

Edición provisional

SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA (Sala Cuarta)

de 23 de septiembre de 2020 (*)

«Procedimiento prejudicial — Seguridad social — Seguro de enfermedad — Reglamento (CE) n.º 883/2004 — Artículo 20 — Tratamiento programado — Autorización previa — Concesión obligatoria — Requisitos — Imposibilidad por parte del asegurado de solicitar una autorización previa — Reglamento (CE) n.º 987/2009 — Artículo 26 — Cobertura de los gastos por el tratamiento programado contratado por el asegurado — Normas de reembolso — Directiva 2011/24/UE — Asistencia sanitaria transfronteriza — Artículo 8, apartado 1 — Asistencia sanitaria que puede requerir autorización previa — Principio de proporcionalidad — Artículo 9, apartado 3 — Tramitación de las solicitudes de asistencia sanitaria transfronterizas — Circunstancias que deben tenerse en cuenta — Plazo razonable — Libre prestación de servicios — Artículo 56 TFUE»

En el asunto C-777/18,

que tiene por objeto una petición de decisión prejudicial planteada, con arreglo al artículo 267 TFUE, por el Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság (Tribunal de lo Contencioso-Administrativo y de lo Social de Szombathely, Hungría), mediante resolución de 28 de noviembre de 2018, recibida en el Tribunal de Justicia el 11 de diciembre de 2018, en el procedimiento entre

WO

y

Vas Megyei Kormányhivatal,

EL TRIBUNAL DE JUSTICIA (Sala Cuarta),

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

Abogada General: Sra. E. Sharpston;

Secretario: Sr. A. Calot Escobar;

habiendo considerado los escritos obrantes en autos;

consideradas las observaciones presentadas:

- en nombre de la Vas Megyei Kormányhivatal, por la Sra. G. Szele, en calidad de agente;
- en nombre del Gobierno húngaro, por el Sr. M. Z. Fehér y la Sra. M. M. Tátrai, en calidad de agentes;
- en nombre del Gobierno neerlandés, por las Sras. M. K. Bulterman y M. H. S. Gijzen, en calidad de agentes;
- en nombre del Gobierno polaco, por el Sr. B. Majczyna, en calidad de agente;
- en nombre de la Comisión Europea, por los Sres. L. Havas, B.-R. Killmann y L. Malferrari y la Sra. A. Szymkowska, en calidad de agentes;

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

dicta la siguiente

Sentencia

- 1 La petición de decisión prejudicial tiene por objeto la interpretación del artículo 56 TFUE, del artículo 20, apartado 1, del Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (DO 2004, L 166, p. 1), del artículo 26, apartados 1 y 3, del Reglamento (CE) n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento n.º 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (DO 2009, L 284, p. 1), y de los artículos 8, apartado 1, y 9, apartado 3, de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (DO 2011, L 88, p. 45).
- 2 Dicha petición se presentó en el marco de un litigio entre WO y Vas Megyei Kormányhivatal (Delegación del Gobierno en la provincia de Vas, Hungría; en lo sucesivo, «Delegación del Gobierno»), planteado debido a que dicha delegación del Gobierno denegó a WO el reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza que se le había dispensado en Alemania.

I. Marco jurídico

A. Derecho de la Unión

1. Reglamento n.º 883/2004

- 3 En virtud del artículo 1 del Reglamento n.º 883/2004:

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

[...]

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

Este término excluye las disposiciones convencionales distintas de aquellas que sirvan para establecer una obligación de seguro derivada de las leyes o reglamentos mencionados en el párrafo anterior o de aquellas que, por decisión de los poderes públicos, se han vuelto obligatorias o han visto ampliado su campo de aplicación, siempre que el Estado interesado efectúe una declaración en este sentido, notificándola al Presidente del Parlamento Europeo y al Presidente del Consejo de la Unión Europea. Dicha declaración se publicará en el *Diario Oficial de la Unión Europea*.

- m) “autoridad competente”: para cada Estado miembro, el ministro, los ministros o cualquier otra autoridad equivalente de la cual dependan, para el conjunto o parte del Estado miembro de que se trate, los regímenes de seguridad social;

[...]

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

- q) “institución competente”:

- i) la institución a la cual el interesado esté afiliado en el momento de la solicitud de prestaciones,
o
- ii) la institución de la cual el interesado tenga derecho a obtener prestaciones, o tendría derecho a ellas si él o uno o más miembros de su familia residieran en el Estado miembro donde se encuentra esta institución,
o
- iii) la institución designada por la autoridad competente del Estado miembro de que se trate,
[...]
[...]

r) “institución del lugar de residencia” e “institución del lugar de estancia”: respectivamente, la institución habilitada para conceder las prestaciones en el lugar en que reside el interesado, y la institución habilitada para conceder las prestaciones en el lugar en que se encuentra, según la legislación que aplique esta institución o, si dicha institución no existe, la institución designada por la autoridad competente del Estado miembro de que se trate;

[...]».

4 De conformidad con el artículo 3, apartado 1, de dicho Reglamento:

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

a) las prestaciones de enfermedad;

[...]».

5 El artículo 19 del citado Reglamento, que lleva como epígrafe «Estancia fuera del Estado miembro competente», es del siguiente tenor:

«1. Salvo que en el apartado 2 se disponga lo contrario, la persona asegurada y los miembros de su familia que se hallen en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente tendrán derecho a las prestaciones en especie necesarias, desde un punto de vista médico, durante su estancia, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia. La institución del lugar de estancia facilitará las prestaciones por cuenta de la institución competente, según las disposiciones de la legislación del lugar de estancia, como si los interesados estuvieran asegurados en virtud de dicha legislación.

2. La Comisión administrativa elaborará una lista de las prestaciones en especie que, para poder ser otorgadas durante una estancia en otro Estado miembro, precisen, por motivos de orden práctico, un acuerdo previo entre el interesado y la institución que facilite la prestación.»

6 El artículo 20 del mismo Reglamento, cuyo epígrafe es «Desplazamientos para recibir prestaciones en especie — Autorización para recibir un tratamiento adecuado fuera del Estado miembro de residencia», establece lo siguiente:

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

2. La persona asegurada autorizada por la institución competente a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en este un tratamiento adecuado a su estado de salud se beneficiará de las prestaciones en especie facilitadas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia, según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si estuviera

asegurada en virtud de dicha legislación. La autorización deberá ser concedida cuando el tratamiento de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que resida el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad, dicho tratamiento no pueda serle dispensado en un plazo justificable desde el punto de vista médico.

[...]»

2. *Reglamento n.º 987/2009*

7 Los considerandos 16 y 17 del Reglamento n.º 987/2009 exponen lo siguiente:

«(16) Dentro del marco específico del Reglamento [n.º 883/2004], es preciso aclarar las condiciones de cobertura de los gastos derivados de las prestaciones de enfermedad en especie que constituyan “tratamiento programado”, es decir, la asistencia que una persona va a buscar a otro Estado miembro distinto de aquel en el que está asegurada o tiene su residencia. Deben establecerse las obligaciones de la persona asegurada en lo relativo a la solicitud de autorización previa, así como las obligaciones de la institución con respecto al paciente en cuanto a las condiciones de autorización. También conviene precisar las consecuencias para la cobertura financiera de la asistencia recibida en otro Estado miembro al amparo de una autorización.

(17) El presente Reglamento, y en especial las disposiciones relativas a la estancia fuera del Estado miembro competente y al correspondiente tratamiento programado, no deben impedir la aplicación de disposiciones nacionales más favorables, en particular en materia de reembolso de los gastos que se hayan realizado en otro Estado miembro.»

8 El artículo 25 de dicho Reglamento, cuyo epígrafe es «Estancia en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente», dispone en sus apartados 4 y 5:

«4. Si la persona asegurada ha sufragado efectivamente los costes de la totalidad o de parte de las prestaciones en especie percibidas al amparo del artículo 19 del Reglamento [n.º 883/2004] y si la legislación que aplica la institución de su lugar de estancia permite el reembolso de dichos costes a dicha persona, esta dirigirá una solicitud de reembolso a la institución del lugar de estancia. En ese caso, dicha institución le reembolsará directamente el importe de los gastos que corresponda a las prestaciones, dentro de los límites y las condiciones de los porcentajes de reembolso establecidos en su legislación.

5. Si el reembolso de estos gastos no se ha solicitado directamente a la institución del lugar de estancia, la institución competente reembolsará a la persona interesada los gastos soportados, conforme a los porcentajes de reembolso aplicados por la institución del lugar de estancia [...]

La institución del lugar de estancia facilitará a la institución competente, a petición de esta, la información necesaria sobre los citados porcentajes o importes.»

9 El artículo 26 del citado Reglamento, que lleva como epígrafe «Tratamiento programado», dispone lo siguiente:

«1. A efectos de la aplicación del artículo 20, apartado 1, del Reglamento [n.º 883/2004], la persona asegurada presentará a la institución del lugar de estancia un documento expedido por la institución competente. A los fines del presente artículo se entenderá por “institución competente” la que sufrague el coste del tratamiento programado; [...]

2. Si una persona asegurada no reside en el Estado miembro competente, solicitará autorización a la institución de su lugar de residencia, que la remitirá a la institución competente sin dilación.

En ese caso, la institución del lugar de residencia certificará en una declaración si se cumplen o no en el Estado miembro de residencia las condiciones previstas en el artículo 20, apartado 2, segunda frase, del Reglamento [n.º 883/2004].

