nacional de salud del que depende hubiera estado en condiciones de proporcionarle gratuitamente, en un plazo clínicamente aceptable, un tratamiento equivalente al que se le dispuso en el Estado miembro de estancia, la institución competente está obligada a realizar una intervención complementaria a favor del interesado, equivalente a la diferencia entre, por una parte, el coste objetivamente cuantificado de dicho tratamiento equivalente, con un límite máximo, en su caso, correspondiente al importe global facturado por el tratamiento recibido en el Estado miembro de estancia, y, por otra parte, el importe de la intervención de la institución de dicho Estado con arreglo a la legislación de este Estado, cuando el primer importe sobrepase al segundo.

132 En contra de la postura defendida por la Sra. Watts en sus observaciones escritas, si se impusiera a la institución competente la obligación de cubrir en cualquier circunstancia el importe íntegro de la diferencia entre el coste del tratamiento hospitalario dispensado en el Estado miembro de estancia y el importe de la intervención de la institución de dicho Estado miembro con arreglo a las disposiciones de éste, incluso cuando el coste de dicho tratamiento sobrepase el coste de un tratamiento equivalente en el Estado miembro competente, ello equivaldría a otorgar al paciente que se trate un nivel de cobertura superior a aquél al que tiene derecho en el marco del servicio nacional de salud del que depende.

133 Conviene precisar además que, en el contexto de una legislación como la examinada en el litigio principal, que, según las informaciones expuestas en la resolución de remisión (véase el apartado 22 de la presente sentencia), contiene reglas para determinar el importe de los gastos que procede facturar y cobrar, en principio, a ciertos pacientes extranjeros por la asistencia recibida en un establecimiento hospitalario integrado en el servicio nacional de salud, dichas reglas pueden constituir instrumentos de referencia adecuados para determinar, a efectos de la cuantificación mencionada en el apartado 131 de la presente sentencia, el coste que supone para el Estado miembro competente, en un establecimiento integrado en dicho servicio, un tratamiento hospitalario equivalente al que recibió el paciente en el Estado miembro de estancia.

134 En cuanto a los gastos de viajes y de alojamiento, procede señalar, por lo que respecta al régimen de autorización establecido en el artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71, que dicha disposición confiere al paciente el derecho de recibir las «prestaciones en especie» servidas, por cuenta de la institución competente, por la institución del Estado miembro de estancia según las disposiciones de la legislación que ésta aplique.

135 Como lo confirman los términos del artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71, el apartado 1, letra c), inciso i), de dicho artículo tiene por único objeto permitir que los pacientes sometidos a la legislación de un Estado miembro y que dispongan de una autorización de la institución competente tengan acceso a la «asistencia» en otro Estado miembro en condiciones tan favorables como aquéllas de que disfrutaban los pacientes a quienes se aplica la legislación de este último Estado (véanse las sentencias antes citadas Vanbraekel y otros, apartado 32, e Inizan, apartado 21).

136 La obligación que los artículos 22 y 36 del Reglamento n° 1408/71 imponen a la institución competente se refiere exclusivamente, pues, a los gastos de la asistencia sanitaria recibida por el paciente en el Estado miembro de estancia, es decir, tratándose de una asistencia hospitalaria, al coste de las prestaciones médicas propiamente dichas y a los gastos, indisolublemente unidos, de la estancia del interesado en el establecimiento hospitalario necesaria para su tratamiento.

