

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA
12 de Julho de 2001 *

No processo C-157/99,

que tem por objecto um pedido dirigido ao Tribunal de Justiça, nos termos do artigo 177.º do Tratado CE (actual artigo 234.º CE), pelo Arrondissementsrechtbank te Roermond (Países Baixos), destinado a obter, nos litígios pendentes neste órgão jurisdicional entre

B. S. M. Smits Geraets,

e

Stichting Ziekenfonds VGZe entre H. T. M. Peerbooms

e Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen,

uma decisão a título prejudicial sobre a interpretação dos artigos 59.º do Tratado CE (que passou, após alteração, a artigo 49.º CE) e 60.º do Tratado CE (actual artigo 50.º CE),

* Língua do processo: neerlandês.

O TRIBUNAL DE JUSTIÇA,

composto por: G. C. Rodríguez Iglesias, presidente, C. Gulmann, A. La Pergola (relator), M. Wathelet e V. Skouris, presidentes de secção, D. A. O. Edward, J.-P. Puissochet, P. Jann, L. Sevón, R. Schintgen e F. Macken, juízes,

advogado-geral: D. Ruiz-Jarabo Colomer,
secretário: L. Hewlett, administradora,

vistas as observações escritas apresentadas:

- em representação do Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, por E. P. H. Verdeuzeldonk, na qualidade de agente,

- em representação do Governo neerlandês, por M. A. Fierstra, na qualidade de agente,

- em representação do Governo belga, por A. Snoecx, na qualidade de agente,

- em representação do Governo dinamarquês, por J. Molde, na qualidade de agente,

- em representação do Governo alemão, por W.-D. Plessing e C.-D. Quasowski, na qualidade de agentes,

- em representação do Governo francês, por K. Rispal-Bellanger e C. Bergeot, na qualidade de agentes,

- em representação do Governo irlandês, por M. A. Buckley, na qualidade de agente, assistido por D. Barniville, BL,

- em representação do Governo português, por L. Fernandes e P. Borges, na qualidade de agentes,

- em representação do Governo finlandês, por T. Pynnä e E. Bygglin, na qualidade de agentes,

- em representação do Governo sueco, por L. Nordling, na qualidade de agente,

- em representação do Governo do Reino Unido, por M. Ewing, na qualidade de agente, assistida por S. Moore, barrister,

- em representação do Governo islandês, por E. Gunnarsson e V. Hauksdóttir, na qualidade de agentes,

- em representação do Governo norueguês, por H. Seland, na qualidade de agente,

- em representação da Comissão das Comunidades Europeias, por P. Hillenkamp, P. J. Kuijper e H. M. H. Speyart, na qualidade de agentes,

visto o relatório para audiência,

ouvidas as alegações do Stichting Ziekenfonds VGZ, representado por H. G. Sevenster, J. K. de Pree e E. H. Pijnacker Hordijk, advocaten, do Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, representado por E. P. H. Verdeuzeldonk, do Governo neerlandês, representado por M. A. Fierstra, do Governo dinamarquês, representado por J. Molde, do Governo alemão, representado por W.-D. Plessing, do Governo francês, representado por C. Bergeot, do Governo irlandês, representado por D. Barniville, do Governo austríaco, representado por G. Hesse, na qualidade de agente, do Governo finlandês, representado por E. Bygglin, do Governo sueco, representado por A. Kruse, na qualidade de agente, do Governo do Reino Unido, representado por E. Ewing, assistida por S. Moore, do Governo islandês, representado por E. Gunnarsson, e da Comissão, representada por H. M. H. Speyart, na audiência de 4 de Abril de 2000,

ouvidas as conclusões do advogado-geral apresentadas na audiência de 18 de Maio de 2000,

profere o presente

Acórdão

- 1 Por despacho de 28 de Abril de 1999, que deu entrada no Tribunal de Justiça em 30 de Abril seguinte, o Arrondissementsrechtbank te Roermond submeteu, nos termos do artigo 177.º do Tratado CE (actual artigo 234.º CE), duas questões prejudiciais relativas à interpretação dos artigos 59.º do Tratado CE (que passou, após alteração, a artigo 49.º CE) e 60.º do Tratado CE (actual artigo 50.º CE).

- 2 Estas questões foram suscitadas no quadro de dois litígios que opõem, por um lado, B. S. M. Smits Geraets ao Stichting Ziekenfonds VGZ (a seguir «Stichting VGZ») e, por outro, H. T. M. Peerbooms ao Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen (a seguir «Stichting CZ»), a propósito do reembolso de despesas de hospitalização suportadas, respectivamente, na Alemanha e na Áustria.

Enquadramento jurídico nacional

- 3 Nos Países Baixos, o regime do seguro de doença assenta fundamentalmente na Ziekenfondswet (lei relativa às caixas de seguro de doença), de 15 de Outubro de 1964 (*Staatsblad* 1964, n.º 392, ulteriormente modificada, a seguir «ZFW»), na Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (lei sobre o seguro geral das despesas de doença especiais), de 14 de Dezembro de 1967 (*Staatsblad* 1967, n.º 617, ulteriormente modificada, a seguir «AWBZ»), e na Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (lei relativa ao acesso aos seguros de doença, a seguir «WTZ»). Tanto a ZFW como a AWBZ instituem um regime de intervenção em espécie por força do qual os segurados têm direito não ao reembolso das despesas suportadas com cuidados médicos, mas aos próprios cuidados médicos, dispensados gratuitamente. Estas duas legislações assentam num sistema convencionado entre as caixas de seguro de doença e os prestadores de cuidados de saúde. A WTZ institui, em contrapartida, um regime de reembolso dos segurados e não assenta num sistema convencionado.
- 4 Dos artigos 2.º a 4.º da ZFW resulta que se encontram obrigatoriamente seguros, beneficiando inteiramente do estatuto do segurado, ao abrigo deste diploma, os trabalhadores cujo rendimento anual não exceda o limite estabelecido por lei (em 1997, igual a 60 750 NLG), as pessoas que lhe são assimiladas e os beneficiários de prestações sociais, bem como os membros da sua família que se encontrem a seu cargo e que façam parte do seu agregado familiar.

5 Nos termos do artigo 5.º, n.º 1, da ZFW, qualquer pessoa a quem esse diploma seja aplicável e que pretenda beneficiar de um direito ao abrigo dessa legislação deve inscrever-se numa caixa de seguro de doença activa na sua autarquia de residência.

6 O artigo 8.º da ZFW prevê:

«1. Os segurados têm direito a prestações referentes aos seus tratamentos médicos quando não tenham qualquer direito a essa assistência com base na Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [...]. As caixas de seguro de doença actuarão de modo a que este direito possa ser exercido pelos segurados nelas inscritos.

2. Uma regulamentação administrativa de carácter geral regulará a natureza, o conteúdo e o alcance das prestações, que incluirão sempre, na medida a ser estabelecida, a assistência médica, bem como o tratamento e o internamento nas categorias de instituições que aí serão indicadas. A este respeito, pode ser imposto como condição para obter uma prestação de assistência o facto de o segurado contribuir para os seus custos; a referida comparticipação não tem que ser igual para todos os segurados.

[...]»

7 O Verstrekkingsbesluit Ziekenfondsverzekering (decreto relativo às prestações em espécie ao abrigo do seguro de doença), de 4 de Janeiro de 1966 (*Staatsblad* 1966, n.º 3, ulteriormente modificado, a seguir «Verstrekkingsbesluit»), garante a execução do artigo 8.º, n.º 2, da ZFW.