La institución competente únicamente podrá denegar la autorización solicitada si, con arreglo a la evaluación de la institución del lugar de residencia, las condiciones previstas en la segunda frase del artículo 20, apartado 2, del Reglamento [n.º 883/2004] no se cumplen en el Estado miembro de residencia de la persona asegurada, o si puede dispensarse el mismo tratamiento en el propio Estado miembro competente en un plazo médicamente justificable teniendo en cuenta el estado de salud del interesado en ese momento y la probable evolución de su enfermedad.

La institución competente notificará su decisión a la institución del lugar de residencia.

A falta de respuesta en los plazos establecidos en su legislación nacional, se considerará que la autorización ha sido concedida por la institución competente.

3. En caso de que una persona asegurada que no reside en el Estado miembro competente necesite una asistencia urgente y de carácter vital, no podrá denegarse la autorización de conformidad con el artículo 20, apartado 2, segunda frase, del Reglamento [n.º 883/2004]. En tal caso, la institución del lugar de residencia concederá la autorización en nombre de la institución competente, que será informada inmediatamente por la institución del lugar de residencia.

La institución competente aceptará los diagnósticos y las opciones terapéuticas relativas a la necesidad de una asistencia urgente y de carácter vital emitidas por médicos autorizados por la institución del lugar de residencia que expida la autorización.

[...]

6. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 7, el artículo 25, apartados 4 y 5, del [presente Reglamento será aplicable] *mutatis mutandis*.

7. Si la persona asegurada ha soportado ella misma la totalidad o parte de los costes del tratamiento médico autorizado y los costes que la institución competente está obligada a reembolsar a la institución del lugar de estancia o a la persona asegurada, de conformidad con el apartado 6 (coste real) es inferior al coste que hubiera tenido que sufragar por el mismo tratamiento en el Estado miembro competente (coste teórico), la institución competente reembolsará a la persona asegurada, a petición de esta, el coste del tratamiento soportado por ella, hasta la cantidad equivalente a la diferencia entre el coste teórico y el coste real. No obstante, la suma reembolsada no podrá sobrepasar los gastos efectivamente realizados y podrá tener en cuenta el importe que dicha persona tendría que abonar si el tratamiento se hubiera administrado en el Estado miembro competente.»

3. Directiva 2011/24

10 Los considerandos 8 y 46 de la Directiva 2011/24 exponen:

«(8) El Tribunal de Justicia ya ha tratado algunas cuestiones relacionadas con la asistencia sanitaria transfronteriza, en particular el reembolso de la asistencia sanitaria prestada en un Estado miembro distinto al de residencia del destinatario de dicha asistencia. Mediante la presente Directiva se pretende lograr una aplicación más general y también eficaz de los principios desarrollados caso por caso por el Tribunal de Justicia.

[...]

(46) En cualquier caso, si un Estado miembro decide establecer un sistema de autorización previa para la asunción de los costes de la asistencia hospitalaria o especializada prestada en otros Estados miembros de conformidad con lo dispuesto en la presente Directiva, los costes de la asistencia prestada en otro Estado miembro deben ser reembolsados por el Estado miembro de afiliación hasta el nivel que se habría asumido de haberse prestado en él la misma asistencia sanitaria, sin rebasar los costes reales de la asistencia sanitaria recibida. No obstante, cuando se cumplan las condiciones establecidas [...] en el Reglamento [n.º 883/2004], debe concederse la autorización y deben efectuarse las prestaciones conforme al Reglamento [n.º 883/2004], salvo si

el paciente solicita otra cosa. Esto es aplicable, en particular, en los casos en los que la autorización se concede después de la revisión administrativa o judicial de la solicitud y la persona afectada haya recibido el tratamiento en otro Estado miembro. En ese caso, no deben ser de aplicación los artículos 7 y 8 de la presente Directiva. Esto está en consonancia con la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, en la que se ha especificado que los pacientes que recibieron una denegación de autorización previa por motivos que posteriormente se consideraron infundados tienen derecho al reembolso íntegro del coste del tratamiento recibido en otro Estado miembro de conformidad con las disposiciones de la legislación del Estado miembro de tratamiento.»

11 De acuerdo con su artículo 2, letra m), la citada Directiva se aplicará sin perjuicio de lo establecido en los Reglamentos (CE) n.ºs 883/2004 y 987/2009.

12 El artículo 7 de dicha Directiva, que lleva como epígrafe «Principios generales para el reembolso de gastos [de la asistencia sanitaria transfronteriza]», dispone lo siguiente:

«1. Sin perjuicio del Reglamento [n.º 883/2004] y a reserva de las disposiciones de los artículos 8 y 9, el Estado miembro de afiliación garantizará el reembolso de los gastos contraídos por un asegurado que haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza, siempre que dicha asistencia sanitaria figure entre las prestaciones a que el asegurado tiene derecho en el Estado miembro de afiliación.

[...]

3. Corresponde al Estado miembro de afiliación [...] determinar la asistencia sanitaria a la asunción de cuyos gastos tiene derecho un asegurado, así como el nivel de asunción de dichos gastos, con independencia de donde se preste la asistencia sanitaria.

4. Los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza serán reembolsados o abonados directamente por el Estado miembro de afiliación hasta la cuantía que habría asumido dicho Estado si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio, sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada.

Los Estados miembros de afiliación podrán decidir reembolsar el coste total de la asistencia sanitaria transfronteriza, incluso si este excede la cuantía que habrían asumido si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio.

Los Estados miembros de afiliación podrán decidir reembolsar otros costes conexos, como los gastos de alojamiento y de viaje [...] a condición de que se aporte documentación suficiente en la que se precisen esos gastos.

[...]

7. El Estado miembro de afiliación puede imponer a un asegurado que pida el reembolso de gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, incluida la asistencia sanitaria recibida mediante telemedicina, las mismas condiciones, criterios de admisibilidad y trámites reglamentarios y administrativos [...] que impondría si la asistencia sanitaria se prestase en su territorio. Esto podrá incluir una evaluación por un profesional de la salud o un administrador sanitario que presten servicios en el sistema de seguridad social o el sistema nacional de sanidad obligatorio del Estado miembro de afiliación, tal como el médico generalista o de atención primaria que tiene atribuido el paciente, si ello es necesario para determinar el derecho de ese paciente a la asistencia sanitaria. Sin embargo, ninguna condición, criterio de elegibilidad ni trámite reglamentario o administrativo que se imponga de acuerdo con el presente apartado podrá constituir discriminación ni obstáculo a la libre circulación de los pacientes, los servicios o los bienes, salvo que se justifique de forma objetiva por necesidades de programación con respecto al objetivo de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro interesado, o el deseo de controlar los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos.

8. El Estado miembro de afiliación no supeditará el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza a autorización previa, salvo en los casos establecidos en el artículo 8.

[...]»

13 El artículo 8 de la misma Directiva, cuyo epígrafe es «Asistencia sanitaria que puede requerir autorización previa», establece en sus apartados 1 a 3:

«1. El Estado miembro de afiliación podrá establecer un sistema de autorización previa para el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, conforme al presente artículo y al artículo 9. El sistema de autorización previa, incluidos los criterios y la aplicación de los mismos, así como las decisiones individuales de denegación de la autorización previa, se restringirá a lo que sea necesario y proporcionado al objetivo que se pretende, y no podrá constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación de los pacientes.

2. La asistencia sanitaria que puede requerir autorización previa se limitará a aquella que:

a) requiera necesidades de planificación relacionadas con el objeto de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro de que se trate, o la voluntad de controlar los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos y:

i) suponga que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche, o

ii) exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos;

[...]

Los Estados miembros notificarán a la Comisión las categorías de asistencia sanitaria a que se refiere la letra a).

3. En lo que respecta a las solicitudes de autorización previa que realice una persona asegurada con objeto de recibir asistencia sanitaria transfronteriza, el Estado miembro de afiliación deberá comprobar que se cumplen las condiciones establecidas en el Reglamento [n.º 883/2004]. Cuando se cumplan esas condiciones, la autorización previa se concederá de conformidad con dicho Reglamento, salvo que el paciente solicite otra cosa.»

14 El artículo 9, apartado 3, de la Directiva 2011/24 dispone lo siguiente:

«Los Estados miembros establecerán plazos razonables en los que deban tramitarse las solicitudes de asistencia sanitaria transfronteriza y los divulgarán con antelación. A la hora de evaluar una solicitud de asistencia sanitaria transfronteriza, los Estados miembros tendrán en cuenta:

a) la afección específica,

b) la urgencia y las circunstancias individuales.»

B. Derecho húngaro

15 El artículo 27, apartado 6, de la 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásáról (Ley LXXXIII de 1997, relativa a las Prestaciones del Seguro de Enfermedad Obligatorio; en lo sucesivo, «Ley del seguro de enfermedad») establece lo siguiente:

«En el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza, el asegurado —sin incluir a las personas con derecho a prestaciones sanitarias en virtud de un seguro facultativo— que recurra a las prestaciones sanitarias definidas en el capítulo II, secciones 1 a 3, tendrá los mismos derechos que si hubiera recibido prestaciones de servicios sanitarios en Hungría en una situación análoga.