- 137 En efecto, la característica esencial de las «prestaciones en especie» a efectos del Reglamento nº 1408/71 consiste en que se trata de prestaciones «destinadas a cubrir los gastos ocasionados por los cuidados dispensados al asegurado», que adoptan la forma de una cobertura o de un reembolso de los «gastos médicos» provocados por su estado (véase la sentencia de 5 de marzo de 1998, Molenaar, C-160/96, Rec. p. I-843, apartados 32 y 34, relativa a un régimen legal de seguro social contra el riesgo de dependencia).
- 138 El artículo 22 Reglamento nº 1408/71, pues, al no tener por objeto regular la cuestión de los gastos accesorios en que incurra un paciente autorizado por la institución competente a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en él la asistencia apropiada a su estado de salud, tales como los gastos de desplazamiento y los eventuales gastos de alojamiento fuera del propio establecimiento hospitalario, no obliga a cubrir dichos gastos, pero tampoco lo prohíbe. Por consiguiente, procede examinar si la obligación de cubrir tales gastos puede derivarse del artículo 49 CE (véase, en un sentido análogo, la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, apartado 37).
- 139 A este respecto, de la jurisprudencia recordada en el apartado 94 de la presente sentencia se deduce que constituye una infracción del artículo 49 CE el hecho de que la legislación de un Estado miembro excluya la cobertura de los gastos accesorios en que incurra un paciente autorizado a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en él tratamiento hospitalario, si al mismo tiempo dicha legislación dispone que tales gastos estarán cubiertos cuando el tratamiento se dispense en un establecimiento integrado en el sistema nacional de que se trate.
- 140 En cambio, el artículo 49 CE no obliga al Estado miembro a imponer a sus instituciones competentes la obligación de cubrir los gastos accesorios relacionados con un desplazamiento transfronterizo autorizado por razones médicas, si no existe tal obligación en el caso de que dichos gastos procedan de un desplazamiento en el interior del territorio nacional.
- 141 Dadas estas circunstancias, corresponde al órgano jurisdiccional remitente verificar si la normativa británica obliga a cubrir los gastos accesorios de un desplazamiento de este tipo en el interior del Reino Unido.

142 De ser así, el paciente que ha sido autorizado a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en él asistencia hospitalaria, o cuya solicitud de autorización ha recibido una respuesta negativa posteriormente declarada infundada, tiene derecho, como indicó el Gobierno belga en sus observaciones escritas y como ha afirmado el Abogado General en el punto 118 sus conclusiones, a exigir que se cubran los gastos accesorios de dicho desplazamiento médico transfronterizo en las mismas condiciones y con los mismos límites, objetivos y transparentes, que haya fijado la legislación competente para la cobertura de los gastos accesorios de un tratamiento médico dispensado en el Estado miembro competente (véase, en este sentido, la sentencia de 18 de marzo de 2004, Leichtle, C-8/02, Rec. p. I-2641, y en especial sus apartados 41 a 48).

143 Habida cuenta de las consideraciones expuestas, procede responder como sigue a la sexta cuestión:

- El artículo 49 CE debe interpretarse en el sentido de que, en el supuesto de que la legislación del Estado miembro competente establezca la gratuidad de la asistencia hospitalaria dispensada en el marco de un servicio nacional de salud, y de que la legislación del Estado miembro en el que un paciente afiliado a dicho servicio ha sido autorizado, o hubiera debido ser autorizado, a recibir tratamiento hospitalario a cargo de dicho servicio no prevea una cobertura íntegra del coste de dicho tratamiento, la institución competente debe conceder a dicho paciente un reembolso equivalente a la eventual diferencia entre, por una parte, el coste objetivamente cuantificado de un tratamiento equivalente en un establecimiento integrado en el servicio de que se trate, con un límite máximo, en su caso, correspondiente al importe global facturado por el tratamiento dispensado en el Estado miembro de estancia, y, por otra parte, el importe que la institución de este último Estado miembro esté obligada a cubrir por cuenta de la institución competente, en virtud del artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71, con arreglo a las disposiciones de la legislación de dicho Estado miembro.
- El artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71 debe interpretarse en el sentido de que el derecho que en él se confiere al paciente afectado se refiere exclusivamente a los gastos de la asistencia sanitaria recibida por el paciente en el Estado miembro de estancia, es decir, tratándose de una

asistencia hospitalaria, al coste de las prestaciones médicas propiamente dichas y a los gastos, indisolublemente unidos, de estancia del interesado en el establecimiento hospitalario.

- El artículo 49 CE debe interpretarse en el sentido de que un paciente que ha sido autorizado a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en él asistencia hospitalaria, o cuya solicitud de autorización ha recibido una respuesta negativa posteriormente declarada infundada, sólo tiene derecho a exigir a la institución competente que cubra los gastos accesorios de dicho desplazamiento transfronterizo por razones médicas en la medida en que la legislación del Estado miembro competente imponga a su sistema nacional una obligación de cobertura equivalente en el caso de un tratamiento dispensado en un establecimiento local integrado en dicho sistema.

