

## Resumen

*El TJCE resuelve la cuestión prejudicial sobre la interpretación de los arts. 49 TCE y 22 del Reglamento 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 relación con la denegación de una autorización para recibir asistencia hospitalaria en Alemania. La Sala, entre otras cosas, declara que los artículos mencionados se oponen a una normativa de un Estado miembro que se interpreta en el sentido de que excluye, en todos los casos, la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada sin autorización previa en otro Estado miembro; por lo que atañe a la asistencia médica que no puede dispensarse en el Estado miembro en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social, el art. 22,2 del Reglamento mencionado, debe interpretarse en el sentido de que una autorización requerida en virtud del aptdo. 1 c) inciso i), del mismo artículo no puede denegarse si, cuando las prestaciones previstas por la legislación nacional son objeto de una lista que no menciona expresa y precisamente el método de tratamiento aplicado, pero que define los tipos de tratamientos cubiertos por la institución competente, se comprueba que dicho método de tratamiento corresponde a los tipos de tratamientos mencionados en la referida lista, y si un tratamiento alternativo que tenga el mismo grado de eficacia no puede dispensarse en tiempo útil en el Estado miembro en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social; por último, cuando se ha demostrado que la negativa a expedir dicha autorización no era fundada, y la asistencia hospitalaria ya se ha prestado, corriendo el beneficiario de la seguridad social con los gastos correspondientes, el órgano jurisdiccional nacional debe obligar a la institución competente al reembolso abonado.*

## NORMATIVA ESTUDIADA

Rgto. 118/1997 de 2 diciembre 1996. Modifica Rgto. 1408/71, aplicación de regímenes de seguridad social; y Rgto. 574/72  
Trat. de 25 marzo 1957. Tratado de Roma, constitutivo CEE  
art.49

## CLASIFICACIÓN POR CONCEPTOS JURÍDICOS

LIBRE CIRCULACIÓN DE PERSONAS

OTRAS CUESTIONES

PRINCIPIOS DE DERECHO COMUNITARIO

PRINCIPIO DE NO DISCRIMINACIÓN

Por razón de la nacionalidad

En relación con la libre circulación de personas

PROCEDIMIENTO ANTE EL TRIBUNAL DE JUSTICIA

CUESTIÓN PREJUDICIAL

SEGURIDAD SOCIAL

DE EMIGRANTES

PRESTACIONES

OTRAS CUESTIONES

## FICHA TÉCNICA

Procedimiento:Prejudicial

Legislación

Aplica Rgto. 118/1997 de 2 diciembre 1996. Modifica Rgto. 1408/71, aplicación de regímenes de seguridad social; y Rgto. 574/72

Aplica art.49 de Trat. de 25 marzo 1957. Tratado de Roma, constitutivo CEE

## SENTENCIA

En el asunto C-173/09,

que tiene por objeto una petición de decisión prejudicial planteada, con arreglo al artículo 234 CE, por el Administrativen sad Sofia-grad (Bulgaria), mediante resolución de 28 de abril de 2009, recibida en el Tribunal de Justicia el 14 de mayo de 2009, en el procedimiento entre

Georgi Ivanov Elchinov

y

Natsionalna zdravnoosigurnitelna kasa,

EL TRIBUNAL DE JUSTICIA (Gran Sala),

integrado por el Sr. V. Skouris, Presidente, los Sres. A. Tizzano, J.N. Cunha Rodrigues, K. Lenaerts, J.-C. Bonichot y la Sra. R. Silva de Lapuerta, Presidentes de Sala, y los Sres. A. Rosas, K. Schiemann, P. K#ris (Ponente), J.-J. Kasel, M. Safjan, D. Šváby y la Sra. M. Berger, Jueces;

Abogado General: Sr. P. Cruz Villalón;

Secretario: Sr. R. Grass;

consideradas las observaciones presentadas:

- en nombre del Sr. Elchinov, por la Sra. L. Panayotova, advokat;
- en nombre del Gobierno búlgaro, por el Sr. T. Ivanov y la Sra. E. Petranova, en calidad de agentes;
- en nombre del Gobierno checo, por el Sr. M. Smolek, en calidad de agente;
- en nombre del Gobierno griego, por los Sres. K. Georgiadis e I. Bakopoulos y por la Sra. S. Vodina, en calidad de agentes;
- en nombre del Gobierno español, por el Sr. J.M. Rodríguez Cárcamo, en calidad de agente;
- en nombre del Gobierno polaco, por el Sr. M. Dowgielewicz, en calidad de agente;
- en nombre del Gobierno finlandés, por la Sra. A. Guimaraes-Purokoski, en calidad de agente;
- en nombre del Gobierno del Reino Unido, por el Sr. S. Ossowski, en calidad de agente;
- en nombre del la Comisión de las Comunidades Europeas, por la Sra. S. Petrova, en calidad de agente;

oídas las conclusiones del Abogado General, presentadas en audiencia pública el 10 de junio de 2010;

dicta la siguiente

Sentencia

1. La petición de decisión prejudicial tiene por objeto la interpretación de los artículos 49 CE y 22 del Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, en su versión modificada y actualizada por el Reglamento (CE) nº 118/97 del Consejo, de 2 de diciembre de 1996 (DO 1997, L 28, p.1), en su versión modificada por el Reglamento (CE) nº 1992/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006 (DO L 392, p. 1; en lo sucesivo, “Reglamento nº 1408/71”).

2. Dicha petición se presentó en el marco de un litigio entre el Sr. Elchinov y la Natsionalna zdravnoosigurnitelna kasa (Caja Nacional de Enfermedad; en lo sucesivo, “NZOK”) por la negativa de esta última a expedirle una autorización para recibir asistencia hospitalaria en Alemania.

Marco jurídico

Normativa de la Unión

3. El Reglamento nº 1408/71 dispone en su artículo 22, 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”:

“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. El artículo 36, apartado 1, del Reglamento nº 1408/71 establece:

“Las prestaciones en especie servidas por la institución de un Estado miembro por cuenta de la institución de otro Estado miembro, en virtud de lo preceptuado en el presente capítulo, darán lugar al reembolso de su coste íntegro.”

5. Basándose en el artículo 2, apartado 1, del Reglamento n° 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento n° 1408/71 (DO L 74, p. 1; EE 05/01, p. 156), la comisión administrativa para la seguridad social de los trabajadores migrantes contemplada en el artículo 80 del Reglamento n° 1408/71 adoptó un modelo por lo que atañe al certificado necesario para la aplicación del artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), de este último Reglamento, a saber, el formulario “E 112”.

Normativa nacional

6. A tenor del artículo 224 de la Ley de procedimiento contencioso-administrativo búlgara:

“Las instrucciones del Tribunal Supremo Administrativo relativas a la interpretación y la aplicación del Derecho vincularán (a la instancia) en el nuevo examen del asunto”.

7. A tenor del artículo 81, apartado 1, de la Ley sobre la salud (DV n° 70, de 10 de agosto de 2004):

“Todo ciudadano búlgaro tendrá derecho a una asistencia médica accesible con sujeción a los requisitos y conforme al procedimiento de la presente Ley y de la Ley sobre el seguro de enfermedad.”