El organismo de seguro de enfermedad reembolsará el coste real de la prestación debidamente certificado, sin que, no obstante, el importe del reembolso adeudado pueda exceder del precio de la

asistencia prestada por un proveedor financiado con fondos públicos en Hungría en la fecha de dicho tratamiento.

El asegurado, sin incluir a las personas que tienen derecho a prestaciones sanitarias en virtud de un seguro facultativo, solo podrá disfrutar de las prestaciones establecidas en el Decreto gubernamental relativo al régimen de la asistencia sanitaria en el extranjero en virtud de una autorización previa.

Si el asegurado desea disfrutar de una prestación para la que el Derecho húngaro exige una prescripción del médico de cabecera, deberá disponer además, a efectos del reembolso, de un documento relativo a la prestación emitido de conformidad con la normativa vigente.»

- 16 El artículo 2, apartado 1, del külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX. 25). Korm. rendelet [Decreto Gubernamental 340/2013 (IX. 25.), relativo al Régimen de la Asistencia Sanitaria en el Extranjero; en lo sucesivo, «Decreto Gubernamental»] dispone lo siguiente:

«La persona que tenga derecho a asistencia sanitaria en el extranjero podrá beneficiarse de esta:

- a) de conformidad con lo dispuesto en los reglamentos de la Unión Europea sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social y sus normas de desarrollo (en lo sucesivo, “reglamentos de la Unión”);
- b) en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza contemplada en el artículo 5/B, apartado s, punto sb), de la [Ley del seguro de enfermedad] (en lo sucesivo, “asistencia sanitaria transfronteriza”), y
- c) por las razones de equidad contempladas en el artículo 28, apartado 1, y en el artículo 9 de la [Ley del seguro de enfermedad].»

- 17 Con arreglo al artículo 3, apartado 1, del Decreto Gubernamental:

«Por lo que respecta a la asistencia sanitaria en el extranjero a que se refiere el artículo 2, apartado 1, letras a) y c), y, en el caso de la asistencia sanitaria en el extranjero contemplada en el artículo 2, apartado 1, letra b), de las prestaciones que figuran en el anexo 1, la persona que tenga derecho a recibir asistencia sanitaria en el extranjero únicamente podrá beneficiarse del tratamiento programado a cargo del Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő [(Fondo Nacional de Seguro de Enfermedad, Hungría; en lo sucesivo, “NEAK”)] previa autorización expedida por este organismo.»

- 18 El artículo 5, apartados 1 a 3, del Decreto Gubernamental establece lo siguiente:

«1. Cuando se presente una solicitud de asistencia sanitaria en el extranjero, el NEAK examinará, en el plazo de ocho días a partir de su recepción, si esta se refiere a una prestación reconocida y sufragada por la seguridad social en Hungría.

2. Si la prestación es reconocida y sufragada por la seguridad social, el NEAK examinará, en un plazo adicional de 15 días, si el paciente puede ser atendido por un prestador de asistencia sanitaria financiado con fondos públicos en un plazo justificable desde el punto de vista médico indicado en la solicitud. En caso necesario, el NEAK recurrirá a un perito para comprobar los datos que figuren en la solicitud.

3. Si, dentro del plazo justificable desde el punto de vista médico indicado en la solicitud, un prestador de asistencia sanitaria financiado con fondos públicos puede asistir en Hungría a la persona que tiene derecho a recibir asistencia sanitaria en el extranjero, el NEAK desestimaré la solicitud y propondrá un proveedor de asistencia sanitaria financiado con fondos públicos. El NEAK se informará previamente sobre la capacidad de atención del proveedor nacional de asistencia sanitaria financiado con fondos públicos.»

- 19 Con arreglo al artículo 7, párrafo 1, del Decreto Gubernamental:

«Si la persona con derecho a asistencia sanitaria en el extranjero desea recibir asistencia sanitaria en el extranjero administrada por un prestador de asistencia sanitaria que no esté comprendido en el ámbito de aplicación de los reglamentos de la Unión, o por cualquier otra razón no prevista por los reglamentos de la Unión, o solicite una autorización que solo le confiera el derecho a recibir asistencia sanitaria, sin precisar al prestador de asistencia sanitaria, deberá especificarlo en su solicitud. El NEAK seguirá el procedimiento establecido en el artículo 5, apartados 1 a 3, teniendo en cuenta la urgencia y las circunstancias particulares. [...]»

20 Del anexo 1 del Decreto Gubernamental resulta que, en la fecha de los hechos del litigio principal, estaban sujetos a autorización:

- en el caso de la asistencia hospitalaria que figura en el anexo 3 del az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet [Decreto NM 9/1993. (IV. 2.), relativo a determinadas cuestiones sobre la financiación de la asistencia sanitaria especializada por parte de la seguridad social; en lo sucesivo, «Decreto sectorial»], todas las prestaciones que incluyan una hospitalización, o los dispositivos e implantes de un solo uso correspondientes, reembolsados por unidades, cuya lista se encuentra en el anexo I del Decreto sectorial, así como las sustancias activas reembolsadas por unidades, cuya lista se encuentra en el anexo I/A de dicho Decreto;
- los tratamientos de un día y la asistencia dispensada en forma de cura enumerados en los anexos 9, 10 y 10/A de dicho Decreto;
- los procesos e intervenciones quirúrgicos enumerados en el anexo 8 del mismo Decreto, de alto coste, poco extendidos a escala nacional, con excepción de la asistencia relacionada con el trasplante de órganos.

II. Litigio principal y cuestiones prejudiciales

21 En 1987, WO, de nacionalidad húngara, sufrió un desprendimiento de retina en el ojo izquierdo y perdió la visión de dicho ojo.

22 En el año 2015, se diagnosticó un glaucoma en el ojo derecho de WO. La asistencia que se le prestó en varios centros médicos húngaros no dio resultado, pues el campo visual del interesado no cesaba de reducirse y la tensión intraocular daba valores muy altos.

23 De los autos que obran en poder del Tribunal de Justicia se desprende que, el 29 de septiembre de 2016, WO se puso en contacto con un médico que ejercía en Recklinghausen (Alemania) y concertó con este una cita para un reconocimiento médico el 17 de octubre de 2016. El médico le informó de que debería prorrogar su estancia hasta el 18 de octubre de 2016, fecha en la que, de ser necesario, tendría lugar una intervención oftalmológica.

24 Mientras tanto, un examen médico efectuado en Hungría el 15 de octubre de 2016 había evaluado la tensión intraocular de WO en 37 mmHg, es decir, una tasa muy superior a la de 21 mmHg, a partir de la cual la tensión intraocular se considera anormal. A raíz del reconocimiento al que se sometió WO el 17 de octubre de 2016 en Alemania, el médico que ejercía en dicho Estado miembro consideró que la intervención oftalmológica debía efectuarse con urgencia para salvar la vista de WO. El interesado fue operado con éxito el 18 de octubre de 2016.

25 La solicitud de reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza presentada por WO fue denegada por la Delegación del Gobierno provincial y, posteriormente, a raíz de un recurso en vía administrativa, por el Budapest Főváros Kormányhivatala (Delegación del Gobierno en Budapest Capital, Hungría). Esta última delegación señaló que la intervención oftalmológica era un tratamiento programado para el que WO no había obtenido la autorización previa con arreglo a la cual puede efectuarse un reembolso. Como fundamento de su resolución, dicha delegación del Gobierno invocó los artículos 4, 19, 20 y 27 del Reglamento n.º 883/2004, los artículos 25 y 26 del Reglamento n.º 987/2009, así como los artículos 3, apartado 1, y 4, apartado 1, del Decreto Gubernamental.