Sobre la séptima cuestión

¹⁴⁴ En esta cuestión, el órgano jurisdiccional remitente pregunta si los artículos 49 CE y 22 del Reglamento n° 1408/71 deben interpretarse en el sentido de que imponen a los Estados miembros una obligación de financiar la asistencia hospitalaria dispensada en otros Estados miembros con independencia de las consideraciones de carácter presupuestario y, de ser así, si dicha obligación es compatible con el artículo 152 CE, apartado 5.

¹⁴⁵ A este respecto, procede subrayar en primer lugar que, como se deduce del razonamiento expuesto al responder a las seis primeras cuestiones, las exigencias derivadas de los artículos 49 CE y 22 del Reglamento n° 1408/71 no pueden interpretarse en el sentido de que impongan a los Estados miembros una obligación de asumir la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada en otros Estados miembros con total independencia de las consideraciones de carácter presupuestario, sino que se basan por el contrario en la búsqueda de un equilibrio entre, por una parte, el objetivo de libre circulación de los pacientes y, por otra, los imperativos nacionales de planificación de la capacidad hospitalaria disponible, de control de los gastos sanitarios y de equilibrio financiero de los sistemas de seguridad social.

¹⁴⁶ A continuación, es preciso recordar que, según los términos del artículo 152 CE, apartado 5, la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica.

¹⁴⁷ Dicha disposición no excluye sin embargo que, en virtud de otras disposiciones del Tratado, tales como el artículo 49 CE, o de medidas comunitarias adoptadas con arreglo a otras disposiciones del Tratado, tales como el artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, los Estados miembros estén obligados a introducir adaptaciones en su sistema nacional de seguridad social, sin que pueda considerarse que ello menoscaba su competencia soberana en la materia (véase, en este sentido, la sentencia Müller-Fauré y Van Riet, antes citada, apartado 102; véase igualmente, por analogía, la sentencia de 5 de octubre de 2000, Alemania/Parlamento y Consejo, C-376/98, Rec. p. I-8419, apartado 78).

¹⁴⁸ Por consiguiente, procede responder a la séptima cuestión que la obligación que tanto el artículo 22 del Reglamento n° 1408/71 como el artículo 49 CE imponen a la institución competente, al exigirle que autorice a los pacientes afiliados a un servicio nacional de salud a recibir tratamiento hospitalario en otro Estado miembro, a cargo de dicha institución, cuando el plazo de espera sobrepase el plazo aceptable con arreglo a una evaluación médica objetiva del estado y de las necesidades clínicas del paciente de que se trate, no vulnera el artículo 152 CE, apartado 5.

Costas

¹⁴⁹ Dado que el procedimiento tiene, para las partes del litigio principal, el carácter de un incidente promovido ante el órgano jurisdiccional nacional, corresponde a éste 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 (Gran Sala) declara:

- 1) El artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento (CEE) n° 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 (CEE) n° 118/97 del Consejo, de 2 de diciembre de 1996, debe interpretarse en el sentido de que, para denegar legítimamente la autorización contemplada en el apartado 1, letra c), inciso i), de dicho artículo invocando la existencia de un plazo de espera para un tratamiento hospitalario, la institución competente se encuentra obligada a acreditar que dicho plazo no sobrepasa el plazo aceptable con arreglo a una evaluación médica objetiva de las necesidades clínicas del interesado que tenga en cuenta todos los parámetros que caracterizan su estado patológico en el momento en que se presente o, en su caso, se renueve la solicitud de autorización.
- 2) El artículo 49 CE se aplica a una situación en la que una persona cuyo estado de salud requiere asistencia hospitalaria se desplaza a otro Estado miembro y recibe en él dicha asistencia a cambio de una remuneración, sin que sea necesario analizar si las prestaciones de asistencia hospitalaria realizadas en el marco del sistema nacional al que dicha persona está afiliada constituyen en sí mismas servicios a efectos de las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios.