- 8 O Verstrekkingsbesluit determina, assim, os direitos a prestações e o âmbito destas no que respeita às diversas categorias de cuidados, entre as quais figuram, designadamente, as categorias intituladas «assistência médica e cirúrgica» e «hospitalização e internamento em casas de saúde».
- 9 Segundo o artigo 2.º, n.º 3, do Verstrekkingsbesluit, o segurado só pode beneficiar do direito à prestação se, dadas as suas necessidades e na perspectiva de uma terapia eficaz, não tiver outra escolha razoável para além de solicitar uma prestação com essa natureza, esse conteúdo e esse alcance.
- 10 Nos termos do artigo 3.º do Verstrekkingsbesluit, os cuidados médicos e cirúrgicos abrangem a prestação de assistência médica e cirúrgica por parte de um médico generalista e de um especialista, «em conformidade com a medida estabelecida para o que é habitual no âmbito profissional».
- 11 Relativamente ao internamento e hospitalização nas casas de saúde, os artigos 12.º e 13.º do Verstrekkingsbesluit estabelecem, por um lado, que abrange, designadamente, os exames médicos, cirúrgicos e obstétricos, o tratamento e a assistência e, por outro, que deve existir uma ordem de internamento. O Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering (decreto relativo aos cuidados ministrados nas casas de saúde no quadro do seguro de doença), de 6 de Fevereiro de 1969 (*Nederlandse Staatscourant* 1969, n.º 50), determina os casos em que considera existir uma ordem de internamento.
- 12 A ZFW é aplicada pelas caixas de seguro de doença, que são pessoas colectivas aprovadas pelo ministro competente em conformidade com o artigo 34.º da ZFW. O Ziekenfondsraad está encarregado de aconselhar e informar o ministro da tutela, bem como de fiscalizar a gestão e a administração das caixas de seguro de doença. Em caso de reclamação de uma decisão de uma caixa de seguro de doença quanto ao direito a uma prestação, essa caixa de seguro de doença é

obrigada a solicitar o parecer do Ziekenfondsraad antes de se pronunciar sobre a reclamação.

- 13 A ZFW prevê a instituição de um sistema convencionado cujas principais características são as seguintes.
- 14 O artigo 44.º, n.º 1, da ZFW prevê que as caixas de seguro de doença «celebrem convénios com pessoas e instituições que dispensem uma ou várias formas de cuidados médicos, como os referidos no decreto real adoptado em execução do artigo 8.º»
- 15 De acordo com o artigo 44.º, n.º 3, da ZFW, esses convénios devem, no mínimo, incluir disposições relativas à natureza e âmbito das obrigações e dos direitos que as partes têm uma para com a outra, aos tipos de cuidados a ministrar, à qualidade e eficácia dos cuidados dispensados, ao controlo do respeito do convénio, designadamente das prestações a fornecer ou fornecidas e da exactidão dos montantes contabilizados por essas prestações, bem como a obrigação de comunicar os dados necessários a esse controlo.
- 16 Em contrapartida, esses convénios não respeitam às tarifas dos cuidados de saúde, cuja fixação se rege exclusivamente pela *Wet tarieven gezondheidszorg* (lei sobre as tarifas dos cuidados de saúde). De acordo com as explicações fornecidas pelo Governo neerlandês, isto não significa, no entanto, que não possa ser celebrado nenhum acordo entre as caixas de seguro de doença e os prestadores de cuidados de saúde no que respeita aos custos. Todos os factores que possam afectar o nível dos custos e o orçamento dos estabelecimentos hospitalares podiam ser objecto de acordo entre as partes.

17 As caixas de seguro de doença podem celebrar convénios com qualquer prestador de cuidados de saúde, desde que respeitem uma dupla condição. Por um lado, do artigo 47.º da ZFW resulta que as caixas de seguro de doença «são obrigadas a celebrar convénios [...] com os estabelecimentos situados na região onde desenvolvem as suas actividades ou a que a população dessa região normalmente recorre». Por outro lado, os convénios só podem ser celebrados com estabelecimentos devidamente autorizados a dispensar os cuidados em causa ou com pessoas legalmente habilitadas a fazê-lo.

18 De acordo com o artigo 8.º-A da ZFW:

«1. Um estabelecimento que forneça prestações como as a que se refere o artigo 8.º deve dispor de uma autorização para o efeito.

2. Pode, por decreto real, prever-se que um estabelecimento pertencente a uma categoria a definir por decreto real está autorizado para efeitos desta lei. [...]»

19 Do artigo 8.º-C, alínea a), da ZFW resulta que a aprovação de um estabelecimento que gere instalações hospitalares deve ser recusada caso esse estabelecimento não satisfaça as disposições da *Wet ziekenhuisvoorzieningen* (lei sobre os equipamentos hospitalares) em matéria de repartição e de necessidades. Esta lei, as suas normas de execução (designadamente a directiva baseada no artigo 3.º da referida lei, *Nederlandse Staatscourant* 1987, n.º 248), bem como os planos provinciais determinam, de forma mais detalhada, as necessidades nacionais no que respeita a diversas categorias de estabelecimentos hospitalares, do mesmo modo que a sua repartição entre as diversas regiões definidas, no território neerlandês, em matéria de saúde.

20 Relativamente à aplicação concreta do direito a uma prestação, o artigo 9.º da ZFW prevê:

- «1. O segurado que pretenda invocar um direito a prestação de assistência dirigir-se-á, salvo nos casos indicados na regulamentação administrativa geral a que se refere o artigo 8.º, a uma pessoa ou a uma instituição com a qual a caixa de seguro de doença na qual esteja inscrita tenha celebrado um acordo para esse fim, ressalvado em ambos os casos o estabelecido no n.º 4.

2. O segurado pode escolher entre as pessoas e as instituições indicadas no n.º 1, salvo o estabelecido no n.º 5 e nas disposições relativas ao transporte em ambulância em conformidade com a *Wet ambulancevervoer* [(lei sobre o transporte em ambulância), *Staatsblad* 1967, p. 369].

3. (revogado)

4. Uma caixa de seguro de doença pode, em derrogação ao estabelecido nos n.ºs 1 e 2, conceder a um segurado autorização para se dirigir, quando pretenda invocar um direito a prestação, a uma outra pessoa ou instituição nos Países Baixos, quando tal seja necessário para o seu tratamento médico. O ministro poderá estabelecer em que casos e condições pode ser dada autorização a um segurado para se dirigir, para invocar um direito a prestações, a uma pessoa ou instituição situada fora dos Países Baixos.

[...]»

- 21 O ministro fez uso da competência que o artigo 9.º, n.º 4, último período, da ZFW lhe confere ao adoptar a *Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering* (regulamento sobre os cuidados de saúde no estrangeiro no quadro do seguro de doença), de 30 de Junho de 1988 (*Nederlandse Staatscourant* 1988, n.º 123, a seguir «Rhbz»). O artigo 1.º da Rhbz prevê:

«Devem entender-se por casos nos quais uma caixa de seguro de doença pode conceder autorização a um segurado para se dirigir, quando pretenda invocar um direito a prestações, a uma pessoa ou instituição fora dos Países Baixos aqueles casos em que a caixa de seguro de doença tenha comprovado que tal é necessário para o tratamento médico do segurado.»

- 22 O órgão jurisdicional de reenvio afirma que da jurisprudência do Centrale Raad van Beroep (órgão jurisdicional de recurso em matéria social), relativa aos pedidos de autorização para efectuar tratamentos médicos no estrangeiro a expensas da caixa de seguro de doença, nos termos da ZFW, resulta que, para o efeito, importa que se realizem duas condições.

- 23 Em primeiro lugar, é necessário verificar se o tratamento em causa pode ser considerado uma prestação coberta na acepção do artigo 8.º da ZFW e do *Verstrekkingsbesluit*. Como já se referiu, o critério aplicável para o efeito é, nos termos do artigo 3.º do *Verstrekkingsbesluit*, o do carácter «habitual no âmbito profissional» do tratamento tido em vista (v. decisão do Centrale Raad van Beroep de 23 de Maio de 1995, RZA 1995, n.º 126). A título exemplificativo, o Centrale Raad van Beroep considerou, a propósito de um tratamento específico ministrado na Alemanha, que este último «assenta numa base (ainda) não suficientemente reconhecida pelos meios científicos e, de acordo com as concepções correntes nos Países Baixos, ainda experimental» (decisão de 19 de Dezembro de 1997, RZA 1998, n.º 48). Resultava assim da jurisprudência que, na prática, se faz referência às concepções dominantes nos meios profissionais neerlandeses para se determinar se um tratamento pode ser considerado usual e não experimental.

