

WYROK TRYBUNAŁU (wielka izba)

z dnia 16 maja 2006 r. *

W sprawie C-372/04

mającej za przedmiot wniosek o wydanie, na podstawie art. 234 WE, orzeczenia w trybie prejudycjalnym, złożony przez Court of Appeal (England & Wales) (Civil Division) (Zjednoczone Królestwo) postanowieniem z dnia 12 lipca 2004 r., które wpłynęło do Trybunału w dniu 27 sierpnia 2004 r., w postępowaniu:

The Queen, na wniosek:

Yvonne Watts

przeciwko

Bedford Primary Care Trust,

Secretary of State for Health,

* Język postępowania: angielski.

TRYBUNAŁ (wielka izba),

w składzie: V. Skouris, prezes, P. Jann, C.W.A. Timmermans i A. Rosas, prezesi izb,
R. Schintgen, N. Colneric, K. Lenaerts (sprawozdawca), J. Klučka, U. Lõhmus,
E. Levits i A. Ó Caoimh, sędziowie,

rzecznik generalny: L.A. Geelhoed,
sekretarz: L. Hewlett, główny administrator,

uwzględniając procedurę pisemną i po przeprowadzeniu rozprawy w dniu 4 października 2005 r.,

rozważywszy uwagi przedstawione:

- w imieniu Y. Watts przez R. Gordona, QC, uprawnionego przez J. Hyama, solicitor,
- w imieniu rządu Zjednoczonego Królestwa przez E. O'Neill i S. Nwaokolo, działające w charakterze pełnomocników oraz przez D. Lloyd-Jonesa, QC, D. Wyatta, QC, jak również S. Lee, barrister,
- w imieniu rządu belgijskiego przez M. Wimmera, działającego w charakterze pełnomocnika,

- w imieniu rządu hiszpańskiego przez E. Braquehaisa Conesę i J.M. Rodrígueza Cárcamę, działających w charakterze pełnomocników,
- w imieniu rządu francuskiego przez G. de Berguesa i C. Bergeot-Nunes, działających w charakterze pełnomocników,
- w imieniu Irlandii przez D. O'Hagana, działającego w charakterze pełnomocnika oraz przez N. Traversa, BL,
- w imieniu rządu maltańskiego przez S. Camilleriego, działającego w charakterze pełnomocnika oraz przez S. Mifsuda, awukat,
- w imieniu rządu polskiego przez P. Sadowego, działającego w charakterze pełnomocnika,
- w imieniu rządu fińskiego przez T. Pynnę, działającą w charakterze pełnomocnika,
- w imieniu rządu szwedzkiego przez K. Norman i A. Krusego, działających w charakterze pełnomocników,
- w imieniu Komisji Wspólnot Europejskich przez D. Martina i N. Yerrell, działających w charakterze pełnomocników,

po zapoznaniu się z opinią rzecznika generalnego na posiedzeniu w dniu 15 grudnia 2005 r.,

wydaje następujący

Wyrok

- ¹ Wniosek o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym dotyczy wykładni art. 48 WE–50 WE i art. 152 ust. 5 WE, jak również art. 22 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie w brzmieniu zmienionym i zaktualizowanym rozporządzeniem Rady (WE) nr 118/97 z dnia 2 grudnia 1996 r. (Dz.U. 1997, L 28, str. 1, zwanego dalej „rozporządzeniem nr 1408/71”).
- ² Wniosek ten został przedstawiony w ramach sporu spowodowanego odmową Bedford Primary Care Trust (zwanego dalej „Bedford PCT”) zwrotu kosztów pobytu Y. Watts, zamieszkałej w Wielkiej Brytanii, w szpitalu we Francji.

Ramy prawne

Uregulowania wspólnotowe

- ³ Artykuł 22 rozporządzenia nr 1408/71, zatytułowany „Pobyt poza państwem właściwym — Powrót lub przeniesienie miejsca zamieszkania do innego państwa

członkowskiego w okresie choroby lub macierzyństwa — Konieczność udania się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam odpowiedniej opieki”, stanowi:

„1. Pracownik najemny lub osoba prowadząca działalność na własny rachunek, którzy spełniają warunki wymagane przez ustawodawstwo państwa właściwego w celu uzyskania prawa do świadczeń, z uwzględnieniem, w odpowiednim przypadku, przepisów art. 18 oraz:

[...]