8. En virtud del artículo 33 de la Ley sobre el seguro de enfermedad (DV n° 70, de 19 de junio de 1998), todos los nacionales búlgaros que no sean simultáneamente nacionales de otro Estado estarán asegurados obligatoriamente en la NZOK.

9. El artículo 35 de la antedicha Ley establece que las personas sujetas al seguro tendrán derecho a recibir un documento necesario para el ejercicio de sus derechos derivados del seguro de enfermedad de conformidad con las disposiciones en materia de coordinación de los regímenes de seguridad social.

10. El artículo 36, apartado 1, de la misma Ley dispone:

“Toda persona sujeta al seguro obligatorio tendrá derecho a percibir en todo o en parte el importe de los gastos de asistencia médica en el extranjero únicamente si ha recibido la autorización previa de la NZOK.”

11. Los tipos de prestaciones sanitarias cubiertas por la NZOK se enumeran en el artículo 45 de la Ley sobre el seguro de enfermedad, cuyo apartado 2 establece que el paquete básico de prestaciones sanitarias se determinará mediante reglamento del Ministerio de Sanidad. Basándose en dicha disposición el Ministerio de Sanidad adoptó el Reglamento n° 40, de 24 de noviembre de 2004, relativo a la determinación del paquete básico de prestaciones sanitarias garantizadas con cargo a los presupuestos de la NZOK (DV n° 88 de 2006), cuyo artículo único dispone que el paquete básico de las referidas prestaciones sanitarias contendrá aquellas prestaciones que están establecidas, conforme a su naturaleza y alcance, en los anexos 1 a 10 del antedicho Reglamento. Su anexo 5, titulado “Lista de vías de tratamiento clínico”, contempla, en el número 136, “otras operaciones del globo ocular” y, en el número 258 el “tratamiento por irradiación de alta tecnología de enfermedades oncológicas y no oncológicas”.

Litigio principal y cuestiones prejudiciales

12. El Sr. Elchinov, nacional búlgaro acogido al seguro de enfermedad de la NZOK, sufre una grave enfermedad que le llevó a solicitar a la referida Caja, el 9 de marzo de 2007, la expedición del formulario E 112 para seguir un tratamiento de última generación en una clínica especializada en Berlín, dado que dicho tratamiento no se practica en Bulgaria.

13. Sin embargo, debido a su estado de salud, el Sr. Elchinov ingresó en la clínica alemana el 15 de marzo de 2007 y recibió allí el tratamiento antedicho antes de haber obtenido la respuesta de la NZOK.

14. Mediante resolución de 18 de abril de 2007, adoptada previo dictamen del Ministerio de Sanidad, el Director de la NZOK denegó al Sr. Elchinov la autorización solicitada, basándose, en particular, en que no se cumplían los requisitos necesarios para la concesión de dicha autorización previstos en el artículo 22 del Reglamento n° 1408/71, ya que, a su entender, el referido tratamiento no figura entre las prestaciones previstas en la legislación búlgara y que han de ser abonadas por la NZOK.

15. El Sr. Elchinov interpuso un recurso contra esa resolución ante el Administrativen sad Sofia-grad (Tribunal administrativo de Sofía). Un dictamen de un tribunal médico realizado durante el procedimiento confirmó que el tratamiento en cuestión constituía una terapia de última generación que aún no se practicaba en Bulgaria.

16. Mediante sentencia de 13 de agosto de 2007, el Administrativen sad Sofia-grad anuló la antedicha resolución, al considerar que en el asunto de que se trata se cumplían los requisitos para la concesión de una autorización previstos en el artículo 22, apartado 2, del Reglamento n° 1408/71. En particular, el referido órgano jurisdiccional señaló que el tratamiento en cuestión no existía en Bulgaria, pero que se correspondía con las prestaciones número 136 y 258 que figuran en la lista de vías de tratamiento clínico.

17. La NZOK interpuso un recurso de casación contra la antedicha sentencia ante el Varhoven administrativen sad (Tribunal Supremo de lo Contencioso-Administrativo) que, mediante sentencia de 4 de abril de 2008, la anuló y remitió el asunto a otra Sala del órgano jurisdiccional remitente. La Varhoven administrativen sad declaró que la constatación de los jueces de primera instancia según la cual la asistencia recibida por el Sr. Elchinov estaba comprendida dentro de las prestaciones número 136 y 258 de las vías de tratamiento clínico era errónea. Asimismo, señaló que, si el tratamiento concreto para el cual se solicita la expedición del formulario E 112 es financiado por la NZOK, ha de presumirse que ese tratamiento puede dispensarse en una institución sanitaria búlgara, de modo que los jueces en primera instancia debieron pronunciarse acerca de si dicho tratamiento podía recibirse en tal institución dentro de un período seguro para la salud del interesado.

18. En el marco del nuevo examen del asunto por el Administrativen sad Sofia-grad, un nuevo dictamen de un tribunal médico confirmó que en Bulgaria no se practicaba ningún tratamiento como el dispensado al Sr. Elchinov en Alemania.

19. En tales circunstancias, el Administrativen sad Sofia-grad decidió suspender el procedimiento y plantear al Tribunal de Justicia las siguientes cuestiones prejudiciales:

“1) ¿Debe interpretarse el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento (...) nº 1408/71 (...) en el sentido de que, si el tratamiento concreto para el que se solicita la expedición del formulario E 112 no puede dispensarse en una institución sanitaria búlgara, ha de presumirse que este tratamiento no es financiado con cargo a los presupuestos de la (NZOK) o del Ministerio de Sanidad y, viceversa, si este tratamiento se financia con cargo a los presupuestos de la NZOK o del Ministerio de Sanidad, ha de presumirse que puede dispensarse en una institución sanitaria búlgara?

2) ¿Debe interpretarse la expresión “esta asistencia no pueda serle dispensada (...) en el Estado miembro en que reside”, contenida en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento (...) nº 1408/71, en el sentido de que comprende los casos en los que el tratamiento que es dispensado en el territorio del Estado miembro en el que reside el asegurado es, en cuanto al tipo de tratamiento, claramente menos efectivo y más radical que el tratamiento que se dispensa en otro Estado miembro, o bien incluye únicamente los casos en los que el interesado no puede ser tratado en tiempo útil?

3) En observancia del principio de autonomía procesal, ¿debe el órgano jurisdiccional nacional tener en cuenta las observaciones vinculantes que le ha formulado un tribunal superior en el marco de la anulación de su resolución y de la remisión de los autos para un nuevo examen, cuando existen motivos para suponer que estas observaciones son contrarias al Derecho comunitario?

4) Si el tratamiento de que se trate no puede dispensarse en el territorio del Estado miembro en el que la persona afiliada al seguro de enfermedad tiene su residencia, ¿basta, para que este Estado miembro deba conceder una autorización de tratamiento en otro Estado miembro conforme al artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento (...) nº 1408/71, con que dicho tratamiento esté incluido como categoría en las prestaciones previstas en la normativa del Estado miembro mencionado en primer lugar, aun cuando esta normativa no mencione expresamente el método de tratamiento concreto?