- 26 WO interpuso ante el tribunal remitente recurso contencioso-administrativo contra la resolución denegatoria del reembolso de la asistencia sanitaria de que se trata.
- 27 El tribunal remitente observa, en primer lugar, que en la sentencia de 5 de octubre de 2010, Elchinov (C-173/09, en lo sucesivo, «sentencia Elchinov», EU:C:2010:581), apartado 51, el Tribunal de Justicia declaró que el artículo 49 CE (actualmente, artículo 56 TFUE) y el artículo 22 del Reglamento (CEE) n.º 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad (DO 1971, L 149, p. 2; EE 05/01, p. 98), en su versión modificada y actualizada por el Reglamento (CE) n.º 118/97 del Consejo, de 2 de diciembre de 1996 (DO 1997, L 28, p. 1), modificado a su vez por el Reglamento (CE) n.º 1992/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006 (DO 2006, L 392, p. 1) (en lo sucesivo, «Reglamento n.º 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.
- 28 Según el tribunal remitente, habida cuenta de la similitud entre las disposiciones del Reglamento n.º 1408/71, que el Tribunal de Justicia interpretó en la sentencia Elchinov, y las de los Reglamentos n.ºs 883/2004 y 987/2009 controvertidos en el caso de autos, la solución adoptada por el Tribunal de Justicia en aquella sentencia puede trasladarse al presente asunto.
- 29 En segundo lugar, el tribunal remitente alberga dudas en cuanto a la compatibilidad de la normativa controvertida en el litigio principal con los artículos 8, apartado 1, y 9, apartado 3, de la Directiva 2011/24, puesto que, sin tener en cuenta las circunstancias concretas derivadas de la afección específica del paciente, esa normativa supedita el reembolso de la asistencia sanitaria administrada al asegurado en otro Estado miembro a una solicitud de autorización previa y es, por lo tanto, un obstáculo injustificado a la libre prestación de servicios.
- 30 En tercer lugar, el tribunal remitente se pregunta si circunstancias como las que concurren en el litigio principal, en las que el asegurado se desplazó a otro Estado miembro para someterse a un reconocimiento médico por un prestador de asistencia sanitaria establecido en ese Estado, y donde fue operado por el prestador de asistencia sanitaria al día siguiente del reconocimiento médico, están comprendidas en el concepto de «tratamiento programado», regulado en el artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004 y en el artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009, y requieren una autorización previa.
- 31 En tales circunstancias, el Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság (Tribunal de lo Contencioso-Administrativo y de lo Social de Szombathely, Hungría) decidió suspender el procedimiento y plantear al Tribunal de Justicia las siguientes cuestiones prejudiciales:
- «1) ¿Constituye una restricción contraria al artículo 56 [TFUE] una normativa nacional, como la controvertida en el litigio principal, que, en relación con el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, excluye la posibilidad de autorizar *a posteriori* la asistencia sanitaria dispensada en otro Estado miembro sin autorización previa, incluso cuando, en caso de esperar a la autorización previa, exista un riesgo real de que el estado de salud del paciente se deteriore de manera irreversible?
- 2) ¿Es compatible con el principio de necesidad y proporcionalidad enunciado en el artículo 8, apartado 1, de la Directiva [2011/24] y con el principio de libre circulación de los pacientes el régimen de autorización de un Estado miembro que, en lo que respecta al reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza, excluye la posibilidad de conceder una autorización *a posteriori*, incluso en caso de riesgo real de deterioro irreversible del estado de salud del paciente a la espera de tal autorización previa?
- 3) ¿Es conforme con el requisito de un plazo procedimental razonable que tenga en cuenta la afección específica y la urgencia y las circunstancias individuales, establecido en el artículo 9, apartado 3, de la Directiva [2011/24], una normativa nacional que, con independencia del estado de salud del paciente que presenta la solicitud, establece un plazo procedimental de 31 días para

que la autoridad competente conceda la autorización previa y de 23 días para que la deniegue? La autoridad puede examinar, con respecto a la solicitud, si la prestación de asistencia está cubierta por la seguridad social y, en caso afirmativo, si puede dispensarla en un plazo justificable desde el punto de vista médico un prestador de asistencia sanitaria financiado con fondos públicos, mientras que, en caso negativo, examina la calidad, la seguridad y la relación coste-efectividad de la asistencia que dispensa el prestador indicado por el paciente.

- 4) ¿Procede interpretar el artículo 20, apartado 1, del Reglamento [n.º 883/2004] en el sentido de que el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza solo puede pedirse si el paciente presenta una solicitud de autorización previa a la institución competente? ¿O bien [dicho precepto] no excluye de por sí en tal caso la posibilidad de presentar una solicitud de autorización *a posteriori* a efectos del reembolso de los gastos?
- 5) ¿Está comprendido en el ámbito de aplicación del artículo 20, apartado 1, del Reglamento [n.º 883/2004] el supuesto de que el paciente se desplace a otro Estado miembro habiendo obtenido una cita concreta para un reconocimiento médico y una cita provisional para una posible operación o intervención médica al día siguiente del reconocimiento médico y, debido al estado de salud del paciente, la operación o intervención médica se lleve efectivamente a cabo? ¿Es posible en ese caso, a efectos [de dicho precepto], presentar una solicitud de autorización *a posteriori* para el reembolso de los gastos?
- 6) ¿Está comprendido en el concepto de tratamiento programado, en el sentido del artículo 26 del Reglamento [n.º 987/2009], el supuesto de que el paciente se desplace a otro Estado miembro habiendo obtenido una cita concreta para un reconocimiento médico y una cita provisional para una posible operación o intervención médica al día siguiente del reconocimiento médico y, debido al estado de salud del paciente, la operación o intervención médica se lleve efectivamente a cabo? ¿Es posible en ese caso, a efectos [de dicho artículo], presentar una solicitud de autorización *a posteriori* para el reembolso de los gastos? En el caso de la asistencia urgente y de carácter vital a que se refiere el artículo 26, apartado 3, [del Reglamento n.º 987/2009,] ¿exige también la normativa una autorización previa para el supuesto [de dicho] artículo 26, apartado 1?»

III. Sobre las cuestiones prejudiciales

A. Consideraciones previas

- 32 Mediante sus cuestiones prejudiciales, el tribunal remitente se pregunta sobre la interpretación tanto del artículo 56 TFUE, que proclama la libre prestación de servicios, como de determinadas disposiciones del Derecho derivado de la Unión, concretamente el artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, el artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009 y los artículos 8, apartado 1, y 9, apartado 3, de la Directiva 2011/24.
- 33 A este respecto, procede recordar que el hecho de que los artículos 20 del Reglamento n.º 883/2004 y 26 del Reglamento n.º 987/2009 sean aplicables a una situación determinada no excluye que esta situación pueda también estar comprendida en el ámbito de aplicación del artículo 56 TFUE y que el interesado pueda disponer paralelamente, en virtud de este último artículo, del derecho a recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro en condiciones de cobertura y reembolso diferentes de las que establecen el artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004 y el artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009 (véanse, en este sentido, las sentencias de 12 de julio de 2001, Vanbraekel y otros, C-368/98, EU:C:2001:400, apartados 36 a 53, y de 16 de mayo de 2006, Watts, C-372/04, EU:C:2006:325, apartados 46 a 48).
- 34 Procede examinar las cuestiones prejudiciales en tal contexto jurídico.

B. Sobre las cuestiones prejudiciales cuarta, quinta y sexta

- 35 Mediante las cuestiones prejudiciales cuarta, quinta y sexta, que procede examinar conjuntamente en un primer momento, el tribunal remitente pide sustancialmente que se dilucide si el artículo 20 del

Reglamento n.º 883/2004 o el artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009 —artículo este último que establece las normas de aplicación del primero— deben interpretarse en el sentido de que está comprendida en el concepto de «tratamiento programado» la asistencia médica recibida en un Estado miembro distinto del de residencia del asegurado, por decisión exclusiva de este último, adoptada a raíz de la ineficacia comprobada de todos los tratamientos que ha recibido en varios centros médicos de su Estado miembro de residencia, y si, en caso de respuesta afirmativa, tales disposiciones deben interpretarse en el sentido de que el asegurado puede solicitar que la institución competente le reembolse los gastos en que haya incurrido por el tratamiento programado recibido durante su estancia en el otro Estado miembro, aun cuando no haya solicitado previamente a dicha institución una autorización a tales efectos, al menos cuando las circunstancias individuales, especialmente su estado de salud y la probable evolución de su enfermedad, puedan justificar la falta de tal autorización y, por consiguiente, que se permita el reembolso solicitado.

36 A este respecto, procede recordar de entrada que el Reglamento n.º 883/2004 se aplica, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1, letra l), párrafo primero, en relación con su artículo 3, apartado 1, a las leyes, los reglamentos, las disposiciones estatutarias y todas las demás medidas de aplicación de Derecho nacional que afecten a las ramas de seguridad social contempladas en esta última disposición, con excepción de las disposiciones convencionales distintas de las mencionadas en el artículo 1, letra l), párrafo segundo, de dicho Reglamento (véase, por analogía, la sentencia de 15 de marzo de 1984, Tiel-Utrecht Schadeverzekering, 313/82, EU:C:1984:107, apartado 16).

37 De ello se deduce que, para que el litigio principal pueda estar comprendido en el ámbito de aplicación del Reglamento n.º 883/2004 y del Reglamento n.º 987/2009, el tratamiento médico de que se trata en dicho litigio debería haber sido dispensado a WO por parte del proveedor privado del Estado miembro al que el interesado se desplazó para recibirlo, con arreglo a la legislación de seguridad social de dicho Estado miembro, extremo que corresponde comprobar al tribunal remitente. De no ser así, las cuestiones prejudiciales cuarta, quinta y sexta planteadas por el tribunal remitente deberán examinarse exclusivamente a la luz del artículo 56 TFUE y de la Directiva 2011/24.

1. Sobre el concepto de «tratamiento programado» y sobre las condiciones de cobertura de dicho tratamiento

38 Respecto a si la asistencia sanitaria transfronteriza, como la controvertida en el litigio principal, está comprendida en el concepto de «tratamiento programado», en el sentido del artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, en relación con el artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009, procede poner de relieve que, si bien este concepto no figura de forma literal en el primero de los mencionados preceptos, del segundo artículo —titulado expresamente «Tratamiento programado»—, interpretado a la luz del considerando 16 del Reglamento n.º 987/2009, se desprende que tal concepto abarca la asistencia [sanitaria] que una persona va a buscar a otro Estado miembro distinto de aquel en el que está asegurada o tiene su residencia, y que consiste en prestaciones en especie, mencionadas en el artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004, precepto al que, por lo demás, se remite expresamente el artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009.

39 Debe precisarse que el «tratamiento programado», en el sentido de estas disposiciones, se diferencia de las prestaciones contempladas en el artículo 19 del Reglamento n.º 883/2004 y en el artículo 25 del Reglamento n.º 987/2009, que son tratamientos imprevistos dispensados a la persona asegurada en el Estado miembro al que dicha persona se ha desplazado por una finalidad turística o educativa, y que resulten necesarios, desde el punto de vista médico, para que no se vea obligada a volver, antes de finalizar la duración prevista de su estancia en dicho Estado miembro, al Estado miembro competente para recibir en él el tratamiento necesario (véase, por analogía, la sentencia de 15 de junio de 2010, Comisión/España, C-211/08, EU:C:2010:340, apartados 59 a 61).