- c) której instytucja właściwa udzieliła zgody na udanie się na terytorium innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam odpowiedniej opieki, właściwej w jej stanie;

mają prawo:

- i) do świadczeń rzeczowych udzielanych przez instytucję miejsca pobytu lub zamieszkania na rachunek instytucji właściwej, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem, tak jak gdyby była w niej ubezpieczona, przy czym okres udzielania świadczeń jest określany przez ustawodawstwo państwa właściwego;

[...].

2. [...]

Nie można odmówić udzielenia zgody wymaganej na podstawie ust. 1 lit. c) w przypadku, gdy leczenie, o którym mowa, jest jednym ze świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, którego terytorium zainteresowany zamieszkuje, i jeżeli ta osoba nie może być poddana leczeniu w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia w państwie członkowskim zamieszkania, uwzględniając aktualny stan zdrowia zainteresowanego i prawdopodobny dalszy przebieg choroby.

[...]”.

- ⁴ Jak wynika z decyzji nr 153 (94/604/WE) Komisji Administracyjnej Wspólnot Europejskich do Spraw Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących z dnia 7 października 1993 r. w sprawie wzorów druków niezbędnych dla stosowania rozporządzeń Rady (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 (E 001, E 103–E 127) (Dz.U. 1994, L 24, str. 22), druk E 112 jest zaświadczeniem niezbędnym dla stosowania art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) rozporządzenia nr 1408/71.

Uregulowania krajowe

- ⁵ Ustawa z 1977 r. o krajowej służbie zdrowia (National Health Service Act 1977, zwana dalej „NHS Act”) przewiduje, że minister zdrowia jest zobowiązany do świadczenia państwowej opieki zdrowotnej w Anglii i Walii.

6 Zobowiązanie to zostało uściślone w art. 1 i 3 NHS Act w sposób następujący:

„Artykuł 1

1. (1) Minister wspiera rozwój całościowej opieki zdrowotnej w Anglii i Walii w celu zapewnienia poprawy:

- a) zdrowia fizycznego i psychicznego osób zamieszkujących na terenie wymienionych części kraju oraz
- b) profilaktyki, diagnozowania i leczenia chorób i w tym celu świadczy lub zapewnia skuteczne świadczenie usług zgodnie z niniejszą ustawą.

(2) Tak uzyskane świadczenia są bezpłatne, chyba że ponoszenie i odzyskiwanie kosztów przewidziane jest wyraźnie ustawą lub na podstawie ustawy, bez względu na datę jej przyjęcia.

[...]

Artykuł 3

3. (1) W zakresie, jaki uzna za konieczny dla spełnienia wszystkich racjonalnych wymogów, minister zapewnia na całym terytorium Anglii i Walii:

- a) infrastrukturę szpitalną;
- b) pozostałą infrastrukturę w celu udzielania świadczeń przewidzianych w niniejszej ustawie;
- c) usługi lekarskie, dentystyczne, pielęgniarские oraz pogotowia;
- d) pozostałą infrastrukturę w zakresie opieki nad kobietami w ciąży, matkami karmiącymi oraz małymi dziećmi, jaką uzna za użyteczną w ramach opieki zdrowotnej;
- e) infrastrukturę w zakresie usług profilaktycznych, usług w zakresie opieki nad osobami chorymi oraz usług rehabilitacyjnych, jaką uzna za użyteczną w ramach opieki zdrowotnej;
- f) wszelkich innych usług koniecznych do wykrywania i leczenia chorób”.

- 7 Według wskazówek zawartych w postanowieniu odsyłającym National Health Service (zwana dalej „NHS”) charakteryzuje się następującymi cechami.
- 8 Opieka szpitalna jest świadczona bezpłatnie przez podmioty wchodzące w skład NHS, bez nastawienia na zysk, wszystkim osobom zamieszkującym na terytorium Zjednoczonego Królestwa.
- 9 Opieka ta jest finansowana bezpośrednio ze środków państwowych, głównie z wpływów podatkowych rozdzielonych przez rząd pomiędzy ośrodki podstawowych usług zdrowotnych (Primary Care Trusts, zwane dalej „PCT”) w zależności od potrzeb ludności zamieszkującej ich sektor geograficzny.
- 10 Pracownicy ani pracodawcy nie opłacają składki na finansowanie NHS. Pacjenta nie obciąża się współfinansowaniem usług.
- 11 Nie istnieje krajowy rejestr usług zdrowotnych.
- 12 Dostęp do opieki szpitalnej jest zasadniczo uzależniony od decyzji lekarza ogólnego.