5) ¿Se oponen los artículos 49 CE y 22 del Reglamento (...) nº 1408/71 a una disposición nacional, como la del artículo 36, apartado 1, de la Ley sobre el seguro de enfermedad, según la cual las personas acogidas al seguro de enfermedad obligatorio tienen derecho (a obtener reembolso total o parcial) del importe de los gastos de asistencia sanitaria en el extranjero únicamente si se les ha concedido previamente una autorización?

6) ¿Debe obligar el órgano jurisdiccional nacional a la institución competente del Estado, en la cual el interesado está acogido al seguro de enfermedad, a expedir el documento para un tratamiento en el extranjero (formulario E 112) cuando considera ilícita la negativa a expedir tal documento, en el caso de que la solicitud de expedición de tal documento se haya presentado antes de la realización del tratamiento en el extranjero y dicho tratamiento haya finalizado ya en la fecha de adopción de la resolución judicial?

7) En caso de respuesta afirmativa a la anterior cuestión, y si el órgano jurisdiccional considera ilícita la denegación de la autorización para un tratamiento en el extranjero, ¿cómo deberán reembolsarse los gastos del afiliado al seguro de enfermedad para su tratamiento:

a) directamente por el Estado en el que está asegurado, o bien por el Estado en el que se ha dispensado el tratamiento, tras la presentación de la autorización de asistencia en el extranjero;

b) y en qué medida, si el alcance de las prestaciones previstas en la normativa del Estado miembro de residencia es distinto del alcance de las prestaciones previstas en la normativa del Estado miembro en el que se dispense el tratamiento, habida cuenta del artículo 49 CE, que prohíbe las restricciones a la libre prestación de servicios?”

Sobre las cuestiones prejudiciales

20. Es preciso responder en primer lugar a la tercera cuestión antes de proceder al examen de las otras seis cuestiones, que tienen por objeto la interpretación de los artículos 49 CE y 22 del Reglamento nº 1408/71.

Sobre la tercera cuestión

21. De la resolución de remisión se desprende que el Administrativen sad Sofia-grad alberga dudas sobre la interpretación de los artículos 49 CE y 22 del Reglamento nº 1408/71 y, en particular, por lo que respecta a la interpretación del antedicho artículo 22 realizada por el Varhoven administrativen sad en su sentencia de 4 de abril de 2008. Al mismo tiempo que plantea al Tribunal de Justicia una petición de decisión prejudicial que tiene por objeto la interpretación de las disposiciones anteriormente mencionadas, el órgano jurisdiccional remitente se pregunta si el juez del fondo se encuentra vinculado por las valoraciones jurídicas efectuadas por el órgano jurisdiccional superior, cuando tiene razones para suponer que dichas valoraciones no son compatibles con el Derecho de la Unión.

22. En efecto, el órgano jurisdiccional remitente explica que, según el artículo 224 de la Ley de procedimiento contencioso-administrativo búlgara, las instrucciones del Varhoven administrativen sad relativas a la interpretación y a la aplicación del Derecho tienen, en el momento del ulterior examen del asunto por parte del Administrativen sad Sofia-grad, carácter vinculante para éste. Asimismo, el órgano jurisdiccional remitente señala que el Derecho de la Unión establece el principio de autonomía procesal de los Estados miembros.

23. Aunque la cuestión que el órgano jurisdiccional remitente plantea al Tribunal de Justicia no parece excluir el supuesto en el que un órgano jurisdiccional nacional tenga la intención de resolver un asunto, sin llevar a cabo una remisión prejudicial y apartándose de las valoraciones jurídicas efectuadas en el mismo asunto por el órgano jurisdiccional nacional superior, por considerarlas incompatibles con el Derecho de la Unión, debe señalarse que esto no es lo que ocurre en caso de autos, ya que el órgano jurisdiccional remitente ha planteado al Tribunal de Justicia una petición de decisión prejudicial dirigida a clarificar las dudas que alberga con respecto a la correcta interpretación del Derecho de la Unión.

24. Por tanto, mediante su tercera cuestión, el órgano jurisdiccional remitente pretende que se dilucide si el Derecho de la Unión se opone a que un órgano jurisdiccional nacional, al que corresponde resolver un asunto que le ha sido remitido por un órgano jurisdiccional superior ante el que se interpuso un recurso de casación, se encuentre vinculado, con arreglo al Derecho procesal nacional,

por valoraciones jurídicas efectuadas por el órgano jurisdiccional superior, si, habida cuenta de la interpretación que ha solicitado al Tribunal de Justicia, estima que tales valoraciones no son compatibles con el Derecho de la Unión.

25. A este respecto, procede recordar, en primer lugar, que la existencia de una norma nacional de Derecho procesal como la aplicable en el litigio principal no puede poner en entredicho la facultad que tienen los órganos jurisdiccionales nacionales que no resuelven en última instancia de plantear al Tribunal de Justicia una petición de decisión prejudicial cuando, como en el caso de autos, albergan dudas acerca de la interpretación del Derecho de la Unión.

26. En efecto, según jurisprudencia reiterada, el artículo 267 TFUE otorga a los órganos jurisdiccionales nacionales una amplísima facultad para someter la cuestión al Tribunal de Justicia si consideran que un asunto pendiente ante ellos plantea cuestiones que exigen la interpretación o la apreciación de la validez de disposiciones del Derecho de la Unión necesarias para la resolución del litigio del que conocen (véanse, en este sentido, las sentencias de 16 de enero de 1974, Rheinmühlen-Düsseldorf, 166/73, Rec. p. 33, apartado 3; de 27 de junio de 1991, Mecanarte, C-248/89, Rec. p. I-3277, apartado 44; de 10 de julio de 1997, Palmisani, C-261/95, Rec. p. I-4025, apartado 20; de 16 de diciembre de 2008, Cartesio, C-210/06, Rec. p. I-9641, apartado 88, y de 22 de junio de 2010, Melki y Abdeli, C-188/10 y C-189/10, Rec. p. I-0000, apartado 41). Además, los órganos jurisdiccionales nacionales pueden ejercer dicha facultad en cualquier fase del procedimiento que estimen apropiada (véase, en este sentido, la sentencia Melki y Abdeli, antes citada, apartados 52 y 57).

27. El Tribunal de Justicia ha deducido de ello que una norma de Derecho nacional, en virtud de la cual los órganos jurisdiccionales que no resuelven en última instancia están vinculados por las valoraciones efectuadas por el órgano jurisdiccional superior, no puede privar a aquéllos de la facultad de someter al Tribunal de Justicia cuestiones de interpretación del Derecho de la Unión al que se refieran tales valoraciones jurídicas. En efecto, el Tribunal de Justicia ha estimado que el órgano jurisdiccional nacional que no resuelve en última instancia debe tener la libertad de someterle las cuestiones que le preocupan, si considera que la valoración jurídica efectuada por el órgano de rango superior pudiera llevarle a dictar una sentencia contraria al Derecho de la Unión (véanse, en este sentido, las sentencias Rheinmühlen-Düsseldorf, antes citada, apartados 4 y 5; Cartesio, antes citada, apartado 94; de 9 de marzo de 2010, ERG y otros, C-378/08, Rec. p. I-0000, apartado 32, y Melki y Abdeli, antes citada, apartado 42).