40 Con arreglo al artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004, la persona asegurada que se desplace a otro Estado miembro para beneficiarse en él de tratamientos programados, en las condiciones previstas en dicho Reglamento, deberá solicitar la autorización de la institución competente.

- 41 El artículo 20, apartado 2, primera frase, del Reglamento n.º 883/2004, por su parte, confiere al asegurado sujeto a la normativa de un Estado miembro y que disponga de la autorización solicitada de conformidad con el artículo 20, apartado 1, de dicho Reglamento, el derecho al tratamiento programado efectuado, a cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia, según lo dispuesto en la normativa del Estado miembro en que se realicen las prestaciones, como si el asegurado estuviera afiliado a esta última institución [véase, por analogía, en relación con el artículo 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento n.º 1408/71, sustituido por el artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, la sentencia Elchinov, apartado 39 y jurisprudencia citada].
- 42 Por su parte, la segunda frase del artículo 20, apartado 2, del Reglamento n.º 883/2004 menciona dos requisitos cuya concurrencia obliga a la institución competente a conceder la autorización solicitada con arreglo a lo establecido en el artículo 20, apartado 1, del mismo Reglamento (véase, por analogía, en relación con el artículo 22, apartado 2, párrafo segundo, del Reglamento n.º 1408/71, la sentencia Elchinov, apartado 53 y jurisprudencia citada).
- 43 Para que se cumpla el primero de los mencionados requisitos, es preciso que el tratamiento en cuestión figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que resida el interesado. El segundo requisito solo se cumple cuando el tratamiento programado que el asegurado pretende recibir en un Estado miembro distinto del de su residencia, habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad, no pueda serle dispensado, en un plazo justificable desde el punto de vista médico, en el Estado miembro de residencia.
- 44 De lo anterior resulta que la asistencia médica recibida en un Estado miembro distinto de aquel en que reside la persona asegurada, por decisión exclusiva de esta última, debido a que, a su entender, tal asistencia médica o los tratamientos que tienen el mismo grado de eficacia no están disponibles en el Estado miembro de residencia en un plazo justificable desde el punto de vista médico, están comprendidos en el concepto de «tratamiento programado», en el sentido del artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, en relación con el artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009. En estas condiciones, el beneficio de tal asistencia médica está supeditado, de conformidad con el artículo 20, apartado 1, del primero de los Reglamentos citados, a que se expida una autorización del Estado miembro de residencia.

2. Sobre el derecho al reembolso de los gastos del tratamiento programado sin autorización previa

- 45 Por lo que respecta a la cuestión de si el artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004 o el artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009 deben interpretarse en el sentido de que, aun sin autorización previa en virtud de estas disposiciones, la institución competente puede reembolsar al asegurado los gastos en que haya incurrido por el tratamiento programado recibido en un Estado miembro distinto de aquel en que reside, al menos cuando las circunstancias individuales relativas, en particular, a su estado de salud y a la evolución probable de su enfermedad, puedan justificar la falta de dicha autorización, ha de señalarse de inmediato que el artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009 no regula los requisitos para expedir la mencionada autorización, toda vez que se limita a establecer normas relativas al procedimiento de autorización y a la cobertura del tratamiento programado facilitado al asegurado. Por lo tanto, debe responderse a esta cuestión atendiendo a lo dispuesto en el artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, interpretado a la luz de la libre prestación de servicios consagrada en el artículo 56 TFUE.
- 46 Procede recordar que el Tribunal de Justicia ya ha identificado dos supuestos en los que el asegurado, aun a falta de una autorización debidamente expedida antes de comenzar a dispensarse el tratamiento programado en el Estado miembro de estancia, tiene derecho a que la institución competente le reembolse directamente un importe equivalente al que normalmente habría sufragado dicha institución si el asegurado hubiera dispuesto de tal autorización.
- 47 En el primer supuesto, el asegurado tiene derecho a obtener tal reembolso cuando la institución competente haya denegado su solicitud de autorización y, posteriormente, la propia institución competente o una resolución judicial declaren infundada tal denegación [véase, por analogía, en lo que

respecta al artículo 22, apartado 1, letra c), del Reglamento n.º 1408/71, la sentencia de 12 de julio de 2001, Vanbraekel y otros, C-368/98, EU:C:2001:400, apartado 34].

- 48 En el segundo supuesto, el asegurado tiene derecho a que la institución competente le reembolse directamente un importe equivalente al que normalmente habría sufragado la institución si aquel hubiera dispuesto de la correspondiente autorización previa cuando, por razones relacionadas con su estado de salud o con la necesidad de recibir tratamiento urgente en un establecimiento hospitalario, se haya visto imposibilitado de solicitar tal autorización o no haya podido esperar a la resolución de la institución competente sobre la solicitud de autorización presentada. El Tribunal de Justicia declaró a este respecto que una normativa que excluye, en todos los casos, la cobertura de la asistencia hospitalaria dispensada en otro Estado miembro sin autorización priva al asegurado de la cobertura de tal asistencia, aun cuando, por lo demás, concurren los requisitos para ello. Tal normativa, que no puede estar justificada por razones imperiosas de interés general y que, en cualquier caso, no respeta la exigencia de proporcionalidad, restringe de forma injustificada la libre prestación de servicios (véase, por analogía, respecto al artículo 49 CE y al Reglamento n.º 1408/71, la sentencia Elchinov, apartados 45 a 47, 51 y 75).
- 49 En el caso de autos, puesto que consta que WO no solicitó autorización previa, con arreglo al artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004, para el tratamiento programado que le fue dispensado en Alemania y que la denegación de reembolso de los gastos correspondientes con que le respondió la institución competente se basa únicamente en que no solicitó la autorización antes de dispensarse dicho tratamiento, es preciso determinar si, no obstante, tiene derecho, de conformidad con la jurisprudencia dimanante de la sentencia Elchinov, a que la institución competente le reembolse los gastos ocasionados. A tal efecto, incumbe a la institución competente, bajo el control del juez nacional, examinar si se cumplen los dos requisitos señalados en dicha sentencia.
- 50 Por una parte, ha de valorarse si, habida cuenta de las circunstancias particulares relacionadas con el estado de salud o con la necesidad de recibir tratamiento de urgencia en un establecimiento hospitalario, el asegurado se vio imposibilitado de solicitar una autorización para la cobertura de dicho tratamiento en otro Estado miembro o si, habiendo presentado la solicitud de autorización antes de comenzar el tratamiento, no pudo esperar a la resolución de la institución competente sobre dicha solicitud de autorización (véanse, por analogía, la sentencia Elchinov, apartados 45 a 47 y 75 a 77, así como el auto de 11 de julio de 2013, Luca, C-430/12, no publicado, EU:C:2013:467, apartados 28 y 33).
- 51 Por otra parte, es necesario comprobar si, además, concurren los requisitos para que la institución competente se haga cargo del tratamiento programado, con arreglo al artículo 20, apartado 2, segunda frase, del Reglamento n.º 883/2004, requisitos que se han recordado en el apartado 43 de la presente sentencia (véanse, por analogía, la sentencia Elchinov, apartado 45, y el auto de 11 de julio de 2013, Luca, C-430/12, no publicado, EU:C:2013:467, apartado 23).
- 52 En el caso de autos, si el tribunal remitente comprobara que concurren ambos requisitos, el demandante en el litigio principal tendría derecho a obtener directamente de la institución competente el reembolso del importe mencionado en el apartado 46 de la presente sentencia.
- 53 Sin perjuicio de la apreciación que el tribunal remitente deberá efectuar a este respecto, habida cuenta de todas las circunstancias propias del litigio principal, procede poner de relieve, en lo que atañe al primer requisito, que trascurrieron veinte días entre el 29 de septiembre de 2016 —fecha en la que WO se puso en contacto con el médico que ejercía en Alemania, a efectos de un reconocimiento y de un posible tratamiento— y la fecha de la intervención oftalmológica a que fue sometido con éxito en dicho Estado miembro debido a su afección específica, el 18 de octubre de 2016, al día siguiente de la cita acordada para un reconocimiento médico.
- 54 Es cierto que de la resolución de remisión no se desprende que, durante ese período de tiempo, WO se hubiera visto en una situación que le impidiera presentar, ante la institución competente, una solicitud de autorización con arreglo al artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004 para obtener el tratamiento programado que le sería dispensado en Alemania. No obstante, el reconocimiento efectuado en Hungría el 15 de octubre de 2016, cuyo resultado confirmó la urgencia de la intervención

oftalmológica a la que se sometió efectivamente WO en Alemania el 18 de octubre de 2016, puede constituir una indicación en el sentido de que, aun suponiendo que no hubiera estado imposibilitado de presentar una solicitud de autorización previa, no habría podido esperar a la resolución de la institución competente sobre dicha solicitud.