- 24 Em segundo lugar, importa determinar se o referido tratamento é necessário ao tratamento médico do segurado na aceção dos artigos 9.º, n.º 4, da ZFW e 1.º da Rhbz. O órgão jurisdicional de reenvio indica a este propósito que, na prática, há que atender aos métodos de tratamento disponíveis nos Países Baixos (v., designadamente, decisão do Centrale Raad van Beroep de 13 de Dezembro de 1994, RZA 1995, n.º 53) e verificar se um tratamento adequado não pode ser oportunamente dispensado nos Países Baixos.

Os litígios nos processos principais

O processo Smits Geraets

- 25 B. S. M. Smits Geraets sofre da doença de Parkinson. Por carta de 5 de Setembro de 1996, solicitou ao Stichting VGZ o reembolso das despesas decorrentes dos tratamentos recebidos na Elena-Klinik de Cassel (Alemanha) no quadro de um tratamento categorial e multidisciplinar dessa doença. Este método implica, designadamente, exames e cuidados com vista a determinar o tratamento medicamentoso ideal, um tratamento fisioterapêutico e ergoterapêutico bem como um acompanhamento sociopsicológico.
- 26 Por decisões de 30 de Setembro e 28 de Outubro de 1996, o Stichting VGZ informou B. S. M. Smits Geraets de que não receberia qualquer reembolso ao abrigo da ZFW. Esta recusa baseava-se no facto de existir nos Países Baixos um tratamento satisfatório e adequado da doença de Parkinson, que o tratamento clínico categorial utilizado na Elena-Klinik não trazia quaisquer vantagens suplementares e, portanto, não havia qualquer necessidade médica que o justificasse.

- 27 B. S. M. Smits Geraets solicitou o parecer do Ziekenfondsraad em 14 de Novembro de 1996. Em 7 de Abril de 1997, este último apresentou um parecer nos termos do qual considerou que a recusa do Stichting VGZ era adequada.
- 28 B. S. M. Smits Geraets interpôs então recurso da decisão de recusa de 30 de Setembro de 1996 para o Arrondissementsrechtbank te Roermond. Sustenta, em substância, que o tratamento clínico categorial dispensado na Alemanha tem vantagens relativamente à perspectiva «sintomática» utilizada nos Países Baixos, perspectiva segundo a qual as diferentes manifestações da doença são combatidas individualmente, ou seja, por sintoma.
- 29 Aquando do exame do processo, o órgão jurisdicional de reenvio verificou que a recusa dada a B. S. M. Smits Geraets se baseava, em primeiro lugar, no facto de o método clínico categorial não ser considerado um tratamento habitual no âmbito profissional em causa e, portanto, não constituir uma prestação na acepção do artigo 8.º da ZFW. Para o caso de o tratamento, ou uma parte deste, ser no entanto considerado habitual, alegava-se que a recusa se baseava, em segundo lugar, na consideração de que, existindo nos Países Baixos um tratamento satisfatório e adequado num estabelecimento convencionado, o tratamento efectuado em Cassel não era necessário na acepção dos artigos 9.º, n.º 4, da ZFW e 1.º da Rhbz.
- 30 O órgão jurisdicional de reenvio nomeou um neurologista como perito. No relatório que apresentou em 13 de Fevereiro de 1998, este afirmou que nenhum elemento clínico ou científico provava que a perspectiva clínica categorial era mais adequada e que, por esse facto, não existia qualquer indicação estritamente médica que justificasse a hospitalização e o tratamento de B. S. M. Smits Geraets na Alemanha.

O processo Peerbooms

- 31 H. T. M. Peerbooms entrou em coma na sequência de um acidente de viação ocorrido em 10 de Dezembro de 1996. Após ter sido hospitalizado nos Países Baixos, foi transferido em estado vegetativo para a clínica universitária de Innsbruck (Áustria) em 22 de Fevereiro de 1997.
- 32 Este estabelecimento aplicou a H. T. M. Peerbooms uma terapia intensiva especial por neuroestimulação. Nos Países Baixos esta técnica só é utilizada a título experimental em dois centros médicos, não podendo ser aceites pacientes com mais de 25 anos. Assim, é certo que, se tivesse permanecido nos Países Baixos, H. T. M. Peerbooms, nascido em 1961, não poderia aceder a essa terapia.
- 33 Por carta de 24 de Fevereiro de 1997, o neurologista de H. T. M. Peerbooms solicitou ao Stichting CZ que tomasse a seu cargo as despesas de tratamento suportadas na clínica universitária de Innsbruck.
- 34 Este pedido foi rejeitado por decisão de 26 de Fevereiro de 1997, tomada após parecer do médico assessor, com fundamento no facto de nos Países Baixos existirem prestadores de cuidados e/ou estabelecimentos com quem o Stichting CZ tivesse celebrado um convénio capazes de aplicar os cuidados adequados.
- 35 Tendo o neurologista de H. T. M. Peerbooms reiterado o seu pedido, este foi-lhe novamente indeferido em 5 de Março de 1997. A própria reclamação apresentada dessas decisões foi indeferida pelo Stichting CZ em 12 de Junho de 1997.

- 36 Entretanto, H. T. M. Peerbooms saiu do coma. Pôde deixar a clínica de Innsbruck em 20 de Junho de 1997 e foi transferido para a clínica de Hoensbroeck (Países Baixos) para continuar a sua reabilitação.
- 37 H. T. M. Peerbooms interpôs recurso para o Arrondissementsrechtbank te Roermond da decisão do Stichting CZ de 12 de Junho de 1997 que indeferiu a sua reclamação.
- 38 Das explicações apresentadas por este órgão jurisdicional resulta que a recusa do Stichting CZ se baseava, em primeiro lugar, no facto de que, atenta a natureza experimental da terapia por neuroestimulação e a inexistência de provas científicas quanto à sua eficácia, esse tipo de tratamento não era então considerado habitual no âmbito profissional e, portanto, não constituía uma prestação na acepção do artigo 8.º da ZFW. Para o caso de o tratamento ser no entanto considerado habitual, alegava-se que a recusa se baseava, em segundo lugar, na consideração de que, existindo nos Países Baixos um tratamento satisfatório e adequado que podia ser oportunamente dispensado num estabelecimento convencionado, o tratamento seguido em Innsbruck não era necessário na acepção dos artigos 9.º, n.º 4, da ZFW e 1.º da Rhbz.
- 39 O perito neurologista designado pelo Arrondissementsrechtbank concluiu, no relatório que apresentou em 12 de Maio de 1998, que, devido à sua idade, não existia, nos Países Baixos, um tratamento apropriado e adequado, como o aplicado a H. T. M. Peerbooms em Innsbruck, e que lhe não teria sido possível beneficiar de uma terapia adequada noutra centro hospitalar dos Países Baixos. O neurologista consultor do Stichting CZ reagiu a este relatório sublinhando o carácter experimental deste método de tratamento e o facto de que, até essa data, ainda não tinha sido reconhecido pelos meios científicos. Todavia, o perito judicial declarou, num relatório complementar que apresentou em 31 de Agosto de 1998, manter as suas conclusões.