28. Por lo demás, es preciso subrayar que la facultad reconocida al juez nacional por el artículo 267 TFUE, párrafo segundo, de solicitar una interpretación prejudicial del Tribunal de Justicia antes de dejar, llegado el caso, sin aplicar las instrucciones de un órgano jurisdiccional superior que resulten contrarias al Derecho de la Unión no puede transformarse en una obligación (véase, en este sentido, la sentencia de 19 de enero de 2010, Küçükdeveci, C-555/07, Rec. p. I-0000, apartados 54 y 55).

29. En segundo lugar, procede recordar que es jurisprudencia reiterada que una sentencia dictada con carácter prejudicial por el Tribunal de Justicia vincula al juez nacional, por cuanto atañe a la interpretación o a la validez de los actos de las instituciones de la Unión de que se trate, para la resolución del litigio principal (véanse, en particular, las sentencias de 24 de junio de 1969, Milch-, Fett- und Eierkontor, 29/68, Rec. p. 165, apartado 3; de 3 de febrero de 1977, Benedetti, 52/76, Rec. p. 163, apartado 26; auto de 5 de marzo de 1986, Wünsche, 69/85, Rec. p. 947, apartado 13, y sentencia de 14 de diciembre de 2000, Fazenda Pública, C-446/98, Rec. p. I-11435, apartado 49).

30. De las consideraciones anteriores se desprende que el juez nacional, que haya ejercido la facultad que le otorga el artículo 267 TFUE, párrafo segundo, está vinculado, a la hora de resolver el litigio principal, por la interpretación de las disposiciones de que se trate realizada por el Tribunal de Justicia y debe, en su caso, dejar de lado las valoraciones del órgano jurisdiccional superior si, habida cuenta de la antedicha interpretación, estima que las referidas valoraciones no son compatibles con el Derecho de la Unión.

31. Asimismo, es preciso subrayar que, en virtud de una jurisprudencia bien consolidada, el órgano jurisdiccional nacional encargado de aplicar, en el marco de su competencia, las disposiciones del Derecho de la Unión, está obligado a garantizar la plena eficacia de estas disposiciones dejando inaplicada en caso de necesidad, por su propia iniciativa, cualquier disposición nacional contraria, a saber, en el caso de autos, la norma procesal nacional enunciada en el apartado 22 de la presente sentencia, sin solicitar o esperar la derogación previa de dicha disposición nacional por el legislador o mediante cualquier otro procedimiento constitucional (véanse, en este sentido, las sentencias de 9 de marzo de 1978, Simmenthal, 106/77, Rec. p. 629, apartado 24, y de 19 de noviembre de 2009, Filipiak, C-314/08, Rec. p. I-0000, apartado 81).

32. Habida cuenta de todo lo anterior, procede responder a la tercera cuestión que el Derecho de la Unión se opone a que un órgano jurisdiccional nacional, al que corresponde resolver un asunto que le ha sido remitido por un órgano jurisdiccional superior ante el que se interpuso un recurso de casación, se encuentre vinculado, con arreglo al Derecho procesal nacional, por valoraciones jurídicas efectuadas por el órgano jurisdiccional superior, si, habida cuenta de la interpretación que ha solicitado al Tribunal de Justicia, estima que dichas valoraciones no son compatibles con el Derecho de la Unión.

Sobre las cuestiones relativas a la interpretación de los artículos 49 CE y 22 del Reglamento n° 1408/71

33. Para empezar, es preciso examinar la quinta cuestión, relativa al alcance de la facultad de los Estados miembros de supeditar a autorización previa la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada en otro Estado miembro, a continuación las cuestiones primera, segunda y cuarta, relativas a los requisitos establecidos en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71, y, finalmente, conjuntamente, las cuestiones sexta y séptima, relativas a las modalidades de reembolso al beneficiario de la seguridad social de los gastos en que haya incurrido a raíz de la referida asistencia hospitalaria.

Sobre la quinta cuestión, relativa al alcance de la facultad de los Estados miembros de supeditar a autorización previa la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada en otro Estado miembro.

34. Mediante su quinta cuestión, el órgano jurisdiccional remitente pregunta, en esencia, si los artículos 49 CE y 22 del Reglamento nº 1408/71 se oponen a una normativa de un Estado miembro que excluye, en todos los casos, la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada en otro Estado miembro sin autorización previa.

35. El órgano jurisdiccional remitente, tras recordar que el Sr. Elchinov se sometió a tratamiento en Alemania antes de haber recibido la respuesta de la NZOK a su solicitud de autorización, se pregunta si un beneficiario de la seguridad social puede solicitar la cobertura del tratamiento hospitalario dispensado en otro Estado miembro distinto de aquel en el que reside sin haber obtenido previamente la autorización de la institución competente, cuando su estado de salud lo exigía, o si el hecho de recibir dicho tratamiento, sin haber obtenido la autorización previa, da lugar a la extinción del derecho del beneficiario de la seguridad social a solicitar su cobertura. Tras señalar que el artículo 36 de la Ley sobre el seguro de enfermedad permite la cobertura de un tratamiento dispensado en otro Estado miembro únicamente si el beneficiario ha obtenido autorización previa a tal efecto, el órgano jurisdiccional remitente se pregunta acerca de la compatibilidad de una disposición de estas características con los artículos 49 CE y 22 del Reglamento nº 1408/71.

36. Sobre este extremo, procede recordar en primer lugar 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, incluida la asistencia dispensada en un marco hospitalario (véanse, en este sentido, las sentencias de 16 de mayo de 2006, Watts, C-372/04, Rec. p. I-4325, apartado 86 y jurisprudencia citada, y de 15 de junio de 2010, Comisión/España, C-211/08, Rec. p. I-0000, apartado 47 y jurisprudencia citada).

37. 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 (véanse las sentencias antes mencionadas Watts, apartado 87 y jurisprudencia citada, y Comisión/España, apartados 48 a 50 y jurisprudencia citada).

38. La aplicabilidad del artículo 22 del Reglamento nº 1408/71 a la situación de que se trata no excluye que ésta se encuentre comprendida en el ámbito de aplicación de las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios y, en este caso, del artículo 49 CE. En efecto, por una parte, el hecho de que una normativa nacional pueda ser conforme con una disposición de Derecho derivado, en el presente caso el artículo 22 del Reglamento nº 1408/71, no hace que dicha normativa escape a las disposiciones del Tratado CE (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas Watts, apartados 46 y 47, y Comisión/España, apartado 45).