- 13 W związku z tym, że budżet przyznany NHS przez rząd nie jest wystarczający dla zapewnienia natychmiastowej opieki wszystkim pacjentom niezależnie od stopnia pilności, NHS korzysta z dostępnych środków poprzez ustalanie priorytetów, czego wynikiem są dość długie listy oczekujących na mniej pilne leczenie. Do podmiotów NHS należy decyzja, w jaki sposób zachować, w ramach przydzielonych im środków budżetowych, równowagę między poszczególnymi priorytetami klinicznymi, w zgodzie z wytycznymi krajowymi.
- 14 Listy oczekujących mają na celu, po pierwsze, zapewnienie opieki szpitalnej zgodnej z priorytetami i decyzjami podmiotów NHS w zakresie korzystania z dostępnych środków oraz, po drugie, zapewnienie sprawiedliwego traktowania pacjentów wymagających leczenia szpitalnego z powodu odmiennych problemów zdrowotnych i przedstawiających różne stopnie pilności.
- 15 Pacjenci objęci systemem NHS nie mogą korzystać z określonego leczenia w określonej chwili. Rodzaj, miejsce, chwila przyjęcia i czas trwania opieki szpitalnej są ustalane w zależności od priorytetów klinicznych i środków właściwego podmiotu NHS, a nie od wyboru pacjenta. Decyzje podmiotów NHS mogą być zaskarżane do sądu, lecz skargi te są najczęściej oddalane.
- 16 Zważywszy na bezpłatność opieki świadczonej w ramach NHS, kwestia zwrotu jej kosztów nie powstaje i nie jest regulowana. W związku z tym przepisy brytyjskie nie przewidują stawek, według których następowałby zwrot kosztów.
- 17 Pacjenci objęci systemem NHS nie mogą korzystać na koszt NHS z prywatnej opieki szpitalnej w Anglii i Walii.

- 18 PCT są podmiotami publicznymi utworzonymi na podstawie art. 16 A NHS Act, dołączonego przez art. 2 Health Act 1999 (ustawa z 1999 r. o ochronie zdrowia) i zmienionego przez National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002 (ustawa z 2002 r. o reformie krajowej służby zdrowia i o zawodach medycznych). Ich skład jest ustalany w drodze aktów wykonawczych. Niektórzy z ich członków są wyznaczani przez ministra. Rola PCT polega na planowaniu i zapewnianiu opieki zdrowotnej, w tym medycyny ogólnej na poziomie lokalnym. Każdy region należy do jednego PCT. W każdym roku budżetowym, ministerstwo zdrowia przekazuje różnym PCT z góry określoną kwotę przeznaczoną na pokrycie kosztów związanych z opieką szpitalną oraz kosztów ogólnych.
- 19 „NHS trusts” są wyodrębnionymi osobami prawnymi, utworzonymi na podstawie National Health Service and Community Care Act 1990 (ustawa z 1990 r. o krajowej służbie zdrowia i opiece w miejscu zamieszkania). Artykuł 5 ust. 1 tej ustawy, w brzmieniu zmienionym art. 13 ustawy z 1999 r. o ochronie zdrowia stanowi, iż NHS trusts mają na celu zapewnienie dóbr i usług w ramach NHS. Zadania tych trusts są określane zarządzeniem ministra. Prawie wszystkie szpitale brytyjskie są zarządzane przez NHS trust. NHS trusts otrzymują środki z PCT odpowiadające leczeniu i usługom medycznym, zamówionym przez PCT.
- 20 Współpraca pomiędzy PCT i NHS trusts opiera się, zgodnie z art. 4 ustawy z 1990 r., na systemie „kontraktów NHS”, które nie mają mocy wykonawczej, lecz którym przypisana jest specjalna forma wewnętrznego arbitrażu powierzonego właściwemu ministrowi. Kontrakty NHS są generalnie ustalane na podstawie porozumienia, które określa ilość oczekiwanych usług i odpowiadające im finansowanie.
- 21 PCT i NHS trusts nie są podmiotami nastawionymi na zysk. Przyznane środki budżetowe, które nie zostały wydane, mogą zostać pod pewnymi warunkami przeniesione na następny rok. W przeciwnym razie należy je zwrócić rządowi.