As questões prejudiciais

40 Por despacho de 28 de Abril de 1999, o Arrondissementsrechtbank te Roermond decidiu suspender a instância e submeter ao Tribunal de Justiça as seguintes questões prejudiciais:

«1) a) Devem os artigos 59.º e 60.º do Tratado CE ser interpretados no sentido de que são com eles incompatíveis as disposições conjugadas dos artigos 9.º, n.º 4, da Ziekenfondswet e 1.º da Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering, na medida em que estabelecem que um segurado numa caixa de seguro de doença necessita da autorização prévia desta para se dirigir a uma pessoa ou instituição fora dos Países Baixos para invocar o seu direito a prestações?

b) Depende a resposta à questão da alínea a) anterior do facto de a autorização aí mencionada ser recusada, ou não poder ser acolhida, devido ao tratamento em causa noutro Estado-Membro não poder ser considerado como ‘habitual no âmbito profissional’, não sendo, assim, considerado como uma prestação de assistência na acepção do artigo 8.º da Ziekenfondswet? Importa, a esse respeito, que só se tenham em conta as concepções do contexto profissional neerlandês ou que a esse respeito sejam aplicados critérios de avaliação científica nacional ou internacional e, assim sendo, em que medida? Tem para estes efeitos importância que o tratamento em questão seja reembolsado nos termos do seguro obrigatório ao abrigo do sistema da segurança social do outro Estado-Membro?

c) Depende a resposta à questão da alínea a) anterior do facto de, no estrangeiro, o tratamento ser considerado habitual e, portanto, uma prestação de assistência, mas a referida autorização ser recusada pela razão de se poder obter assistência adequada e atempada por parte de um

fornecedor de tratamentos neerlandês convencionado e, portanto, de o tratamento no estrangeiro não ser necessário para a assistência médica?

2) No caso do requisito da autorização constituir um entrave ao princípio da livre prestação de serviços enunciado nos artigos 59.º e 69.º do Tratado CE, as razões imperativas de interesse geral invocadas pelas recorridas [...] são suficientes para se considerar justificado esse entrave?»

41 O órgão jurisdicional de reenvio observa que, embora as disposições relativas à aprovação dos estabelecimentos hospitalares previstas na ZFW não pareçam excluir a aprovação de estabelecimentos estrangeiros, designadamente nas regiões fronteiriças, dessas disposições pode-se inferir, designadamente do princípio da repartição geográfica que preside a essa aprovação, que os estabelecimentos aprovados se situam fundamentalmente nos Países Baixos.

42 Por outro lado, segundo o órgão jurisdicional de reenvio, há que prestar uma atenção muito especial ao alcance exacto que se reconhece à noção de carácter «habitual» de um tratamento, quando se trata, com base nessa qualificação, de autorizar ou não as caixas de seguro de doença neerlandesas a assumirem os custos de um tratamento dispensado fora dos Países Baixos. Com efeito, se essas caixas de seguro de doença apenas atendem ao que é considerado habitual no âmbito profissional neerlandês, isto pode conduzir a que determinados métodos de tratamento, todavia geralmente aceites noutros Estados-Membros e aí reembolsados em virtude de os meios profissionais desses Estados-Membros terem concepções diferentes das que predominam nos Países Baixos, não sejam considerados prestações cobertas pela ZFW, pelo que a autorização deverá ser recusada.

Quanto às questões prejudiciais

- 43 Através das suas duas questões prejudiciais, que devem ser apreciadas conjuntamente, o órgão jurisdicional de reenvio pretende, em substância, saber se os artigos 59.º e 60.º do Tratado devem ser interpretados no sentido de se oporem à legislação de um Estado-Membro, como a em causa no processo principal, que subordina a tomada a cargo de cuidados de saúde ministrados num estabelecimento hospitalar situado noutro Estado-Membro à obtenção de uma autorização prévia da caixa de seguro de doença onde o segurado se encontra inscrito e que só é concedida se as duas condições seguintes se encontrarem satisfeitas. Por um lado, o tratamento em vista deve fazer parte das prestações assumidas pelo sistema de segurança social do primeiro Estado-Membro, o que obriga a que o referido tratamento seja considerado «habitual no âmbito profissional» em causa. Por outro lado, esse tratamento no estrangeiro deve ser necessário na perspectiva da situação médica do interessado, o que se pressupõe a impossibilidade de lhe poderem ser dispensados, em tempo oportuno, cuidados médicos adequados por um prestador de cuidados convencionado no primeiro Estado-Membro.

Quanto à competência dos Estados-Membros para organizar os seus sistemas de segurança social e quanto à obrigação de respeitar o direito comunitário aquando do exercício dessa competência

- 44 Para responder às questões assim reformuladas, importa, a título preliminar, recordar que, nos termos de uma jurisprudência constante, o direito comunitário não prejudica a competência dos Estados-Membros para organizarem os seus sistemas de segurança social (acórdãos de 7 de Fevereiro de 1984, Duphar e o., 238/82, Recueil, p. 523, n.º 16; de 17 de Junho de 1997, Sodemare e o., C-70/95, Colect., p. I-3395, n.º 27, e de 28 de Abril de 1998, Kohll, C-158/96, Colect., p. I-1931, n.º 17).
- 45 Na falta de harmonização a nível comunitário, compete assim à legislação de cada Estado-Membro determinar, por um lado, as condições do direito ou da obrigação de inscrição num regime de segurança social (acórdãos de 24 de Abril

de 1980, Coonan, 110/79, Recueil, p. 1445, n.º 12; de 4 de Outubro de 1991, Paraschi, C-349/87, Colect., p. I-4501, n.º 15, e Kohll, já referido, n.º 18) e, por outro, as condições que dão direito a prestações (acórdãos de 30 de Janeiro de 1997, Stöber e Piosa Pereira, C-4/95 e C-5/95, Colect., p. I-511, n.º 36, e Kohll, já referido, n.º 18).

- 46 Porém, no exercício dessa competência, os Estados-Membros devem respeitar o direito comunitário (acórdão Kohll, já referido, n.º 19).

Quanto à aplicação das disposições relativas à livre prestação de serviços aos cuidados hospitalares

- 47 Importa verificar se as situações em causa no processo principal integram, efectivamente, o âmbito da livre prestação de serviços na acepção dos artigos 59.º e 60.º do Tratado.
- 48 Diversos governos que apresentaram observações escritas ao Tribunal contestaram, efectivamente, que os serviços hospitalares possam, designadamente quando são dispensados gratuitamente em espécie ao abrigo do regime do seguro de doença aplicável, constituir uma actividade económica na acepção do artigo 60.º do Tratado.
- 49 Invocando, designadamente, os acórdãos de 27 de Setembro de 1988, Humbel (263/86, Colect., p. 5365, n.ºs 17 a 19), e de 4 de Outubro de 1991, Society for the Protection of Unborn Children Ireland (C-159/90, Colect., p. I-4685, n.º 18), consideram, em especial, que não existia qualquer remuneração, na acepção do artigo 60.º do Tratado, quando o paciente beneficia de cuidados ministrados numa infra-estrutura hospitalar sem ter de os pagar ou quando a totalidade ou parte do montante que suporta lhe é reembolsada.

- 50 Alguns desse governos consideraram, além disso, que dos acórdãos de 13 de Fevereiro de 1985, Gravier (293/83, Recueil, p. 593), e de 7 de Dezembro de 1993, Wirth (C-109/92, Colect., p. I-6447, n.º 17), resulta que a procura de lucro por parte do prestador constitui uma condição suplementar para que uma prestação possa constituir uma actividade económica na acepção do artigo 60.º do Tratado.
- 51 Por seu lado, o Governo alemão considera ainda que os princípios estruturais que regem a prestação de cuidados médicos fazem parte do domínio da organização dos sistemas de segurança social e não do das liberdades económicas fundamentais garantidas pelo Tratado CE, por os interessados não poderem ser eles próprios a decidir do conteúdo, do tipo e da importância de uma prestação, bem como da sua remuneração.
- 52 Nenhum destes argumentos pode ser acolhido.
- 53 Cabe recordar, a este propósito, que resulta de uma jurisprudência constante que as actividades médicas relevam do âmbito do artigo 60.º do Tratado, sem que haja que distinguir, a este propósito, consoante os cuidados sejam ministrados num quadro hospitalar ou fora desse quadro (v. acórdãos de 31 de Janeiro de 1984, Luisi e Carbone, 286/82 e 26/83, Recueil, p. 377, n.º 16; Society for the Protection of Unborn Children Ireland, já referido, n.º 18, no que respeita à publicidade a clínicas que praticam a interrupção voluntária da gravidez, e Kohll, já referido, n.ºs 29 e 51).
- 54 Também resulta de uma jurisprudência constante que a natureza especial de determinadas prestações de serviços não pode isentar essas actividades da observância do princípio fundamental da livre circulação (acórdãos de 17 de Dezembro de 1981, Webb, 279/80, Recueil, p. 3305, n.º 10, e Kohll, já referido, n.º 20), de tal modo que o facto de a legislação nacional em causa no processo principal se aplicar no domínio da segurança social não é susceptível de excluir a aplicação dos artigos 59.º e 60.º do Tratado (acórdão Kohll, já referido, n.º 21).