El artículo 49 CE debe interpretarse en el sentido de que no prohíbe que la cobertura de la asistencia hospitalaria prevista en un establecimiento situado en otro Estado miembro quede supeditada a la obtención de una autorización previa de la institución competente.

La denegación de una autorización previa no puede basarse únicamente en la existencia de listas de espera destinadas a planificar y gestionar la oferta hospitalaria en función de prioridades clínicas determinadas de antemano

con carácter general, sin que se haya procedido a una evaluación médica objetiva del estado patológico del paciente, de sus antecedentes, de la evolución probable de su enfermedad y de su grado de dolor o de la naturaleza de su discapacidad en el momento en que se solicite o se vuelva a solicitar dicha autorización.

Cuando se observe que el plazo derivado de dichas listas de espera sobrepasa el plazo aceptable con arreglo a una evaluación médica objetiva de las mencionadas circunstancias, la institución competente no puede denegar la autorización solicitada invocando como razones la existencia de tales listas de espera, la violación del orden normal de prioridades basado en el grado de urgencia respectivo de los casos pendientes, la gratuidad de la asistencia hospitalaria dispensada en el marco del sistema nacional de que se trate, la obligación de destinar de antemano medios financieros específicos a la cobertura del tratamiento previsto en otro Estado miembro o la comparación entre el coste de dicho tratamiento y el de un tratamiento equivalente en el Estado miembro competente.

- 3) El artículo 49 CE debe interpretarse en el sentido de que, en el supuesto de que la legislación del Estado miembro competente establezca la gratuidad de la asistencia hospitalaria dispensada en el marco de un servicio nacional de salud, y de que la legislación del Estado miembro en el que un paciente afiliado a dicho servicio ha sido autorizado, o hubiera debido ser autorizado, a recibir tratamiento hospitalario a cargo de dicho servicio no prevea una cobertura íntegra del coste de dicho tratamiento, la institución competente debe conceder a dicho paciente un reembolso equivalente a la eventual diferencia entre, por una parte, el coste objetivamente cuantificado de un tratamiento equivalente en un establecimiento integrado en el servicio de que se trate, con un límite máximo, en su caso, correspondiente al importe global facturado por el tratamiento dispensado en el Estado miembro de estancia, y, por otra parte, el importe que la institución de este último Estado miembro esté obligada a cubrir por cuenta de la institución competente, en virtud del artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento n° 1408/71, en su versión modificada y actualizada por el Reglamento n° 118/97, con arreglo a las disposiciones de la legislación de dicho Estado miembro.

El artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), de dicho Reglamento n° 1408/71 debe interpretarse en el sentido de que el derecho que en él se confiere al paciente afectado se refiere exclusivamente a los gastos de la asistencia sanitaria recibida por el paciente en el Estado miembro de estancia, es decir, tratándose de una asistencia hospitalaria, al coste de las prestaciones médicas propiamente dichas y a los gastos, indisolublemente unidos, de estancia del interesado en el establecimiento hospitalario.

El artículo 49 CE debe interpretarse en el sentido de que un paciente que ha sido autorizado a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en él asistencia hospitalaria, o cuya solicitud de autorización ha recibido una respuesta negativa posteriormente declarada infundada, sólo tiene derecho a exigir a la institución competente que cubra los gastos accesorios de dicho desplazamiento transfronterizo por razones médicas en la medida en que la legislación del Estado miembro competente imponga a su sistema nacional una obligación de cobertura equivalente en el caso de un tratamiento dispensado en un establecimiento local integrado en dicho sistema.

- 4) La obligación que tanto el artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, en su versión modificada y actualizada por el Reglamento n° 118/97, como el artículo 49 CE imponen a la institución competente, al exigirle que autorice a los pacientes afiliados a un servicio nacional de salud a recibir tratamiento hospitalario en otro Estado miembro, a cargo de dicha institución, cuando el plazo de espera sobrepase el plazo aceptable con arreglo a una evaluación médica objetiva del estado y de las necesidades clínicas del paciente de que se trate, no vulnera el artículo 152 CE, apartado 5.**

Firmas