39. Por otra parte, el artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento nº 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 (véanse, en este sentido, las sentencias de 28 de abril de 1998, Decker, C-120/95, Rec. p. I-1831, apartados 28 y 29, y Kohll, C-158/96, Rec. p. I-1931, apartados 26 y 27; de 12 de julio de 2001, Vanbraekel y otros, C-368/98, Rec. p. I-5363, apartados 32 y 36; de 23 de octubre de 2003, Inizan, C-56/01, Rec. p. I-12403, apartados 19 y 20, y Watts, antes citada, apartado 48). El apartado 2, segunda frase, del mismo artículo, por su parte, tiene por único objeto identificar las circunstancias en las que queda excluida la posibilidad de que la institución competente deniegue la autorización solicitada con arreglo al apartado 1, letra c) (véase, en este sentido, la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, apartado 31).

40. En segundo lugar, debe también recordarse que, tal como han alegado los Gobiernos que han presentado observaciones en el presente asunto, el Derecho de la Unión no restringe la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de seguridad social y que, a falta de armonización a escala de la Unión Europea, corresponde a la legislación de cada Estado miembro determinar los requisitos que confieren derecho a las prestaciones en materia de seguridad social. Sin embargo, no es menos cierto que, en el ejercicio de dicha competencia, los Estados miembros deben respetar el Derecho de la Unión, incluidas las disposiciones relativas a la libre prestación de servicios, que les prohíben introducir o mantener restricciones injustificadas al ejercicio de dicha libertad en el ámbito de la asistencia sanitaria (véanse, en particular, en este sentido, las sentencias Watts, antes mencionada, apartado 92 y jurisprudencia citada; de 19 de abril de 2007, Stamatelaki, C-444/05, Rec. p. I-3185, apartado 23, y Comisión/España, antes citada, apartado 53).

41. Aunque una autorización previa, como la exigida en el artículo 36 de la Ley sobre el seguro de enfermedad, constituye, tanto para los pacientes como para los prestadores de servicios, un obstáculo a la libre prestación de servicios (véanse, en este sentido, las sentencias Kohll, antes citada, apartado 35; de 12 de julio de 2001, Smits et Peerbooms, C-157/99, Rec. p. I-5473, apartado 69; de 13 de mayo de 2003, Müller-Fauré y van Riet, C-385/99, Rec. p. I-4509, apartado 44, y Watts, antes citada, apartado 98), el Tribunal de Justicia ha declarado que el artículo 49 CE, en principio, no prohíbe que el derecho de un paciente a recibir asistencia hospitalaria en otro Estado miembro a cargo del sistema al que está afiliado esté sometido a autorización previa (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas Smits y Peerbooms, apartado 82, y Watts, apartado 113).

42. En efecto, el Tribunal de Justicia ha considerado 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 a la libre prestación de servicios. 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 dicho objetivo contribuye a la consecución de un elevado grado de protección de la salud. El Tribunal de Justicia ha precisado también que dicho 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 la población (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas Kohll, apartados 41, 50 y 51; Smits y Peerbooms, apartados 72 a 74; Müller-Fauré y van Riet, apartados 67 y 73, y Watts, apartados 103 a 105).

43. El Tribunal de Justicia también ha considerado 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. 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. Tal 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 (sentencias antes citadas Smits y Peerbooms, apartados 76 a 79, y Watts, apartados 108 y 109).

44. En tercer lugar, debe también recordarse que, si bien el Derecho de la Unión, no se opone en principio a un sistema de autorización previa, es necesario, sin embargo, que los requisitos para la concesión de dicha autorización se justifiquen a la luz de las razones imperiosas antes referidas, que no vayan más allá de lo objetivamente necesario para conseguir su propósito y que no pueda conseguirse el mismo resultado mediante normas menos rigurosas. Asimismo, tal sistema debe basarse 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 (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas Smits y Peerbooms, apartados 82 y 90; Müller-Fauré y van Riet, apartados 83 a 85, y Watts, apartados 114 a 116).

45. En el caso de autos, debe señalarse que una normativa nacional que excluye en todos los casos la cobertura de la asistencia dispensada sin autorización previa priva al beneficiario de la seguridad social que, por razones ligadas a su estado de salud o a la necesidad de recibir una asistencia urgente en un establecimiento hospitalario, no haya podido solicitar tal autorización o, como en el caso del Sr. Elchinov, no haya podido esperar a la respuesta de la institución competente, de la cobertura, por parte de dicha institución, de tal asistencia, aun cuando se reúnan los requisitos necesarios para tal cobertura.

46. Pues bien, la cobertura de tal asistencia, en situaciones específicas como las descritas en el apartado precedente, no pone en peligro la consecución de los objetivos de planificación hospitalaria mencionados en el apartado 43 de la presente sentencia, ni constituye un perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social. Dicha cobertura no afecta al mantenimiento de un servicio hospitalario equilibrado y accesible a todos, ni tampoco al mantenimiento de una capacidad de asistencia o de una competencia médica en el territorio nacional.

47. Por consiguiente, una normativa de esas características no está justificada por las razones imperiosas antes referidas y, en cualquier caso, no respeta la exigencia de proporcionalidad recordada en el apartado 44 de la presente sentencia. Por tanto, dicha normativa restringe injustificadamente la libre prestación de servicios.

48. Asimismo, por lo que respecta a la aplicación del artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento nº 1408/71, el Tribunal de Justicia declaró, en el apartado 34 de la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, que, cuando la institución competente deniegue una solicitud de autorización presentada por un beneficiario de la seguridad social con arreglo a dicha disposición y tal denegación se declare posteriormente infundada por la propia institución competente o mediante decisión judicial, dicho beneficiario puede obtener directamente de la institución competente el reembolso de un importe equivalente a aquel que se habría asumido normalmente si la autorización se hubiese concedido debidamente desde el principio.

49. De lo anterior se desprende que la normativa de un Estado miembro no puede excluir en todos los casos la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada sin autorización previa en otro Estado miembro.

50. Por lo que respecta a la normativa de que se trata en el litigio principal, tal como ha señalado, en esencia, el Abogado General en los puntos 49 y 50 de sus conclusiones, el artículo 36 de la Ley sobre el seguro de enfermedad es ambiguo. Corresponde, en cualquier caso, al órgano jurisdiccional remitente apreciar, a la luz de las indicaciones contenidas en la presente sentencia, la compatibilidad del antedicho artículo con los artículos 49 CE y 22 del Reglamento nº 1408/71 tal como han sido interpretados por el Tribunal de Justicia y, en la medida en que el referido artículo 36 puede ser objeto de varias interpretaciones, interpretarlo de conformidad con el Derecho de la Unión (véase, en este sentido, la sentencia Melki y Abdeli, antes mencionada, apartado 50 y jurisprudencia citada).

51. A la vista de las consideraciones anteriores, procede responder a la quinta cuestión que los artículos 49 CE y 22 del Reglamento nº 1408/71 se oponen a una normativa de un Estado miembro que se interpreta en el sentido de que excluye, en todos los casos, la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada sin autorización previa en otro Estado miembro.