- 55 De modo mais especial, no que respeita ao argumento segundo o qual as prestações hospitalares efectuadas no quadro de um regime de seguro de doença que preveja uma intervenção em espécie, como o organizado pela ZFW, não podiam ser qualificadas de serviços na acepção do artigo 60.º do Tratado, cabe observar que, longe de integrar tal regime, os tratamentos médicos em causa no processo principal, dispensados em outros Estados-Membros que não o da inscrição, deram lugar a uma retribuição directa dos estabelecimentos prestadores por parte do paciente. A este propósito, forçoso é admitir que uma prestação médica efectuada num Estado-Membro e paga pelo paciente não pode deixar de integrar o âmbito da livre prestação de serviços garantida pelo Tratado em virtude de o reembolso dos cuidados de saúde em causa ser solicitado ao abrigo da legislação sobre o seguro de doença de outro Estado-Membro que prevê, fundamentalmente, uma intervenção em espécie.
- 56 Além disso, há que considerar que o facto de um tratamento médico hospitalar ser directamente financiado pelas caixas de seguro de doença com base em convénios e tarifas preestabelecidas de modo algum subtrai esse tratamento ao domínio dos serviços na acepção do artigo 60.º do Tratado.
- 57 Com efeito, por um lado, importa recordar que o artigo 60.º do Tratado não exige que o serviço seja pago pelos que dele beneficiam (acórdãos de 26 de Abril de 1988, *Bond van Adverteerders e o.*, 352/85, *Colect.*, p. 2085, n.º 16, e de 11 de Abril de 2000, *Deliège*, C-51/96 e C-191/97, *Colect.*, p. I-2549, n.º 56).
- 58 Por outro lado, o artigo 60.º do Tratado esclarece ser aplicável às prestações realizadas normalmente mediante remuneração e já anteriormente se declarou que, na acepção desta disposição, a característica essencial da remuneração reside no facto de esta constituir a contrapartida económica da prestação em causa (acórdão *Humbel*, já referido, n.º 17). No caso em apreço, os pagamentos efectuados pelas caixas de seguro de doença no quadro do sistema convencionado organizado pela ZFW, ainda que forfetários, constituem efectivamente a contrapartida económica das prestações hospitalares e possuem, indubitavelmente, carácter remuneratório relativamente ao estabelecimento hospitalar que dela beneficia e que está comprometido numa actividade de tipo económico.

- 59 Como as prestações em causa no processo principal integram, efectivamente, o âmbito da livre prestação de serviços na acepção dos artigos 59.º e 60.º do Tratado, há que examinar se a regulamentação em causa no processo principal estabelece restrições a essa liberdade e, eventualmente, se as referidas restrições se justificam objectivamente.

Quanto aos efeitos restritivos da regulamentação em causa no processo principal

- 60 Importa determinar se constitui uma restrição à livre prestação de serviços na acepção do artigo 59.º do Tratado o facto de se submeter a tomada a cargo pelo seguro de doença de prestações fornecidas num estabelecimento hospitalar situado noutro Estado-Membro à obtenção de uma autorização prévia, que só é concedida se os tratamentos em causa estiverem cobertos pelo regime de seguro de doença do Estado-Membro de inscrição, o que obriga a que correspondam ao que «é habitual no âmbito profissional» em causa, e em que a caixa de seguro de doença do segurado apurou que o seu tratamento médico exigia que fosse hospitalizado no estabelecimento em causa, o que pressupõe a inexistência de cuidados adequados que possam ser oportunamente dispensados por um prestador de cuidados médicos convencional no Estado-Membro de inscrição.
- 61 A este respeito, cabe recordar que, segundo uma jurisprudência constante, o artigo 59.º do Tratado se opõe à aplicação de qualquer legislação nacional que tenha como efeito tornar a prestação de serviços entre Estados-Membros mais difícil do que a prestação de serviços puramente interna a um Estado-Membro (acórdãos de 5 de Outubro de 1994, Comissão/França, C-381/93, Colect., p. I-5145, n.º 17, e Kohll, já referido, n.º 33).
- 62 No caso em apreço, importa sublinhar que se é certo que a ZFW não priva os segurados da possibilidade de recorrerem a um prestador de serviços estabelecido noutro Estado-Membro, não é menos certo que essa legislação faz depender de autorização prévia o reembolso das despesas assim efectuadas e que prevê, além

disso, que essa autorização deve ser recusada quando as duas exigências referidas no n.º 60 do presente acórdão não se encontrem satisfeitas.

- 63 No que respeita à primeira dessas exigências, ou seja, que o tratamento em causa constitua uma prestação coberta pela ZFW, isto é, que possa ser considerada «habitual no âmbito profissional» em causa, basta observar que essa condição é, por essência, susceptível de conduzir a recusas de autorização. Só a frequência exacta dessas recusas, mas não a sua existência, será função da interpretação dada aos termos «habitual» e «âmbito profissional».
- 64 Quanto à segunda exigência, ou seja, de que a prestação do tratamento hospitalar noutro Estado-Membro satisfaça uma necessidade médica, o que só acontece caso o tratamento adequado não possa ser oportunamente obtido nos estabelecimentos hospitalares convencionados do Estado-Membro de inscrição, é, pela sua própria natureza, susceptível de limitar muito as hipóteses de obtenção de autorização.
- 65 Todavia, o Governo neerlandês e a Comissão insistiram no facto de que era desejável que as caixas de seguro de doença celebrassem convénios com estabelecimentos hospitalares situados fora dos Países Baixos e de que, nesse caso, não seria necessária qualquer autorização prévia para efeitos da tomada a cargo, ao abrigo da ZFW, dos cuidados dispensados nesses estabelecimentos.
- 66 Cabe observar, a este propósito, que, mesmo independentemente do facto de essa possibilidade não resultar claramente dos diplomas nacionais invocados no Tribunal de Justiça, o despacho de reenvio sublinha que, na prática, tendo nomeadamente em conta as condições a que está subordinada a celebração de convénios, serão fundamentalmente convencionados estabelecimentos hospitalares situados nos Países Baixos. De resto, forçoso é reconhecer que, com excepção dos estabelecimentos hospitalares situados nas regiões fronteiriças dos Países Baixos, parece ilusório imaginar que se venha a verificar que um número importante de estabelecimentos hospitalares situados noutros Estados-Membros venha a

celebrar convénios com as caixas de seguro de doença neerlandesas, quando as suas perspectivas de acolher pacientes inscritos nessas caixas continuam aleatórias e limitadas.