55 Habida cuenta de lo anterior, procede responder a las cuestiones prejudiciales cuarta, quinta y sexta que las disposiciones del artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004 y del artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009, consideradas conjuntamente, a la luz del artículo 56 TFUE, deben interpretarse en el sentido de que:

- La asistencia médica recibida en un Estado miembro distinto de aquel en que reside el asegurado, decidida exclusivamente por este último, debido a que, en su opinión, tal asistencia o los tratamientos con el mismo grado de eficacia no estaban disponibles en el Estado miembro de residencia en un plazo justificable desde el punto de vista médico, está comprendida en el concepto de «tratamiento programado», a efectos de las mencionadas disposiciones, de modo que el derecho a obtener tal asistencia médica, de acuerdo con los requisitos establecidos en el Reglamento n.º 883/2004, está supeditado, en principio, a que la institución competente del Estado miembro de residencia expida una autorización.
- El asegurado que haya recibido tratamiento programado en un Estado miembro distinto del de su residencia, sin haber solicitado, no obstante, autorización a la institución competente, con arreglo al artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004, tendrá derecho al reembolso de los gastos del tratamiento en las condiciones previstas en dicho Reglamento, si
 - por una parte, entre la fecha en que se concertó la cita para un reconocimiento médico y un posible tratamiento en otro Estado miembro, y la fecha en que le fue dispensado el tratamiento en cuestión en ese Estado miembro, al que tuvo que desplazarse, el asegurado se encontraba, por motivos relacionados, en particular, con su estado de salud o con la necesidad de recibir allí urgentemente dicho tratamiento, en una situación que le impedía solicitar tal autorización a la institución competente o esperar a la resolución de esta institución sobre tal solicitud, y
 - por otra parte, se cumplen los demás requisitos para la cobertura de las prestaciones en especie, con arreglo al artículo 20, apartado 2, segunda frase, de ese mismo Reglamento.

Corresponde al tribunal remitente efectuar las comprobaciones necesarias a este respecto.

C. Sobre las cuestiones prejudiciales primera y segunda

56 Mediante las cuestiones prejudiciales primera y segunda, que procede examinar conjuntamente en un segundo momento, el tribunal remitente pide sustancialmente que se dilucide si el artículo 56 TFUE y el artículo 8, apartado 1, de la Directiva 2011/24 deben interpretarse en el sentido de que se oponen a una normativa nacional que supedita, en todos los casos, el reembolso de los gastos de la asistencia médica dispensada al asegurado en otro Estado miembro a una autorización previa, incluso cuando exista, a la espera de que se expida tal autorización, un riesgo real de empeoramiento irreversible del estado de salud del asegurado.

57 La respuesta del Tribunal de Justicia a estas dos cuestiones prejudiciales únicamente sería pertinente para el litigio principal en el supuesto de que WO no tuviera derecho a obtener el reembolso de los gastos del tratamiento que se le administró en Alemania en virtud del artículo 20 del Reglamento n.º 883/2004, interpretado a la luz del artículo 56 TFUE, por no concurrir los requisitos mencionados en el apartado 55 de la presente sentencia.

1. Sobre la autorización previa en relación con el artículo 56 TFUE

58 Procede recordar que, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, la normativa nacional que subordina a una autorización previa la cobertura o el reembolso de los gastos en que haya incurrido el asegurado en otro Estado miembro distinto del Estado de afiliación, cuando la cobertura o el reembolso de los gastos en que haya incurrido en este último Estado miembro no están supeditados a

tal autorización, implica una restricción a la libre prestación de servicios consagrada en el artículo 56 TFUE (véanse, en este sentido, las sentencias de 28 de abril de 1998, Kohll, C-158/96, EU:C:1998:171, apartado 35, y de 27 de octubre de 2011, Comisión/Portugal, C-255/09, EU:C:2011:695, apartado 60).

- 59 El Tribunal de Justicia ha admitido que, entre los objetivos que pueden justificar tal restricción a la libre prestación de servicios se encuentran los de evitar el riesgo de un perjuicio grave del equilibrio financiero del sistema de seguridad social, mantener un servicio médico y hospitalario equilibrado y accesible a todos, mantener la capacidad de asistencia sanitaria o la competencia médica en el territorio nacional y permitir la planificación con objeto, por una parte, de garantizar en el territorio de Estado miembro de que se trate un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos hospitalarios de calidad y, por otra parte, de lograr un control de los gastos y evitar, en la medida de lo posible, cualquier derroche de recursos financieros, técnicos y humanos (véanse, por analogía, la sentencia Elchinov, apartados 42 y 43 así como la jurisprudencia citada).
- 60 No obstante, en este contexto el Tribunal de Justicia ha establecido una distinción entre, por un lado, las prestaciones efectuadas por los médicos en sus consultas o en el domicilio del paciente y, por otro lado, los tratamientos hospitalarios o los tratamientos médicos que requieren de equipos médicos muy especializados y costosos (en lo sucesivo, «tratamientos no hospitalarios especialmente onerosos») no hospitalarios especialmente onerosos (véanse, en este sentido, las sentencias de 28 de abril de 1998, Decker, C-120/95, EU:C:1998:167, apartados 39 a 45; de 28 de abril de 1998, Kohll, C-158/96, EU:C:1998:171, apartados 41 a 52; de 12 de julio de 2001, Smits y Peerbooms, C-157/99, EU:C:2001:404, apartado 76, y de 5 de octubre de 2010, Comisión/Francia, C-512/08, EU:C:2010:579, apartados 33 a 36).
- 61 En particular, el Tribunal de Justicia ha declarado, respecto a los tratamientos hospitalarios y a los tratamientos no hospitalarios especialmente onerosos, que se inscriben dentro de un ámbito con particularidades innegables, que el artículo 56 TFUE no se opone, en principio, a que el derecho de un paciente a recibir tales prestaciones en otro Estado miembro, financiadas por el sistema de que depende, se supedita a una autorización previa (véanse, en este sentido, la sentencia de 5 de octubre de 2010, Comisión/Francia, C-512/08, EU:C:2010:579, apartados 33 a 36, y la sentencia Elchinov, apartados 40 a 43 y jurisprudencia citada).
- 62 El Tribunal de Justicia recordó, no obstante, que es necesario que los requisitos establecidos para la concesión de esa autorización previa estén justificados a la luz de imperativos como los recordados en el apartado 59 de la presente sentencia, que no excedan de lo que sea objetivamente necesario para conseguir tal fin y que no pueda obtenerse el mismo resultado mediante normas menos restrictivas de las libertades de que se trate. 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 esta facultad no pueda ejercerse de manera arbitraria (véase, en este sentido, la sentencia Elchinov, apartado 44 y jurisprudencia citada).
- 63 De la jurisprudencia del Tribunal de Justicia se desprende asimismo que los asegurados que se desplazan sin autorización previa a un Estado miembro distinto del de afiliación para recibir asistencia sanitaria solo pueden aspirar a la cobertura de la asistencia recibida dentro del límite garantizado por el régimen del seguro de enfermedad del Estado de afiliación (véase, por analogía, la sentencia Elchinov, apartado 80 y jurisprudencia citada). Del mismo modo, los requisitos para la concesión de las prestaciones sanitarias siguen siendo exigibles en el caso de la asistencia dispensada en un Estado miembro distinto del de afiliación, siempre y cuando no sean discriminatorios ni obstaculicen la libre circulación de personas. Así sucede, en particular, con la exigencia de consulta previa a un médico generalista antes de consultar a un médico especialista (sentencia de 13 de mayo de 2003, Müller-Fauré y van Riet, C-385/99, EU:C:2003:270, apartados 98 y 106).
- 64 El Tribunal de Justicia también ha precisado que nada se opone a que un Estado miembro fije qué importes de reembolso pueden recibir los pacientes a los que se ha dispensado asistencia sanitaria en otro Estado miembro, siempre y cuando tales importes se basen en criterios objetivos, no

discriminatorios y transparentes (véase, en este sentido, la sentencia de 13 de mayo de 2003, Müller-Fauré y van Riet, C-385/99, EU:C:2003:270, apartado 107).