Sobre las cuestiones primera, segunda y cuarta, relativas a los requisitos establecidos en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71

52. Mediante sus cuestiones primera, segunda y cuarta, el órgano jurisdiccional remitente pregunta, en esencia, si, por lo que respecta a la asistencia médica que no puede dispensarse en el Estado miembro en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social, el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71 debe interpretarse en el sentido de que una autorización requerida en virtud del apartado 1, letra c), inciso i), del mismo artículo no puede denegarse cuando, por una parte, la legislación del antedicho Estado miembro prevé el tipo de tratamiento del que se trata, pero no indica expresa y precisamente el método de tratamiento aplicado, y, por otra parte, no puede ofrecerse en tiempo útil en ese mismo Estado miembro un tratamiento alternativo que tenga el mismo grado de eficacia. El órgano jurisdiccional remitente pretende asimismo que se dilucide si ese mismo artículo debe interpretarse en el sentido de que se opone a que los órganos nacionales que han de pronunciarse acerca de una solicitud de autorización previa presuman, a la hora de aplicar dicha disposición, que la asistencia hospitalaria que no pueda dispensarse en el antedicho Estado miembro no figura entre las prestaciones cuya cobertura está prevista por la legislación del referido Estado e, inversamente, que la asistencia hospitalaria que figura entre esas prestaciones puede obtenerse en el dicho Estado miembro.

53. El artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71 establece dos requisitos que, en caso de cumplirse ambos, obligan a la institución competente a conceder la autorización previa solicitada con arreglo al apartado 1, letra c), inciso i), del mismo artículo (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas Inizan, apartado 41, y Watts, apartado 55).

54. El primer requisito exige que la asistencia de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social, mientras que el segundo requisito exige que la asistencia que este último pretende recibir en un Estado miembro distinto de aquél en el que reside no pueda 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 (sentencias antes citadas Inizan, apartados 42 y 44, y Watts, apartados 56 y 57).

55. Dado que la cuarta cuestión que se plantea al Tribunal de Justicia se refiere al primero de los antedichos requisitos, procede examinar, en primer lugar esa cuestión. A continuación, se analizará la segunda cuestión, que atañe al segundo de dichos requisitos, y, finalmente, se examinará la primera cuestión, relativa a la presunción a la que se alude en la resolución de remisión, ya que la respuesta a esta cuestión depende de las que se den a las otras dos.

– Sobre la cuarta cuestión, relativa al primer requisito establecido en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71

56. Para determinar si se cumple el primer requisito establecido en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71, es preciso comprobar si la “asistencia de que se trate”, a saber, tal como se desprende de los autos remitidos al Tribunal de Justicia, el tratamiento del ojo prescrito por un médico y consistente en la fijación de placas radioactivas o una terapia de protones, figura entre las “prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en cuyo territorio reside el interesado”, es decir, entre las prestaciones para las cuales el régimen de seguridad social búlgaro tiene prevista cobertura.

57. A este respecto, debe subrayarse que, tal como se ha recordado en el apartado 40 de la presente sentencia, el Derecho de la Unión no restringe la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de seguridad social y que, a falta de armonización a escala de la Unión, corresponde a la legislación de cada Estado miembro determinar los requisitos que confieren derecho a las prestaciones en materia de seguridad social.

58. Así, ya se ha declarado que, en principio, no es incompatible con el Derecho de la Unión que un Estado miembro adopte listas limitativas de las prestaciones médicas cubiertas por su sistema de seguridad social y que dicho Derecho no puede en principio obligar a un Estado miembro a ampliar tales listas de prestaciones (véase, en este sentido, la sentencia Smits y Peerbooms, antes citada, apartado 87).

59. De lo anterior se desprende que, tal como han alegado los Gobiernos que han presentado observaciones en el presente asunto, corresponde a cada Estado miembro prever las prestaciones médicas que están cubiertas por su propio sistema de seguridad social. A este efecto, el Estado miembro de que se trate tiene la facultad de establecer una lista en la que se enumeren de forma precisa los tratamientos o los métodos de tratamiento o en la que se recojan de modo más general categorías o tipos de tratamientos o métodos de tratamiento.

60. En este contexto, corresponde únicamente a los órganos nacionales que han de pronunciarse acerca de una solicitud de autorización para recibir asistencia médica dispensada en otro Estado miembro distinto de aquél en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social determinar si dicha asistencia está comprendida dentro de las previsiones de tal lista. En el caso de autos, compete al órgano jurisdiccional remitente determinar si la asistencia recibida por el Sr. Elchinov en Alemania figura entre las vías de tratamiento clínico mencionadas en el anexo 5 del Reglamento nº 40.

61. Sin embargo, no es menos cierto que, al estar obligados los Estados miembros a no infringir el Derecho de la Unión en el ejercicio de su competencia, debe velarse por que el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71 se aplique de conformidad con dicho Derecho, respetando las exigencias recordadas en el apartado 44 de la presente sentencia.

62. De lo anterior se desprende que, cuando la lista de prestaciones médicas cubiertas no menciona expresamente y de modo preciso el método de tratamiento aplicado, pero define los tipos de tratamiento, por una parte, corresponde a la institución competente del Estado miembro de residencia del beneficiario de la seguridad social examinar, en aplicación de los principios de interpretación usuales y basándose en criterios objetivos y no discriminatorios y tomando en consideración todos los elementos médicos pertinentes y los datos científicos disponibles, si dicho método de tratamiento corresponde a las prestaciones previstas por la legislación del referido Estado miembro. Por otra parte, de ello resulta que si tal es el caso, una solicitud de autorización previa no puede denegarse aduciendo como motivo que tal método de tratamiento no se practica en el Estado miembro de residencia del beneficiario de la seguridad social, ya que, si se admitiese tal motivo, ello implicaría una restricción del alcance del artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71.

– Sobre la segunda cuestión, relativa al segundo requisito establecido en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71

63. Para determinar si se cumple el segundo requisito establecido en el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71, es preciso comprobar si la asistencia de que se trate, habida cuenta del estado de salud actual del beneficiario de la seguridad social y de la evolución de su enfermedad, puede serle dispensada en el plazo normalmente necesario para obtenerla en el Estado miembro en que reside.

64. En el caso de autos, el órgano jurisdiccional remitente indica que el tratamiento en cuestión no puede dispensarse en el Estado miembro de residencia del interesado donde se habría procedido a una intervención quirúrgica que, según el órgano jurisdiccional remitente, no puede considerarse un tratamiento idéntico o del mismo grado de eficacia. Pues bien, si bien el hecho de que el tratamiento previsto en otro Estado miembro no se practique en el Estado miembro de residencia del interesado no implica, per se, que se cumpla el



segundo requisito establecido en el artículo 22, apartado 2, del Reglamento nº 1408/71, cabe indicar, por el contrario, que éste es el caso cuando no puede dispensarse en tiempo útil en el Estado miembro del interesado un tratamiento que tenga el mismo grado de eficacia.