- 67 É portanto certo que, na maior parte dos casos, a tomada a cargo, ao abrigo da ZFW, dos cuidados hospitalares fornecidos por estabelecimentos situados noutros Estados-Membros que não o Estado-Membro de inscrição deverá, como de resto se passa nos tratamentos em causa no processo principal, ficar sujeita a uma autorização prévia e que esta última será recusada sempre que as duas exigências recordadas no n.º 60 do presente acórdão não estiverem satisfeitas.
- 68 Comparativamente, os cuidados dispensados em estabelecimentos hospitalares convencionados situados nos Países Baixos, que constituem a maior parte dos cuidados hospitalares aplicados nesses Estados-Membros aos segurados abrangidos pela ZFW, são assumidos pelas caixas de seguro de doença sem estarem sujeitos a um regime de autorização prévia.
- 69 Das considerações que precedem resulta que uma regulamentação como a em causa no processo principal desencoraja, ou mesmo impede, os segurados de se dirigirem aos prestadores de serviços médicos estabelecidos noutros Estados-Membros que não o Estado-Membro de inscrição e constitui, tanto para os segurados como para os prestadores, um obstáculo à livre prestação de serviços (v., neste sentido, acórdãos Luisi e Carbone, já referido, n.º 16; de 28 de Janeiro de 1992, Bachmann, C-204/90, Colect., p. I-249, n.º 31, e Kohll, já referido, n.º 35).
- 70 Nestas condições, importa examinar se, no que respeita aos serviços médicos prestados num quadro hospitalar, como os em causa no processo principal, esta regulamentação pode objectivamente justificar-se.

- 71 A este propósito, há que, antes de mais, identificar os imperativos susceptíveis de ser acolhidos para justificar obstáculos à livre prestação de serviços médicos fornecidos num quadro hospitalar, em seguida, verificar se o princípio da autorização prévia pode justificar-se na perspectiva desses imperativos e, por último, examinar se as próprias condições estabelecidas para a concessão da referida autorização podem beneficiar de tal justificação.

Quanto aos imperativos susceptíveis de ser invocados para justificar obstáculos à livre prestação de serviços no domínio dos cuidados hospitalares

- 72 Importa recordar, como designadamente fizeram o conjunto dos governos que apresentaram observações ao Tribunal de Justiça, que este já anteriormente declarou não poder excluir-se que um risco grave para o equilíbrio financeiro do sistema de segurança social possa constituir uma razão imperiosa de interesse geral susceptível de justificar um entrave ao princípio da livre prestação de serviços (acórdão Kohll, já referido, n.º 41).
- 73 O Tribunal de Justiça reconheceu mesmo, relativamente ao objectivo de manutenção de um serviço médico e hospitalar equilibrado e acessível a todos, que, embora esse objectivo esteja intrinsecamente ligado ao modo de financiamento do sistema de segurança social, pode igualmente ser abrangido por derrogações fundadas em razões de saúde pública, nos termos do artigo 56.º do Tratado CE (que passou, após alteração, a artigo 46.º CE), na medida em que contribua para a realização de um nível elevado de protecção da saúde (acórdão Kohll, já referido, n.º 50).
- 74 O Tribunal de Justiça esclareceu ainda que o artigo 56.º do Tratado permite aos Estados-Membros restringir a livre prestação de serviços médicos e hospitalares, na medida em que a manutenção da capacidade de tratamento ou de uma especialidade médica no território nacional seja essencial para a saúde pública, ou mesmo para a sobrevivência da sua população (acórdão Kohll, já referido, n.º 51).

- 75 Importa, portanto, verificar se a regulamentação nacional em causa no processo principal pode efectivamente justificar-se na perspectiva das referidas razões imperiosas e ter a certeza de que, em semelhante caso, em conformidade com uma jurisprudência constante, não excede o que é objectivamente necessário para esse fim e que esse resultado não pode ser obtido por regras menos gravosas (v. acórdãos de 4 de Dezembro de 1986, Comissão/Alemanha, 205/84, Colect., p. 3755, n.^{os} 27 e 29; de 26 de Fevereiro de 1991, Comissão/Itália, C-180/89, Colect., p. I-709, n.^{os} 17 e 18, e de 20 de Maio de 1992, Ramrath, C-106/91, Colect., p. I-3351, n.^{os} 30 e 31).

Quanto à exigência de autorização prévia

- 76 Relativamente à exigência de autorização prévia a que a ZFW subordina a tomada a cargo dos cuidados dispensados noutro Estado-Membro por um prestador de cuidados médicos não convencionado, importa admitir que, como sustentado pelo conjunto dos governos que apresentaram observações ao Tribunal de Justiça, comparativamente com as prestações médicas fornecidas pelos médicos nos seus consultórios ou no domicílio do doente, as prestações médicas dispensadas num estabelecimento hospitalar inscrevem-se num quadro que apresenta especificidades incontestáveis. É assim notório que o número de infra-estruturas hospitalares, a sua repartição geográfica, a sua organização e os equipamentos de que dispõem, ou ainda a natureza dos serviços médicos que estão em condições de oferecer, devem poder ser objecto de uma planificação.
- 77 Como, designadamente, disso dá testemunho o sistema convencionado em causa no processo principal, esta planificação responde, portanto, em regra, a diversas preocupações.
- 78 Por um lado, prossegue o objectivo de garantir, no território do Estado em causa, uma acessibilidade suficiente e permanente a uma gama equilibrada de cuidados hospitalares de qualidade.

- 79 Participa, por outro lado, da vontade de garantir um domínio dos custos e de evitar, na medida do possível, qualquer desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos. Este desperdício era tanto mais prejudicial quanto é certo que o sector dos cuidados hospitalares gera custos consideráveis e deve responder a necessidades crescentes e que os recursos financeiros que podem ser consagrados aos cuidados de saúde não são, independentemente do modo de financiamento utilizado, ilimitados.
- 80 Nesta dupla perspectiva, a exigência que consiste em submeter a tomada a cargo financeira pelo sistema nacional de segurança social de cuidados hospitalares dispensados noutro Estado-Membro a uma autorização prévia revela-se ser uma medida necessária e razoável.
- 81 Para nos limitarmos ao caso do sistema instituído pela ZFW, é claro que se os segurados pudessem livremente e em quaisquer circunstâncias recorrer a estabelecimentos hospitalares com os quais as suas caixas de seguro de doença não tivessem celebrado qualquer convénio, quer se trate de estabelecimentos situados nos Países Baixos quer noutro Estado-Membro, todos os esforços de planificação operados através do sistema convencionado, com vista a contribuir para garantir uma oferta de cuidados hospitalares racionalizada, estável, equilibrada e acessível, ficariam ao mesmo tempo comprometidos.
- 82 Embora, pelas razões apontadas, o direito comunitário não se oponha, em princípio, a um sistema de autorização prévia, é no entanto necessário que as condições estabelecidas para a concessão dessa autorização se justifiquem na perspectiva dos referidos imperativos e que satisfaçam a exigência de proporcionalidade recordada no n.º 75 do presente acórdão.

Quanto à condição relacionada com o carácter habitual do tratamento pretendido

- 83 Tal como anteriormente se referiu, a regulamentação em causa no processo principal subordina a concessão da autorização à condição de o tratamento médico ou cirúrgico pretendido poder ser considerado «habitual no âmbito profissional» em causa.
- 84 Importa, a título preliminar, sublinhar que, nos termos do artigo 3.º da Verstrekkingsbesluit, esta condição é válida, de modo geral, para a tomada a cargo, ao abrigo da ZFW, de todos os cuidados médicos e cirúrgicos, pelo que se aplica, em princípio, indiferentemente consoante os tratamentos considerados devam ser dispensados num estabelecimento convencionado ou fora de tal estabelecimento, no território neerlandês ou fora desse território.
- 85 Ao abrigo deste esclarecimento, importa recordar, como já se fez nos n.ºs 44 e 45 do presente acórdão, que cabe à legislação de cada Estado-Membro organizar o sistema de segurança social nacional e, designadamente, determinar as condições que conferem direito a prestações.
- 86 Assim, o Tribunal de Justiça considerou, designadamente, não ser em princípio incompatível com o direito comunitário que um Estado-Membro proceda ao estabelecimento de listas limitativas que excluam certos medicamentos do sistema de reembolso pela segurança social, com vista a obter as limitações de custos que pretende realizar (acórdão Duphar e o., já referido, n.º 17).
- 87 O mesmo princípio deve poder aplicar-se relativamente aos tratamentos médicos e hospitalares, quando se trate de determinar aqueles que serão suportados pela segurança social do Estado-Membro em causa. Daqui decorre que o direito comunitário não pode, em princípio, obrigar um Estado-Membro a alargar a lista

das prestações médicas assumidas pelo seu sistema de protecção social e que o facto de um tratamento ser ou não coberto pelos regimes de segurança social de outros Estados-Membros é indiferente para o efeito.