- 22 Pacjenci, którzy nie mają faktycznego miejsca zamieszkania na terytorium Zjednoczonego Królestwa mogą uzyskać opiekę medyczną w ramach NHS zasadniczo odpłatnie. NHS (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1989 (rozporządzenie z 1989 r. o opłatach dla pacjentów zza granicy) określa sposoby ponoszenia i odzyskiwania kosztów związanych z opieką udzieloną tym pacjentom przez NHS. PCT mają obowiązek podjęcia takich działań, chyba że przypadek pacjenta należy do wyjątków określonych we wspomnianym rozporządzeniu. To ostatnie przewiduje wyjątki dotyczące, po pierwsze, opieki szpitalnej udzielonej w związku z wypadkiem lub przypadków pilnych oraz, po drugie, uwzględniające prawa osób należących do systemu zabezpieczenia społecznego innego państwa członkowskiego.
- 23 Z postanowienia odsyłającego wynika, że ponieważ rozporządzenie nr 1408/71 jest bezpośrednio stosowane w państwach członkowskich, nie zostało w jakikolwiek sposób wdrożone do prawa brytyjskiego. Pacjent objęty systemem NHS i mający faktyczne miejsce zamieszkania na terytorium Zjednoczonego Królestwa może otrzymać opiekę szpitalną w innym państwie członkowskim na podstawie art. 22 ust. 1 lit. c) tego rozporządzenia. W takim przypadku zwrot kosztów związanych z opieką dokonuje się zgodnie z tym rozporządzeniem bezpośrednio na rzecz instytucji państwa członkowskiego, w którym opieka została udzielona, według stawki zwrotu obowiązującej w tym państwie członkowskim.

Postępowanie przed sądem krajowym

- 24 Cierpiąca na zwyrodnienie stawów biodrowych Y. Watts została poinformowana przez Bedford PCT o możliwości przeprowadzenia operacji za granicą na podstawie formularza E 112.
- 25 W dniu 1 października 2002 r. została przebadana przez brytyjskiego lekarza specjalistę, który pismem z dnia 28 października 2002 r. poinformował Bedford PCT,

że przypadek Y. Watts wymaga takiej samej uwagi, jak inni jego pacjenci dotknięci zaawansowanym artretyzmem, że jej mobilność jest znacznie ograniczona i że cierpi ona na ciągłe bóle. Lekarz ten zaklasyfikował przypadek Y. Watts do kategorii „przypadków rutynowych”, co oznaczało, że będzie ona musiała poczekać około roku na zabieg chirurgiczny w miejscowym szpitalu.

26 W dniu 21 listopada 2002 r. Bedford PCT odmówił wydania Y. Watts formularza E 112 z tego powodu, że drugi warunek zawarty w art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71 nie został spełniony. Uznał on, że leczenie pacjentki mogło być wykonane w miejscowym szpitalu „w terminie zgodnym z celami rządowego planu zabezpieczenia społecznego”, a zatem „bez nieuzasadnionej zwłoki”.

27 W dniu 12 grudnia 2002 r. Y. Watts wszczęła postępowanie w celu uzyskania upoważnienia do wniesienia skargi na tę odmowną decyzję do sądu.

28 Posiedzenie poświęcone dopuszczalności takiej skargi odbyło się przed High Court of Justice (England & Wales), Queen’s Bench Division (Administrative Court) w dniu 22 stycznia 2003 r. W jego trakcie wskazano, że Y. Watts udała się na początku stycznia 2003 r. do Francji w celu odbycia konsultacji z lekarzem specjalistą, który uznał, że konieczność operowania pacjentki stała się bardziej pilna z uwagi na pogorszenie jej stanu zdrowia. Secretary of State for Health (minister zdrowia) oraz Bedford PCT zaproponowali zatem, aby Y. Watts poddała się ponownym badaniom w celu możliwości dokonania powtórnej analizy decyzji z dnia 21 listopada 2002 r.

29 W dniu 31 stycznia 2003 r. Y. Watts została ponownie przebadana przez brytyjskiego lekarza specjalistę, który badał ją w październiku 2002 r. Pismem z tego samego dnia lekarz ten poinformował Bedford PCT, że odtąd przypadek

Y. Watts należy zaliczyć do kategorii pacjentów, którzy muszą być operowani „wkrótce”, tzn. do kategorii znajdującej się bezpośrednio pomiędzy przypadkami najbardziej nagłymi a przypadkami rutynowymi. Oznaczało to, że zostanie ona operowana w terminie trzech do czterech miesięcy, tzn. w kwietniu lub w maju 2003 r.