2. *Sobre la autorización previa con arreglo a la Directiva 2011/24*

- 65 La Directiva 2011/24, como resulta, en particular, de su considerando 8, ha llevado a cabo una codificación de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia relativa a determinados aspectos relacionados con la asistencia sanitaria dispensada en un Estado miembro distinto de aquel en que reside el beneficiario, entre ellos el reembolso de dicha asistencia sanitaria, con el fin de lograr una aplicación más general y asimismo más eficaz de los principios desarrollados caso por caso por el Tribunal de Justicia.
- 66 La Directiva 2011/24 se aplica, en virtud de su artículo 2, letra m), sin perjuicio de lo establecido en los Reglamentos n.ºs 883/2004 y 987/2009. Así, el artículo 8, apartado 3, de dicha Directiva dispone que, «en lo que respecta a las solicitudes de autorización previa que realice una persona asegurada con objeto de recibir asistencia sanitaria transfronteriza, el Estado miembro de afiliación deberá comprobar que se cumplen las condiciones establecidas en el Reglamento [n.º 883/2004]» y precisa que, «cuando se cumplan esas condiciones, la autorización previa se concederá de conformidad con dicho Reglamento, salvo que el paciente solicite otra cosa». El considerando 46 de esa misma Directiva precisa que, cuando se cumplan las condiciones de autorización para la asistencia sanitaria establecidas en el Reglamento n.º 883/2004, debe concederse la autorización y deben efectuarse las prestaciones conforme a dicho Reglamento, salvo si el paciente solicita otra cosa. Esto es aplicable cuando la autorización se concede después de la revisión administrativa o judicial de la solicitud y la persona afectada haya recibido el tratamiento en otro Estado miembro.
- 67 Dentro del capítulo III de la Directiva 2011/24, que regula el reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza, el artículo 7 —cuyo epígrafe es «Principios generales para el reembolso de gastos»— establece en el apartado 1 el principio según el cual, «sin perjuicio del Reglamento [n.º 883/2004] y a reserva de las disposiciones de los artículos 8 y 9, el Estado miembro de afiliación garantizará el reembolso de los gastos contraídos por un asegurado que haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza, siempre que dicha asistencia sanitaria figure entre las prestaciones a que el asegurado tiene derecho en el Estado miembro de afiliación».
- 68 A continuación, el citado artículo 7 de la Directiva 2011/24, en su apartado 4, párrafo primero, dispone que los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza serán reembolsados o abonados directamente por el Estado miembro de afiliación hasta la cuantía que habría asumido dicho Estado si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio, sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada.
- 69 Por otra parte, del apartado 7 del mismo artículo 7 de la Directiva 2011/24 resulta que el Estado miembro de afiliación puede imponer a un asegurado que pida el reembolso de gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, las mismas condiciones, criterios de admisibilidad y trámites reglamentarios y administrativos, ya sea en el nivel local, regional o nacional, que impondría si la asistencia sanitaria se prestase en su territorio, pudiendo incluir una evaluación por un profesional de la salud, siempre que ninguna condición, criterio de elegibilidad ni trámite reglamentario o administrativo que se imponga pueda constituir discriminación ni obstáculo a la libre circulación de los pacientes, los servicios o los bienes, salvo que se justifique de forma objetiva por necesidades de programación.
- 70 Por último, a tenor del apartado 8 del mismo artículo 7 de la Directiva 2011/24 el Estado miembro de afiliación no supeditará el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza a autorización previa, salvo en los casos establecidos en el artículo 8 de la propia Directiva.
- 71 En cuanto al artículo 8 de la Directiva 2011/24, relativo a la «asistencia sanitaria que puede requerir autorización previa», si bien indica, en su apartado 1, que el Estado miembro de afiliación podrá establecer un sistema de autorización previa para el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, conforme a dicho artículo y al artículo 9 de la Directiva, ese mismo artículo 8, apartado 1, precisa que ese sistema, incluidos los criterios y la aplicación de los mismos, así como las decisiones individuales de denegación de la autorización previa, se restringirá a lo que sea necesario y

proporcionado al objetivo que se pretende, y no podrá constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación de los pacientes.

72 El artículo 8, apartado 2, párrafo primero, de la Directiva 2011/24, que establece una lista taxativa de los tipos de asistencia sanitaria que pueden requerir autorización previa, menciona, en su letra a), aquella que «requiera necesidades de planificación relacionadas con el objeto de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro de que se trate, o la voluntad de controlar los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos» y que «suponga que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche» [inciso i)], o «exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos» [inciso ii)].

3. Sobre la aplicación, en el caso de autos, de la jurisprudencia relativa al artículo 56 TFUE y de la Directiva 2011/24

a) Sobre la existencia de una restricción a la libre prestación de servicios

73 De los datos de que dispone el Tribunal de Justicia resulta, por una parte, que, en la fecha de los hechos del litigio principal, en virtud de la normativa nacional —en particular del artículo 27, apartado 6, de la Ley del seguro de enfermedad, en relación con las disposiciones pertinentes del Decreto Gubernamental y del Decreto sectorial—, la cobertura y el reembolso por parte de la institución competente de la asistencia hospitalaria, así como las intervenciones ambulatorias durante un día, cuando se realizaban en otro Estado miembro, dependían de una autorización previa. En cambio, el disfrute de las prestaciones en especie disponibles en el ámbito de la seguridad social húngara a la que estaba afiliado WO no estaba supeditado a tal autorización.

74 Por otra parte, la institución competente denegó en su totalidad la solicitud de WO para el reembolso de los gastos de la asistencia médica que se le había dispensado en Alemania debido a la falta de autorización previa. Esta denegación se refería, sin perjuicio de las comprobaciones que corresponde realizar al tribunal remitente, tanto a los gastos de la intervención oftalmológica practicada el 18 de octubre de 2016 como a los gastos de la consulta médica que tuvo lugar el 17 de octubre de 2016. Sin embargo, de la resolución de remisión no se desprende que el reembolso, en favor de la persona afiliada al sistema obligatorio de seguro de enfermedad húngaro, de los gastos relativos a la consulta médica en Hungría estuviera supeditado a tal autorización.

75 Pues bien, de la jurisprudencia citada en el apartado 58 de la presente sentencia se desprende que un régimen de autorización previa como el establecido por la normativa nacional controvertida en el litigio principal implica una restricción a la libre prestación de servicios.

b) Sobre la justificación del régimen de autorización previa

76 El tribunal remitente alberga dudas en cuanto al carácter proporcionado de la restricción que implica el régimen de autorización previa establecido por la normativa nacional, ya que el reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza está supeditado, en todos los casos, a la concesión de una autorización previa, incluso cuando el asegurado, habida cuenta de su afección específica que requiere asistencia urgente de carácter vital y de la complejidad del procedimiento aplicable, no ha solicitado a la institución competente una autorización antes del inicio del tratamiento. El tribunal remitente añade que, al no estar contemplada la presentación de una solicitud de autorización *a posteriori*, no es posible comprobar, al solicitar el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, si se cumplen los requisitos exigidos al efecto.

77 El Gobierno húngaro explica, por su parte, que el régimen de autorización previa para la cobertura y el reembolso íntegro de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, establecido por la normativa húngara, tiene por objeto permitir al sistema nacional de seguridad social hacer frente a los retos excepcionales, en términos de planificación, que surgen en una sociedad envejecida. Ese mismo Gobierno alega que, si se concediera la posibilidad de solicitar una autorización *a posteriori*, ello dejaría de incitar a los pacientes a solicitar una autorización previa y beneficiaría a aquellos pacientes mejor informados y que dispusieran de medios para obtener asistencia sanitaria en el extranjero, con la consecuencia del agotamiento de los recursos económicos del sistema de seguridad social nacional.

Este sistema de seguridad social, al que están afiliados varios millones de personas, se vería debilitado a largo plazo, tanto financieramente como desde el punto de vista de los recursos humanos.

1) Sobre la admisibilidad de la justificación invocada

- 78 La justificación alegada por el Gobierno húngaro forma parte, en esencia, de la necesidad de permitir una planificación que persiga, por una parte, 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 y, por otra parte, el de garantizar un control de los gastos y evitar, en la medida de lo posible, cualquier derroche de recursos financieros, técnicos y humanos. Pues bien, como resulta de los apartados 59 y 72 de la presente sentencia, tales objetivos pueden justificar, en principio, a la luz tanto de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia relativa al artículo 56 TFUE como del artículo 8, apartado 2, párrafo primero, letra a), de la Directiva 2011/24, el establecimiento de un régimen de autorización previa para el reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria recibida en otro Estado miembro.
- 79 No obstante, como se desprende de los apartados 60, 61 y 72 de la presente sentencia, este imperativo solo puede invocarse, con arreglo tanto a la jurisprudencia del Tribunal de Justicia relativa al artículo 56 TFUE como al artículo 8, apartado 2, párrafo primero, letra a), de la Directiva 2011/24, en determinados supuestos enumerados taxativamente en dicha jurisprudencia y en los incisos i) y ii) de esta última disposición, siendo así que la consulta médica no figura entre aquellos supuestos. De ello se deduce que la restricción a la libre prestación de servicios que implica la autorización previa en el Estado miembro de residencia de tal consulta en el territorio de otro Estado miembro no puede justificarse por referencia a los objetivos mencionados en el apartado anterior de la presente sentencia y no cumple los requisitos establecidos en el artículo 8, apartado 2, párrafo primero, letra a), incisos i) y ii), de la Directiva 2011/24.
- 80 En cuanto a la intervención oftalmológica a la que se sometió WO durante su estancia en Alemania, corresponde al tribunal remitente cerciorarse de que se trata de asistencia hospitalaria o de tratamientos no hospitalarios especialmente onerosos, en el sentido de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia recordada en el apartado 60 de la presente sentencia y del artículo 8, apartado 2, párrafo primero, letra a), incisos i) o ii), de la Directiva 2011/24. Solo en tal supuesto sería admisible, en principio, la necesidad imperiosa invocada por el Gobierno húngaro.

2) Sobre la proporcionalidad del régimen de autorización previa

- 81 En el supuesto de que la asistencia de que se trata sea una asistencia hospitalaria o una asistencia no hospitalaria especialmente onerosa, deberá aún comprobarse si el régimen de autorización previa establecido por la normativa nacional controvertida en el litigio principal para el reembolso de los gastos de la mencionada asistencia recibida en otro Estado miembro respeta los principios de necesidad y de proporcionalidad, de conformidad con la jurisprudencia citada en el apartado 62 de la presente sentencia y con el artículo 8, apartado 1, de la Directiva 2011/24.
- 82 Como ya ha declarado el Tribunal de Justicia, una normativa nacional que excluye en todos los casos la cobertura de la asistencia hospitalaria 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 urgentemente asistencia en un establecimiento hospitalario, se haya visto imposibilitado de solicitar tal autorización o no haya podido esperar a la respuesta de la institución competente, de la cobertura de tal asistencia hospitalaria por parte de dicha institución, aun cuando, por lo demás, se reúnan los requisitos necesarios para tal cobertura (sentencia Elchinov, apartado 45).
- 83 El Tribunal de Justicia ha declarado que, en situaciones como las descritas en el apartado anterior de la presente sentencia, la cobertura de tal asistencia no pone en peligro la consecución de los objetivos de planificación hospitalaria ni constituye un perjuicio grave para el equilibrio financiero del sistema de seguridad social, ya que tal 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 (sentencia Elchinov, apartado 46).