- 88 Tal como se recordou no n.º 46 do presente acórdão, acontece porém que, no exercício dessa competência, o Estado-Membro é obrigado a não infringir o direito comunitário.
- 89 Resulta assim da jurisprudência do Tribunal de Justiça que a determinação da lista dos medicamentos excluídos do reembolso deve efectuar-se no respeito do artigo 30.º do Tratado CE (que passou, após alteração, a artigo 28.º CE) e que isso só acontecerá se essa lista for estabelecida segundo critérios objectivos, independentes da origem dos produtos (acórdão Duphar e o., já referido, n.º 21).
- 90 Também resulta de uma jurisprudência constante que um regime de autorização administrativa prévia não pode legitimar um comportamento discricionário da parte das autoridades nacionais, susceptível de privar as disposições comunitárias, nomeadamente as relativas a uma liberdade fundamental como a que está em causa no processo principal, do seu efeito útil (v. acórdãos de 23 de Fevereiro de 1995, Bordessa e o., C-358/93 e C-416/93, Colect., p. I-361, n.º 25; de 14 de Dezembro de 1995, Sanz de Lera e o., C-163/94, C-165/94 e C-250/94, Colect., p. I-4821, n.ºs 23 e 28, e de 20 de Fevereiro de 2001, Analir e o., C-205/99, Colect., p. I-1271, n.º 37). Assim, para que um regime de autorização administrativa prévia seja justificado mesmo que derogue uma liberdade fundamental, deve, de qualquer forma, ser fundamentado em critérios objectivos, não discriminatórios e conhecidos antecipadamente, de modo a enquadrar o exercício do poder de apreciação das autoridades nacionais a fim de este não ser utilizado de modo arbitrário (acórdão Analir e o., já referido, n.º 38). Tal regime de autorização administrativa prévia deve, de igual modo, assentar num sistema processual facilmente acessível e adequado a garantir aos interessados que o seu pedido será tratado dentro de um prazo razoável e com objectividade e imparcialidade; devendo além disso as eventuais recusas de autorização poder ser impugnadas no quadro de um recurso jurisdicional.

- 91 Ora, importa precisamente sublinhar a propósito do sistema de seguro de doença organizado pela ZFW que este de modo algum assenta numa lista de prestações preestabelecida, aprovada pelas autoridades nacionais e a respeito das quais a tomada a cargo seria garantida. Com efeito, o legislador neerlandês aprovou uma regra geral que prevê a tomada a cargo de tratamentos médicos desde que estes correspondam ao que é «habitual no âmbito profissional». Deste modo, deixou às caixas de seguro de doença, actuando eventualmente sob controlo do Ziekenfondsraad e dos tribunais, o cuidado de determinar os tratamentos que satisfazem efectivamente essa condição.
- 92 No caso em apreço, resulta tanto da discussão ocorrida no órgão jurisdicional de reenvio, de que faz eco a alínea b) da primeira questão prejudicial, como das observações apresentadas ao Tribunal de Justiça que a expressão «habitual no âmbito profissional» é susceptível de diversas interpretações, consoante, designadamente, se considere que importa ter em atenção apenas aquilo que é considerado habitual nos meios médicos neerlandeses, o que, face ao despacho de reenvio, parece ser a solução que o órgão jurisdicional nacional privilegia (v. n.º 23 do presente acórdão) ou, pelo contrário, aquilo que é considerado habitual em função do estado de desenvolvimento da ciência médica internacional e da norma médica geralmente aceite à escala internacional.
- 93 A este propósito, o Governo neerlandês expôs que, quando um tratamento determinado constitui um tratamento profissionalmente apropriado que se apoia numa base científica válida, se considera que corresponde a uma prestação na acepção da ZFW, de tal modo que a aplicação do critério do carácter habitual não deve conduzir a que só possam ser objecto de reembolso os cuidados habituais disponíveis nos Países Baixos. Segundo esse governo, o parecer dos meios profissionais neerlandeses também se baseia, com efeito, no estado da técnica e das concepções científicas à escala internacional e depende da resposta à questão de saber se, à luz do estado da ciência nacional e internacional, o tratamento é considerado habitual. Este critério aplicar-se-ia assim, indistintamente, aos tratamentos oferecidos nos Países Baixos e àqueles para que o segurado pretende deslocar-se ao estrangeiro.

- 94 Importa considerar que só a interpretação que faz assim referência ao que se encontra suficientemente testado e validado pela ciência médica internacional pode satisfazer as exigências recordadas nos n.ºs 89 e 90 do presente acórdão.
- 95 Com efeito, das referidas exigências resulta que a aplicação de um sistema como o em causa no processo principal, em que a decisão de autorização exigida para efeitos de efectuar um tratamento hospitalar noutro Estado-Membro é confiada às caixas de seguro de doença, exige que os critérios que estas últimas são obrigadas a aplicar para esse efeito apresentem um carácter objectivo e sejam independentes do local de estabelecimento dos prestadores dos cuidados médicos.
- 96 A este propósito, a tomada em consideração apenas dos tratamentos habitualmente praticados no território nacional e apenas também das concepções científicas do meio médico nacional com vista a determinar o que é ou não habitual não oferecia essas garantias e podia, pelo contrário, privilegiar efectivamente os prestadores de cuidados de saúde neerlandeses.
- 97 Em contrapartida, se a condição relativa ao carácter «habitual» de um tratamento for interpretada de tal forma que, quando um tratamento foi suficientemente testado e validado pela ciência médica internacional, a autorização solicitada ao abrigo da ZFW não pode ser recusada com esse fundamento, há que considerar que essa condição, que é objectiva e se aplica indistintamente aos tratamentos nacionais e estrangeiros, se justifica na perspectiva da necessidade de manter no território nacional uma oferta suficiente, equilibrada e permanente de cuidados hospitalares e de garantir a estabilidade financeira do sistema de seguro de doença, pelo que a eventual restrição à livre prestação de serviços de estabelecimentos hospitalares situados noutros Estados-Membros que possa resultar da aplicação dessa condição não infringe o artigo 59.º do Tratado.

- 98 Há ainda que esclarecer, a este respeito, que, quando, como no caso em apreço, um Estado-Membro escolhe como critério da tomada a cargo pelo seu regime de segurança social o carácter suficientemente testado e validado dos tratamentos médicos ou hospitalares, as autoridades nacionais, chamadas a pronunciar-se, para efeitos da autorização, sobre se um tratamento hospitalar dispensado noutro Estado-Membro satisfaz esse critério, devem tomar em consideração todos os elementos relevantes disponíveis, entre os quais, designadamente, a literatura e os estudos científicos existentes, as opiniões abalizadas de especialistas e o facto de o tratamento em causa estar ou não coberto pelo sistema de seguro de doença do Estado-Membro em que o tratamento é aplicado.