- 30 W dniu 4 lutego 2003 r. Bedford PCT ponownie odmówił wydania formularza E 112, gdyż czas oczekiwania na operację w lokalnym szpitalu uległ skróceniu do trzech lub czterech miesięcy. Ponownie oparł się na celach planowania NHS, aby stwierdzić brak nieuzasadnionej zwłoki w przypadku Y. Watts.
- 31 W dniu 7 marca 2003 r. w Abbeville (Francja) założono Y. Watts protezę w biodrze. Y. Watts opłaciła koszty związane z tym zabiegiem medycznym, które odpowiadają sumie 3900 GBP.
- 32 Y. Watts kontynuowała procedurę zmierzającą do uzyskania upoważnienia do zaskarżenia odmownej decyzji Bedford PCT do sądu, a ponadto zażądała zwrotu kosztów medycznych poniesionych we Francji.
- 33 W dniu 1 października 2003 r. High Court of Justice (England & Wales) Queen's Bench Division (Administrative Court), który zawiesił postępowanie w oczekiwaniu na wyrok Trybunału z dnia 13 maja 2003 r. w sprawie C-385/99 Müller-Fauré i van Riet (Rec. str. I-4509) orzekł, że pomimo tego, że o zwrot kosztów związanych z uzyskanym leczeniem wnosi się w ramach NHS, świadczenia medyczne, z których Y. Watts skorzystała we Francji wchodzi w zakres stosowania art. 49 WE.
- 34 Sąd ten jednak oddalił wniosek Y. Watts. Uznając, że „każdy organ krajowy kierujący się prawidłowo zasadami ustalonymi przez [Trybunał], w szczególności w wyrokach

[z dnia 12 lipca 2001 r. w sprawie C-157/99 Smits i Peerbooms (Rec. str. I-5473)], jak również w sprawie Müller-Fauré i van Riet, był zobowiązany stwierdzić w październiku–listopadzie 2002 r., że przewidziany termin około jednego roku był w każdym razie »nieodpowiedni« i stąd umożliwić skorzystanie skarżącej z prawa, w oparciu o art. 49 [WE], do zwrotu kosztów koniecznych do otrzymania leczenia w bardziej rozsądnym terminie w innym państwie członkowskim”, sąd ten orzekł jednak, że po przejściu ponownego badania w końcu stycznia 2003 r. Y. Watts nie była narażona na nieuzasadnioną zwłokę. Uznał on, że okres oczekiwania wynoszący trzy do czterech miesięcy nie uprawniał Y. Watts do leczenia za granicą oraz do żądania zwrotu kosztów tego leczenia od NHS.

35 Y. Watts oraz Secretary of State for Health złożyli odwołanie od tego orzeczenia do Court of Appeal (England and Wales), Civil Division. Odwołanie Y. Watts dotyczyło głównie oddalenia jej wniosku o zwrot kosztów, jak również zawartego w orzeczeniu pierwszej instancji stwierdzenia, że czas oczekiwania mający zastosowanie na podstawie prawa krajowego stanowi istotny czynnik dla celów stosowania art. 49 WE oraz czynnik o zasadniczej wadze w kontekście art. 22 rozporządzenia nr 1408/71. Odwołanie Secretary of State for Health zostało zasadniczo oparte na tym, że pacjenci objęci systemem NHS nie mają prawa powoływać się na art. 49 WE, gdyż przypadek Y. Watts powinien być rozpatrzony wyłącznie na podstawie art. 22 rozporządzenia nr 1408/71.

36 W postanowieniu z dnia 20 lutego 2004 r. sąd krajowy stwierdza, iż zważywszy na ww. wyroki w sprawie Smits i Peerbooms oraz w sprawie Müller-Fauré i van Riet, krajowe usługi zdrowotne, takie jak świadczone przez NHS, finansowane ze środków państwowych, wchodzą w zakres stosowania art. 49 WE. Dodaje on jednak, iż z pkt 98 ww. wyroku w sprawie Müller-Fauré i van Riet wynika, że określone w tym przepisie prawo do uzyskania opieki za granicą jest uzależnione od istnienia prawa do uzyskania leczenia we właściwym państwie członkowskim, czego nie posiadają pacjenci brytyjscy w ramach NHS.