65. En efecto, el Tribunal de Justicia ya ha declarado que el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71 debe interpretarse en el sentido de que la autorización a la que se refiere dicha disposición no puede denegarse cuando se cumpla el primer requisito establecido en ella y no sea posible obtener en tiempo útil un tratamiento idéntico o que presente el mismo grado de eficacia en el Estado miembro en que reside el interesado (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas Inizan, apartados 45, 59 y 60, y Watts, apartados 59 a 61).

66. A este respecto, el Tribunal de Justicia ha precisado que, para poder apreciar si un tratamiento que presenta el mismo grado de eficacia para el paciente puede obtenerse en tiempo útil en el Estado miembro de residencia, la institución competente está obligada a tomar en consideración todas las circunstancias de 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, que puede, por ejemplo, hacer imposible o excesivamente difícil el ejercicio de una actividad profesional, sino, además, sus antecedentes (sentencias antes citadas Inizan, apartado 46, y Watts, apartado 62).

67. De este modo, si la asistencia de que se trate no puede dispensarse en el Estado miembro en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social y las prestaciones previstas por la legislación de dicho Estado miembro no son objeto de una enumeración precisa de tratamientos o de métodos de tratamiento, sino de una definición más general de categorías o de tipos de tratamientos o de métodos de tratamiento, el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71 implica que, si se demuestra que el tratamiento previsto en otro Estado miembro está comprendido en una de esas categorías o corresponde a uno de esos tipos, la institución competente está obligada a conceder al beneficiario de la seguridad social la autorización necesaria para obtener la cobertura de dicho tratamiento cuando el tratamiento alternativo que puede dispensarse en tiempo útil en el Estado miembro en que reside no presenta, como en la situación descrita por el órgano jurisdiccional remitente, el mismo grado de eficacia.

– Sobre la primera cuestión, relativa a la presunción a la que se alude en la resolución de remisión

68. En apoyo de dicha cuestión, el órgano jurisdiccional remitente explica que, según las indicaciones dadas en el litigio principal por el Varhoven administrativen sad, si la asistencia hospitalaria de que se trata no puede dispensarse en Bulgaria, debe presumirse que dicha asistencia no está comprendida en las vías de tratamiento clínico cubiertas por la NZOK e, inversamente, si dicha asistencia está cubierta por esta última, hay que presumir que puede ser dispensada en Bulgaria. Dicho órgano jurisdiccional se pregunta acerca de la compatibilidad de la referida presunción con el artículo 22 del Reglamento nº 1408/71, ya que esa presunción da lugar, según él, a que los dos requisitos establecidos en el apartado 2, párrafo segundo, del mismo artículo sólo pueden cumplirse en el supuesto de que la asistencia que presente el mismo grado de eficacia se practique en el Estado miembro de residencia, pero no pueda llevarse a cabo en tiempo útil.

69. A este respecto, debe señalarse que de la interpretación del artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71 realizada en el marco de las cuestiones cuarta y segunda se desprende que una decisión relativa a una solicitud de autorización requerida en virtud del apartado 1, letra c), inciso i), del mismo artículo no puede basarse en tal presunción.

70. En efecto, en primer lugar, de lo dicho en el apartado 62 de la presente sentencia se deriva, por una parte, que debe examinarse, en cada caso, en aplicación de los principios de interpretación usuales y basándose en criterios objetivos y no discriminatorios y tomando en consideración todos los elementos médicos pertinentes y los datos científicos disponibles, si el método de tratamiento de que se trate corresponde a las prestaciones previstas por la legislación nacional y, por otra parte, que una solicitud de autorización previa no puede denegarse aduciendo que tal método de tratamiento no se practica en el Estado miembro de residencia del beneficiario de la seguridad social.

71. En segundo lugar, de lo dicho en los apartados 64 a 67 de la presente sentencia se desprende que una solicitud de autorización no puede denegarse cuando una asistencia idéntica a la prevista o que presente el mismo grado de eficacia no pueda dispensarse en el Estado miembro de residencia en tiempo útil, circunstancia que debe también verificarse en cada caso.

72. La utilización de la presunción a la que se alude en la primera cuestión planteada por el órgano jurisdiccional remitente, además de dar lugar a una restricción del alcance del artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71, supondría crear un obstáculo a la libre prestación de servicios en el sector de la salud, no justificado por las razones imperiosas a las que se ha hecho referencia en los apartados 42 y 43 de la presente sentencia.

73. A la luz de estas consideraciones, procede responder a las cuestiones primera, segunda y cuarta que, por lo que atañe a la asistencia médica que no puede dispensarse en el Estado miembro en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social, el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento nº 1408/71 debe interpretarse en el sentido de que una autorización requerida en virtud del apartado 1, letra c), inciso i), del mismo artículo no puede denegarse:

– si, cuando las prestaciones previstas por la legislación nacional son objeto de una lista que no menciona expresa y precisamente el método de tratamiento aplicado, pero que define los tipos de tratamientos cubiertos por la institución competente, se comprueba, en aplicación de los principios de interpretación usuales, tras un examen basado en criterios objetivos y no discriminatorios, y tomando en consideración todos los elementos médicos pertinentes y los datos científicos disponibles, que dicho método de tratamiento corresponde a los tipos de tratamientos mencionados en la referida lista, y

– si un tratamiento alternativo que tenga el mismo grado de eficacia no puede dispensarse en tiempo útil en el Estado miembro en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social.

El mismo artículo se opone a que los órganos nacionales que han de pronunciarse acerca de una solicitud de autorización previa presuman, a la hora de aplicar dicha disposición, que la asistencia hospitalaria que no puede dispensarse en el Estado miembro en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social no figura entre las prestaciones cuya cobertura está prevista por la legislación del referido Estado e, inversamente, que la asistencia hospitalaria que figura entre esas prestaciones puede obtenerse en el antedicho Estado miembro.

Sobre las cuestiones sexta y séptima, relativas a las modalidades de reembolso al beneficiario de la seguridad social de los gastos en que haya incurrido a raíz de la asistencia hospitalaria dispensada en otro Estado miembro

74. Mediante sus cuestiones sexta y séptima, el órgano jurisdiccional remitente pregunta si el juez nacional debe obligar a la institución competente a expedir al beneficiario de la seguridad social el formulario E 112 cuando considera que, aunque la asistencia hospitalaria ya haya terminado en el momento en que conoce del asunto, la negativa a expedir ese documento es ilícita. Asimismo, el órgano jurisdiccional remitente pregunta si, en ese caso, la asistencia hospitalaria debe ser reembolsada al beneficiario de la seguridad social por la institución competente o por la del lugar en que se haya dispensado la asistencia y cuál es el importe que debe reembolsarse si el importe de las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro de residencia del beneficiario de la seguridad social es distinto del importe de las prestaciones previstas por el Estado miembro en cuyo territorio se ha dispensado la asistencia.