Quanto à condição associada ao carácter necessário do tratamento pretendido

- 99 Nos termos da regulamentação em causa no processo principal, a concessão da autorização que permita a tomada a cargo de uma prestação médica fornecida no estrangeiro depende de uma segunda condição, ou seja, que se demonstre que o tratamento médico do segurado assim o exige.
- 100 Como sublinhado pelo órgão jurisdicional de reenvio, da letra dos artigos 9.º, n.º 4, da ZFW e 1.º da RbhZ resulta que esta condição se aplica, em princípio, indistintamente consoante o pedido de autorização diga respeito a um tratamento a efectuar num estabelecimento sito nos Países Baixos com o qual a caixa de seguro de doença do segurado não celebrou qualquer convénio ou num estabelecimento situado noutro Estado-Membro.
- 101 Relativamente à prestação de tratamentos hospitalares fora dos Países Baixos, o órgão jurisdicional de reenvio indica, todavia, que esta condição parece muitas vezes ser interpretada, na prática, no sentido de que essa prestação só é autorizada se se revelar que, nos Países Baixos, não é possível realizar um

tratamento adequado em tempo oportuno, sem, portanto, se distinguir, a este propósito, consoante se trate de um tratamento que pode ser dispensado por um estabelecimento convencionado ou por um estabelecimento não convencionado.

- 102 Por seu lado, o Governo neerlandês alega que a legislação em causa no processo principal de modo algum impõe o indeferimento de um pedido de autorização quando os cuidados solicitados podem ser obtidos nos Países Baixos. Com efeito, da leitura conjugada dos artigos 9.º, n.º 4, da ZFW e 1.º da Rhbz resulta que a autorização apenas deve ser recusada quando os cuidados exigidos pelo estado do segurado podem ser prestados por prestadores de cuidados médicos convencionados. Sublinhando que as caixas de seguro de doença parecem, no entanto, considerar o país de estabelecimento do prestador de cuidados como um elemento relevante, o Governo neerlandês considera essa interpretação inadequada.
- 103 Tendo em conta os esclarecimentos contidos no n.º 90 do presente acórdão, importa, a este propósito, considerar que a condição relativa ao carácter necessário do tratamento prevista pela regulamentação em causa no processo principal pode justificar-se na perspectiva do artigo 59.º do Tratado, desde que seja interpretada no sentido de que a autorização de efectuar um tratamento noutra Estado-Membro só pode ser recusada por esse motivo quando um tratamento idêntico ou com o mesmo grau de eficácia para o paciente possa ser oportunamente dispensado num estabelecimento com o qual a caixa de seguro de doença do segurado celebrou uma convénio.
- 104 Cabe ainda esclarecer, neste contexto, que, com o objectivo de determinar se um tratamento que apresenta o mesmo grau de eficácia para o paciente pode ser efectuado em tempo útil num estabelecimento que celebrou um convénio com a caixa de seguro de doença em que o segurado se encontra inscrito, as autoridades nacionais são obrigadas a atender ao conjunto das circunstâncias que caracterizam cada caso concreto, tendo devidamente em conta não apenas a situação médica do paciente no momento em que a autorização é solicitada, mas igualmente os seus antecedentes.

- 105 Esta condição pode permitir a manutenção no território nacional de uma oferta suficiente, equilibrada e permanente de cuidados hospitalares de qualidade, bem como garantir a estabilidade financeira do sistema de seguro de doença.
- 106 Se muitos segurados decidissem recorrer a cuidados médicos noutros Estados-Membros quando os estabelecimentos hospitalares que celebraram convénios com as caixas de seguro de doença de que dependem oferecem tratamentos adequados, idênticos ou equivalentes, esses fluxos de pacientes poderiam pôr em causa tanto o próprio princípio do sistema convencionado como, consequentemente, todos os esforços de planificação e de racionalização efectuados nesse sector vital a fim de evitar os fenómenos de sobrecapacidade hospitalar, de desequilíbrios na oferta de cuidados médicos hospitalares e de desperdício, tanto logísticos como financeiros.
- 107 Em contrapartida, uma vez assente o facto que cuidados cobertos pelo sistema de seguro de doença nacional não poderão ser dispensados por um estabelecimento convencionado, não se pode aceitar que seja dada prioridade aos estabelecimentos hospitalares nacionais com os quais a caixa de seguro de doença do segurado não celebrou qualquer convénio, em detrimento dos estabelecimentos hospitalares situados noutros Estados-Membros. Com efeito, a partir do momento em que esses tratamentos são, por hipótese, aplicados fora do quadro de planificação posto em prática pela ZFW, essa prioridade excederia o que é necessário para efeitos de garantir a preservação dos imperativos referidos no n.º 105 do presente acórdão.
- 108 Atento o conjunto de considerações que precede, há que responder ao órgão jurisdicional nacional no sentido de que os artigos 59.º e 60.º do Tratado não se opõem à legislação de um Estado-Membro, como a em causa no processo principal, que subordina a tomada a cargo de cuidados de saúde dispensados num estabelecimento hospitalar situado noutro Estado-Membro à obtenção de uma autorização prévia da caixa de seguro de doença em que o segurado se encontra

inscrito e que sujeita a concessão dessa autorização à dupla condição de, por um lado, o tratamento poder ser considerado «habitual no âmbito profissional», critério igualmente aplicado quando se trata de determinar se cuidados hospitalares dispensados em território nacional beneficiam de uma cobertura, e de, por outro, o tratamento médico do segurado assim o exigir. Todavia, isto só se verifica desde que

- a exigência relativa ao carácter «habitual» do tratamento seja interpretada por forma a que a autorização não possa ser recusada com esse fundamento quando se revele que o tratamento em causa foi suficientemente testado e validado pela ciência médica internacional, e

- a autorização só possa ser recusada com fundamento na inexistência de necessidade médica quando o paciente possa obter tratamento idêntico ou com o mesmo grau de eficácia, em tempo oportuno, num estabelecimento que tenha celebrado um convénio com a caixa de seguro de doença em que o segurado se encontra inscrito.

Quanto às despesas

¹⁰⁹ As despesas efectuadas pelos Governos neerlandês, belga, dinamarquês, alemão, francês, irlandês, austríaco, português, finlandês, sueco, do Reino-Unido, islandês e norueguês, bem como pela Comissão, que apresentaram observações ao Tribunal, não são reembolsáveis. Revestindo o processo, quanto às partes na causa principal, a natureza de incidente suscitado perante o órgão jurisdicional nacional, compete a este decidir quanto às despesas.

Pelos fundamentos expostos,

O TRIBUNAL DE JUSTIÇA,

pronunciando-se sobre as questões que lhe foram submetidas pelo Arrondissementsrechtbank te Roermond, por despacho de 28 de Abril de 1999, declara:

Os artigos 59.º do Tratado CE (que passou, após alteração, a artigo 49.º CE) e 60.º do Tratado CE (actual artigo 50.º CE) não se opõem à legislação de um Estado-Membro, como a em causa no processo principal, que subordina a tomada a cargo de cuidados de saúde dispensados num estabelecimento hospitalar situado noutro Estado-Membro à obtenção de uma autorização prévia da caixa de seguro de doença em que o segurado se encontra inscrito e que sujeita a concessão dessa autorização à dupla condição de, por um lado, o tratamento poder ser considerado «habitual no âmbito profissional», critério igualmente aplicado quando se trata de determinar se cuidados hospitalares dispensados em território nacional beneficiam de uma cobertura, e de, por outro, o tratamento médico do segurado assim o exigir. Todavia, isto só se verifica desde que

- a exigência relativa ao carácter «habitual» do tratamento seja interpretada por forma a que a autorização não possa ser recusada com esse fundamento quando se revele que o tratamento em causa foi suficientemente testado e validado pela ciência médica internacional, e

- a autorização só possa ser recusada com fundamento na inexistência de necessidade médica quando o paciente possa obter tratamento idêntico ou com o mesmo grau de eficácia, em tempo oportuno, num estabelecimento que tenha celebrado um convénio com a caixa de seguro de doença em que o segurado se encontra inscrito.

Rodríguez Iglesias	Gulmann	La Pergola
Wathelet	Skouris	Edward
Puissochet	Jann	Sevón
Schintgen	Macken	

Proferido em audiência pública no Luxemburgo, em 12 de Julho de 2001.

O secretário

R. Grass

O presidente

G. C. Rodríguez Iglesias