- 37 Sąd ten jest zdania, że w związku z tym, iż czynności medyczne stanowią świadczenie usług w rozumieniu art. 49 WE, władze krajowe zobowiązane do finansowania opieki zdrowotnej nie mogą zasadniczo utrudniać osobom zamieszkałym na terytorium tego państwa uzyskania opieki w innym państwie członkowskim, chyba że takie ograniczenie mogłoby być uzasadnione koniecznością zachowania równowagi i dostępności dla wszystkich w zakresie usług medycznych i szpitalnych, jednakże takie uzasadnienie nie może wiązać się z nieuzasadnioną zwłoką w leczeniu pacjenta w państwie członkowskim jego miejsca zamieszkania.
- 38 Zauważa on, że zgodnie z wyrokiem z dnia 23 października 2003 r. w sprawie C-56/01 Inizan, Rec. str. I-12403, wykładni pojęcia nieuzasadnionej zwłoki należy dokonywać, na wzór drugiego warunku zawartego w art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71, w oparciu o względy medyczne każdego indywidualnego przypadku, a nie na podstawie zwykłych terminów oczekiwania oraz list uzasadnianych względami ekonomicznymi. Potwierdza jednakże, że jak dotąd Trybunał nie przedstawił jasnej odpowiedzi w przedmiocie wykładni tego pojęcia.
- 39 Zastanawia się on również, w świetle ww. wyroku w sprawie Inizan, nad wagą względów budżetowych w kontekście sprawy przed sądem krajowym. Sąd ten ma wątpliwość, czy należy uznać, że państwo członkowskie jest zobowiązane wyłożyć środki umożliwiające jego obywatelom uzyskanie leczenia za granicą w krótszym terminie, ryzykując doprowadzenie do wydłużenia terminów do uzyskania leczenia w najpilniejszych przypadkach na terytorium krajowym oraz negatywny wpływ na zarządzanie środkami i planowanie danego systemu opieki zdrowotnej.
- 40 Zakładając, że taki obowiązek istnieje, zastanawia się on czy dane państwo członkowskie jest zobowiązane do zwrotu kosztów leczenia uzyskanego za granicą według przepisów prawnych państwa członkowskiego miejsca pobytu, zgodnie z art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, czy według własnych przepisów, zgodnie z art. 49 WE. Zastanawia się on również, czy w takim przypadku koszty podróży i pobytu powinny być również uwzględnione.

- 41 Podkreśla on, że obowiązek zwrotu kosztów według przepisów właściwego państwa członkowskiego oznaczałby dla systemu takiego jak NHS, w którym opieka zdrowotna jest bezpłatna, obowiązek całkowitego zwrotu kosztów. Uważa on zatem, iż gdyby pojęcie nieuzasadnionej zwłoki należało oceniać w oderwaniu od względów budżetowych, zastosowanie art. 49 WE oznaczałoby wejście prawa wspólnotowego do polityki budżetowej państw członkowskich w dziedzinie zdrowia publicznego, co może budzić wątpliwości zważywszy na art. 152 ust. 5 WE.

Pytania prejudycjalne

- 42 W tych okolicznościach Court of Appeal (England & Wales) (Civil Division) postanowił zawiesić postępowanie i zwrócił się do Trybunału z następującymi pytaniami prejudycjalnymi:

- „1) Mając na uwadze charakter NHS i jego status w systemie prawa wewnętrznego, czy wykładni art. 49 WE, zgodnie z linią orzecznictwa przyjętą w sprawach *Smits* [i *Peerbooms*], *Müller-Fauré* [i *van Riet*] oraz *Inizan*, należy dokonywać w ten sposób, że co do zasady osoby mające zwykle miejsce zamieszkania na terytorium Zjednoczonego Królestwa są uprawnione zgodnie z prawem wspólnotowym do uzyskania opieki szpitalnej w innych państwach członkowskich na koszt NHS?

W szczególności, czy w świetle właściwej wykładni art. 49 WE:

- a) istnieje jakakolwiek różnica pomiędzy krajową służbą zdrowia, finansowaną z budżetu państwa, jak NHS, a funduszami ubezpieczeniowymi, jak

holenderski system ZFW, w szczególności biorąc pod uwagę fakt, iż NHS nie posiada funduszu, z którego płatności winny być dokonane?

- b) NHS jest zobowiązany wyrazić zgodę na takie świadczenie zdrowotne w innym państwie członkowskim i ponieść jego koszty, mimo faktu, iż nie jest on zobowiązany do poniesienia kosztów takich świadczeń, jeżeli są one uzyskiwane od prywatnego usługodawcy działającego na terytorium Zjednoczonego Królestwa?
- c) ma znaczenie fakt, iż pacjent uzyskuje opiekę niezależnie od właściwego podmiotu NHS i bez jej uprzedniej zgody lub zawiadomienia?

- 2) Czy dla udzielenia odpowiedzi na pytanie pierwsze jest istotne, czy opieka szpitalna świadczona przez NHS jest sama w sobie świadczeniem usług w rozumieniu art. 49 WE?