75. A este respecto, procede señalar que la obtención de una autorización previa como la que se expide por medio del formulario E 112 no parece tener utilidad alguna cuando la asistencia hospitalaria ya ha sido dispensada al beneficiario de la seguridad social, salvo que dicha asistencia todavía no le haya sido facturada al interesado o aún no haya sido pagada. Fuera de este supuesto, tal como se ha dicho en el apartado 48 de la presente sentencia, el beneficiario de la seguridad social tiene derecho, en ese caso, a obtener directamente de la institución competente el reembolso de un importe equivalente a aquel que habría asumido normalmente esta última si la autorización se hubiese concedido debidamente antes del inicio de la asistencia.

76. En cualquier caso, corresponde al juez nacional obligar a la institución competente, con arreglo a las normas procesales nacionales, a hacerse cargo del importe mencionado en el apartado precedente.

77. Dicho importe será igual al que se determine con arreglo a las disposiciones de la legislación a la que esté sujeta la institución del Estado miembro en cuyo territorio se haya dispensado la asistencia hospitalaria (véase, en este sentido, la sentencia Vanbraekel y otros, antes citada, apartado 32).

78. Si el importe del reembolso de los gastos realizados por servicios hospitalarios prestados en un Estado miembro distinto del de residencia, conforme a las normas vigentes en dicho Estado, es inferior al que habría resultado de aplicar la normativa en vigor en el Estado miembro de residencia en caso de hospitalización en este último, la institución competente, en virtud del artículo 49 CE tal como ha sido interpretado por el Tribunal de Justicia, debe abonar además un reembolso complementario correspondiente a la diferencia entre esos dos importes (véanse, en este sentido, las sentencias antes citadas Vanbraekel y otros, apartados 38 a 52, y Comisión/España, apartados 56 y 57).

79. El Tribunal de Justicia ha precisado 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 un 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 nº 1408/71, con arreglo a las disposiciones de la legislación de dicho Estado miembro (sentencia Watts, antes citada, apartado 143).

80. Es preciso añadir que, tal como ha señalado el Abogado General en el punto 85 de sus conclusiones, los beneficiarios de la seguridad social que reciben asistencia hospitalaria en un Estado miembro distinto del de residencia sin solicitar autorización con arreglo al artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento nº 1408/71 sólo pueden aspirar, basándose en el artículo 49 CE, a la cobertura de dicha asistencia dentro del límite de la cobertura garantizada por el régimen del seguro de enfermedad al que están afiliados (véase, en este sentido, la sentencia Müller-Fauré y van Riet, apartados 98 y 106). Lo mismo ocurre cuando la negativa a expedir una autorización previa requerida en virtud del antedicho artículo 22 es fundada.

81. A la luz de estas consideraciones, procede responder a las cuestiones sexta y séptima del siguiente modo:

– Cuando se ha demostrado que la negativa a expedir una autorización requerida en virtud del artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento nº 1408/71 no era fundada, y la asistencia hospitalaria ya se ha prestado, corriendo el beneficiario de la seguridad social con los gastos correspondientes, el órgano jurisdiccional nacional debe obligar a la institución competente, con arreglo a las normas procesales nacionales, a reembolsar a dicho beneficiario de la seguridad social el importe que normalmente habría abonado ésta si la autorización se hubiese concedido debidamente.

– Dicho importe será igual al que se determine con arreglo a las disposiciones de la legislación a la que esté sujeta la institución del Estado miembro en cuyo territorio se haya dispensado la asistencia hospitalaria. Si ese importe es inferior al que habría resultado de aplicar la normativa en vigor en el Estado miembro de residencia en caso de hospitalización en este último, la institución competente debe abonar además al beneficiario de la seguridad social un reembolso complementario correspondiente a la diferencia entre esos dos importes, dentro del límite de los gastos realmente efectuados.

Costas

82. 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 Derecho de la Unión se opone a que un órgano jurisdiccional nacional, al que corresponde resolver un asunto que le ha sido remitido por un órgano jurisdiccional superior ante el que se interpuso un recurso de casación, se encuentre vinculado, con arreglo al Derecho procesal nacional, por valoraciones jurídicas efectuadas por el órgano jurisdiccional superior, si, habida cuenta de la interpretación que ha solicitado al Tribunal de Justicia, estima que dichas valoraciones no son compatibles con el Derecho de la Unión.

2) Los artículos 49 CE y 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 (CE) n° 118/97 del Consejo, de 2 de diciembre de 1996, en su versión modificada por el Reglamento (CE) n° 1992/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, se oponen a una normativa de un Estado miembro que se interpreta en el sentido de que excluye, en todos los casos, la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada sin autorización previa en otro Estado miembro.

3) Por lo que atañe a la asistencia médica que no puede dispensarse en el Estado miembro en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social, el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n° 1408/71, en su versión modificada y actualizada por el Reglamento n° 118/97, en su versión modificada por el Reglamento n° 1992/2006, debe interpretarse en el sentido de que una autorización requerida en virtud del apartado 1, letra c), inciso i), del mismo artículo no puede denegarse:

– si, cuando las prestaciones previstas por la legislación nacional son objeto de una lista que no menciona expresa y precisamente el método de tratamiento aplicado, pero que define los tipos de tratamientos cubiertos por la institución competente, se comprueba, en aplicación de los principios de interpretación usuales, tras un examen basado en criterios objetivos y no discriminatorios, y tomando en consideración todos los elementos médicos pertinentes y los datos científicos disponibles, que dicho método de tratamiento corresponde a los tipos de tratamientos mencionados en la referida lista, y

– si un tratamiento alternativo que tenga el mismo grado de eficacia no puede dispensarse en tiempo útil en el Estado miembro en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social.

El mismo artículo se opone a que los órganos nacionales que han de pronunciar dicha disposición, que la asistencia hospitalaria que no puede dispensarse en el Estado miembro en cuyo territorio reside el beneficiario de la seguridad social no figura entre las prestaciones cuya cobertura está prevista por la legislación del referido Estado e, inversamente, que la asistencia hospitalaria que figura entre esas prestaciones puede obtenerse en el antedicho Estado miembro.

4) Cuando se ha demostrado que la negativa a expedir una autorización requerida 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, en su versión modificada por el Reglamento n° 1992/2006, no era fundada, y la asistencia hospitalaria ya se ha prestado, corriendo el beneficiario de la seguridad social con los gastos correspondientes, el órgano jurisdiccional nacional debe obligar a la institución competente, con arreglo a las normas procesales nacionales, a reembolsar a dicho beneficiario de la seguridad social el importe que normalmente habría abonado ésta si la autorización se hubiese concedido debidamente.

Dicho importe será igual al que se determine con arreglo a las disposiciones de la legislación a la que esté sujeta la institución del Estado miembro en cuyo territorio se haya dispensado la asistencia hospitalaria. Si ese importe es inferior al que habría resultado de aplicar la normativa en vigor en el Estado miembro de residencia en caso de hospitalización en este último, la institución competente debe abonar además al beneficiario de la seguridad social un reembolso complementario correspondiente a la diferencia entre esos dos importes, dentro del límite de los gastos realmente efectuados.

Firmas

Lengua de procedimiento: búlgaro.