- 84 Las consideraciones efectuadas por el Tribunal de Justicia en relación con el derecho a la cobertura, sin autorización previa, de la asistencia hospitalaria en otro Estado miembro, con arreglo del artículo 49 CE y al artículo 22 del Reglamento n.º 1408/71, pueden trasladarse al contexto del artículo 56 TFUE y de la Directiva 2011/24, en relación con el derecho al reembolso, sin autorización previa, de la asistencia hospitalaria o no hospitalaria especialmente onerosa en otro Estado miembro.
- 85 De ello se deduce que una normativa nacional que excluye el reembolso, por parte de la institución competente, de los gastos relativos a la asistencia hospitalaria o no hospitalaria especialmente onerosa recibida en otro Estado miembro, a falta de autorización previa, incluso en las situaciones particulares en que el asegurado se haya visto en la imposibilidad de solicitar tal autorización o no haya podido esperar a la resolución de la institución competente sobre la solicitud de autorización presentada, por razones relacionadas con su estado de salud o con la necesidad de recibir urgentemente la referida asistencia, aun cuando, por lo demás, se cumplan los requisitos de tal cobertura, no cumple la exigencia de proporcionalidad recordada en los apartados 62 y 71 de la presente sentencia. Por lo tanto, esa normativa nacional supone una restricción desproporcionada de la libre prestación de servicios reconocida en el artículo 56 TFUE, e infringe lo dispuesto en el artículo 8, apartado 1, de la Directiva 2011/24.
- 86 Habida cuenta de lo anterior, procede responder del siguiente modo a las cuestiones prejudiciales primera y segunda:
- El artículo 56 TFUE y el artículo 8, apartado 2, párrafo primero, letra a), de la Directiva 2011/24 deben interpretarse en el sentido de que se oponen a una normativa nacional que, a falta de autorización previa, excluye el reembolso de los gastos de consulta médica en otro Estado miembro, dentro de los límites de la cobertura garantizada por el régimen del seguro de enfermedad del Estado de afiliación.
 - El artículo 56 TFUE y el artículo 8, apartado 1, de la Directiva 2011/24 deben interpretarse en el sentido de que se oponen a una normativa nacional que, en el supuesto de que el asegurado se haya visto en la imposibilidad de solicitar una autorización o no haya podido esperar a la resolución de la institución competente sobre la solicitud presentada, por motivos relacionados con su estado de salud o con la necesidad de recibir urgentemente un tratamiento hospitalario o no hospitalario especialmente oneroso, aun cuando, por lo demás, concurren los requisitos para la cobertura de que se trate, excluye, a falta de autorización previa, la posibilidad de obtener el reembolso, dentro de los límites de la cobertura garantizada por el régimen del seguro de enfermedad del Estado de afiliación, de los gastos por el mencionado tratamiento que se le haya administrado en otro Estado miembro.

D. Sobre la tercera cuestión prejudicial

- 87 Mediante su tercera cuestión prejudicial, que procede examinar en tercer lugar, el tribunal remitente pide sustancialmente que se dilucide si el artículo 9, apartado 3, de la Directiva 2011/24, que obliga a los Estados miembros a establecer plazos razonables para la tramitación de las solicitudes de asistencia sanitaria transfronteriza, debe interpretarse en el sentido de que se opone a una normativa nacional que, con independencia de la afección específica del paciente que ha solicitado autorización previa para la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza, establece un plazo de 31 días para conceder tal autorización y de 23 días para denegarla.
- 88 A este respecto, procede declarar que el artículo 9, apartado 3, de la Directiva 2011/24 obliga a los Estados miembros a establecer plazos razonables en los que deben tramitarse las solicitudes de asistencia sanitaria transfronteriza, así como a tener en cuenta, a la hora de evaluar tales solicitudes, «la afección específica» y «la urgencia y las circunstancias individuales», de conformidad, respectivamente, con las letras a) y b) de la citada disposición.
- 89 Si bien el tribunal remitente indica que el plazo de tramitación de las solicitudes de autorización previa para la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza se fija en la normativa húngara con independencia de la afección específica del paciente que haya solicitado tal autorización, de las observaciones escritas tanto del Gobierno húngaro como de la Comisión se desprende que el artículo 7, apartado 1, del Decreto Gubernamental, que transpuso el artículo 9, apartado 3, de la Directiva 2011/24

al ordenamiento jurídico húngaro, permite a la institución competente tener en cuenta las circunstancias individuales y la urgencia del caso concreto en el curso del procedimiento de autorización previa establecido en el artículo 5 de dicho Decreto.

90 Por otra parte, no se desprende de dato alguno de los autos que obran en poder del Tribunal de Justicia que, al tramitar las solicitudes de autorización previa para la asistencia sanitaria transfronteriza, las instituciones competentes no tengan en cuenta las circunstancias individuales y la urgencia del caso concreto.

91 Así pues, procede responder a la tercera cuestión prejudicial que el artículo 9, apartado 3, de la Directiva 2011/24 debe interpretarse en el sentido de que no se opone a una normativa nacional que establece un plazo de 31 días para conceder la autorización previa para la cobertura de una asistencia sanitaria transfronteriza y de 23 días para denegarla, al tiempo que habilita a la institución competente para tener en cuenta las circunstancias individuales y la urgencia del caso de que se trate.

Costas

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

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

1) Las disposiciones del artículo 20 del Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, y del artículo 26 del Reglamento n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento n.º 883/2004, consideradas conjuntamente, a la luz del artículo 56 TFUE, deben interpretarse en el sentido de que:

- **La asistencia médica recibida en un Estado miembro distinto de aquel en que reside el asegurado, decidida exclusivamente por este último, debido a que, en su opinión, tal asistencia o los tratamientos con el mismo grado de eficacia no están disponibles en el Estado miembro de residencia en un plazo justificable desde el punto de vista médico, está comprendida en el concepto de «tratamiento programado», a efectos de las citadas disposiciones, de modo que el derecho a obtener tal asistencia médica, de acuerdo con los requisitos establecidos en el Reglamento n.º 883/2004, está supeditado, en principio, a que la institución competente del Estado miembro de residencia expida una autorización.**
- **El asegurado que haya recibido tratamiento programado en un Estado miembro distinto del de su residencia, sin haber solicitado, no obstante, autorización a la institución competente, con arreglo al artículo 20, apartado 1, del Reglamento n.º 883/2004, tendrá derecho al reembolso de los gastos del tratamiento en las condiciones previstas en dicho Reglamento, si**
 - **por una parte, entre la fecha en que se concertó la cita para un reconocimiento médico y para un posible tratamiento en otro Estado miembro y la fecha en que el tratamiento en cuestión le fue dispensado en ese Estado miembro, al que tuvo que desplazarse, el asegurado se encontraba, por motivos relacionados, en particular, con su estado de salud o con la necesidad de recibir allí urgentemente dicho tratamiento, en una situación que le impedía solicitar tal autorización a la institución competente o esperar a la resolución de esta institución sobre tal solicitud, y**

- **por otra parte, se cumplen los demás requisitos para la cobertura de las prestaciones en especie, con arreglo al artículo 20, apartado 2, segunda frase, de dicho Reglamento.**

Corresponde al tribunal remitente efectuar las comprobaciones necesarias a este respecto.

- 2) **El artículo 56 TFUE y el artículo 8, apartado 2, párrafo primero, letra a), de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, deben interpretarse en el sentido de que se oponen a una normativa nacional que, a falta de autorización previa, excluye el reembolso de los gastos de consulta médica en otro Estado miembro, dentro de los límites de la cobertura garantizada por el régimen del seguro de enfermedad del Estado de afiliación.**

El artículo 56 TFUE y el artículo 8, apartado 1, de la Directiva 2011/24 deben interpretarse en el sentido de que se oponen a una normativa nacional que, en el supuesto de que el asegurado se haya visto en la imposibilidad de solicitar una autorización o no haya podido esperar a la resolución de la institución competente sobre la solicitud presentada, por motivos relacionados con su estado de salud o con la necesidad de recibir urgentemente un tratamiento hospitalario o médico que requiera de equipos médicos muy especializados y costosos, aun cuando, por lo demás, concurren los requisitos para la cobertura de que se trate, excluye, a falta de autorización previa, la posibilidad de obtener el reembolso, dentro de los límites de la cobertura garantizada por el régimen del seguro de enfermedad del Estado de afiliación, de los gastos por el mencionado tratamiento que se le haya administrado en otro Estado miembro.

- 3) **El artículo 9, apartado 3, de la Directiva 2011/24 debe interpretarse en el sentido de que no se opone a una normativa nacional que establece un plazo de 31 días para conceder la autorización previa para la cobertura de una asistencia sanitaria transfronteriza y de 23 días para denegarla, al tiempo que habilita a la institución competente para tener en cuenta las circunstancias individuales y la urgencia del caso de que se trate.**

Firmas

* Lengua de procedimiento: húngaro.