Jeśli tak, to czy w świetle okoliczności przedstawionych powyżej, wykładni art. 48 [WE], 49 [WE] i 50 WE należy co do zasady dokonywać w ten sposób, że:

- a) zapewnianie opieki szpitalnej przez podmioty NHS stanowi świadczenie usług w rozumieniu art. 49 WE;
- b) pacjent uzyskujący opiekę szpitalną w ramach NHS korzysta z prawa do otrzymania usług w rozumieniu art. 49 WE; i

c) podmioty NHS udzielające opieki szpitalnej są usługodawcami w rozumieniu art. 48 [WE] i 50 WE?

3) Jeżeli art. 49 WE ma zastosowanie do NHS, czy sam NHS lub minister może powołać się, jako na obiektywną podstawę odmowy wydania uprzedniej zgody na uzyskanie opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim, na:

a) fakt, iż taka zgoda zaburzyłaby poważnie system NHS polegający na zarządzaniu priorytetami medycznymi przy pomocy list oczekujących;

b) fakt, iż taka zgoda doprowadziłaby do sytuacji, w której pacjenci, u których interwencja medyczna jest mniej pilna uzyskaliby pierwszeństwo przed pacjentami wymagającymi pilniejszej interwencji medycznej;

c) fakt, iż taka zgoda spowodowałaby przeniesienie środków na finansowanie mniej pilnych świadczeń dla tych pacjentów, którzy są gotowi wyjechać za granicę, przez co poszkodowani byłiby pacjenci, którzy nie chcą lub nie są w stanie wyjechać za granicę, jak również zwiększenie kosztów podmiotów NHS;

d) fakt, iż taka zgoda może zobowiązywać Zjednoczone Królestwo do zapewnienia dodatkowych środków w budżecie NHS lub też ograniczenia zakresu dostępnych świadczeń zdrowotnych w ramach NHS;

e) porównawcze koszty leczenia i związane z tym koszty dodatkowe w innym państwie członkowskim?

- 4) Celem określenia, czy opieka może zostać udzielona »w stosownym czasie« w rozumieniu art. 49 WE, w jakim zakresie jest niezbędne lub dopuszczalne powoływanie się na następujące kryteria:
- a) czas oczekiwania;
 - b) priorytety kliniczne określone przez właściwy podmiot NHS;
 - c) zarządzanie zapewnianiem opieki szpitalnej stosownie do priorytetów zmierzających do uzyskania najlepszych rezultatów w ramach ograniczonych zasobów;
 - d) fakt, iż opieka świadczona w ramach NHS jest bezpłatna w miejscu jej udzielenia;
 - e) indywidualny stan zdrowia pacjenta, historię i ewentualny rozwój choroby, z powodu której pacjent wymaga opieki?
- 5) Zgodnie z właściwą wykładnią art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia [nr] 1408/71, a w szczególności sformułowania »w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia«:
- a) czy kryteria mające tu zastosowanie są tożsame z kryteriami mającymi zastosowanie do sformułowania »w stosownym czasie« dla celów art. 49 WE?

b) w razie odpowiedzi przeczącej, w jakim zakresie jest niezbędne lub dopuszczalne uwzględnienie czynników wymienionych w pytaniu czwartym?

6) W przypadkach gdy prawo wspólnotowe zobowiązuje państwo członkowskie do sfinansowania opieki szpitalnej udzielonej w innych państwach członkowskich osobom mającym zwykle miejsce zamieszkania na terytorium pierwszego państwa członkowskiego, czy koszt takiego leczenia winien być obliczony na podstawie art. 22 rozporządzenia [nr] 1408/71 z odniesieniem do przepisów prawnych państwa członkowskiego, gdzie leczenie się odbywa, czy też na podstawie art. 49 WE z odniesieniem do przepisów prawnych państwa członkowskiego miejsca zamieszkania?

W każdym z przypadków:

a) jaki jest dokładny zakres obowiązku finansowania lub zwrotu kosztów opieki szpitalnej, w szczególności, gdy jak w przypadku Zjednoczonego Królestwa opieka ta jest bezpłatna w miejscu udzielenia i nie istnieje na poziomie krajowym cennik świadczeń w celu zwrotu pacjentom kosztów leczenia?

b) czy taki obowiązek ogranicza się do faktycznego kosztu leczenia lub jego odpowiednika udzielonego w pierwszym państwie członkowskim?

c) czy obejmuje to również obowiązek zwrotu kosztów podróży i zakwaterowania?

7) Czy wykładni art. 49 WE i art. 22 rozporządzenia [nr] 1408/71 należy dokonywać w ten sposób, że nakładają one na państwa członkowskie obowiązek

finansowania opieki szpitalnej udzielonej w innych państwach członkowskich bez względu na ograniczenia budżetowe, a jeśli tak, to czy wymogi te są zgodne z odpowiedzialnością państw członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej, zgodnie z art. 152 ust. 5 WE?”.

W przedmiocie pytań prejudycjalnych

Uwagi wstępne

- ⁴³ Przez swoje pytania sąd krajowy zmierza do ustalenia zarówno zakresu przepisów traktatu WE dotyczących swobody świadczenia usług, jak i zakresu art. 22 rozporządzenia nr 1408/71.
- ⁴⁴ Jak zaproponowała Komisja Wspólnot Europejskich w swoich uwagach na piśmie, należy najpierw wypowiedzieć się w przedmiocie wniosku o wykładnię art. 22 rozporządzenia nr 1408/71.
- ⁴⁵ W świetle postanowienia odsyłającego bezspornym jest, że Y. Watts ubiegała się o udzielenie zgody na udanie się, na podstawie formularza E 112, do innego państwa członkowskiego, aby otrzymać tam na koszt NHS opiekę właściwą przy jej stanie zdrowia, na podstawie art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) rozporządzenia nr 1408/71. Ponadto z tegoż postanowienia wynika, że Bedford PCT, do którego należy Y. Watts odmówił jej takiej zgody z uwagi na to, że zainteresowana nie spełniała warunków określonych w art. 22 ust. 2 tego rozporządzenia.

- ⁴⁶ Zastosowanie wspomnianego art. 22 w niniejszej sprawie nie wyklucza jednakże, by zagadnienie to wchodziło również w zakres stosowania art. 49 WE.
- ⁴⁷ To, że przepis krajowy mógłby ewentualnie być zgodny z przepisem prawa wtórnego, w niniejszym przypadku art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, nie oznacza, że ów przepis krajowy znajduje się poza zakresem stosowania przepisów traktatu WE (wyrok z dnia 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-158/96 Kohll, Rec. str. I-1931, pkt 25).
- ⁴⁸ Z drugiej strony należy przypomnieć, że art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) rozporządzenia nr 1408/71 przyznaje prawo do świadczeń rzeczowych udzielanych na rachunek instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego, w którym świadczenia są udzielane, tak jak gdyby zainteresowany był ubezpieczony w tej ostatniej instytucji (zob. ww. wyrok w sprawie Inizan, pkt 20). Zastosowanie art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 do spornej sytuacji nie wyklucza, by zainteresowany mógł równocześnie, na podstawie art. 49 WE, mieć prawo do dostępu do opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim na warunkach pokrywania kosztów innych niż warunki przewidziane w art. 22 (zob. podobnie wyrok z dnia 12 lipca 2001 r. w sprawie C-368/98 Vanbraekel i in., Rec. str. I-5363, pkt 37–53).
- ⁴⁹ W tej sytuacji należy najpierw odpowiedzieć na wniosek o wykładnię art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, zawarty w pytaniu piątym, następnie na wnioski o wykładnię przepisów dotyczących swobodnego świadczenia usług przedstawione w czterech pierwszych pytaniach, a wreszcie na szóste i siódme pytanie, które dotyczą zarówno art. 49 WE jak i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71.
- ⁵⁰ Za Komisją należy jeszcze zauważyć, że niniejsza sprawa dotyczy wyłącznie świadczeń medycznych udzielanych w ramach hospitalizacji i wymagających pobytu zainteresowanej w placówce, w ramach której wspomniane świadczenia są udzielane.

W przedmiocie pytania piątego

- 51 Przez to pytanie sąd krajowy zmierza zasadniczo do ustalenia, czy kryteria wykładni wyrażenia „w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia”, zawartego w art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71, są tożsame z kryteriami służącymi do zdefiniowania pojęcia „stosowny czas” w kontekście art. 49 WE.
- 52 Odwołując się na tym etapie do czwartego pytania, sąd krajowy chciałby również wiedzieć czy — dla dokonania wykładni terminu, o którym mowa w art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71 — jest niezbędne lub dopuszczalne uwzględnienie czynników wymienionych w tym pytaniu czwartym, czyli istnienia czasu oczekiwania, priorytetu klinicznego określonego przez właściwy podmiot NHS, zarządzania zapewnianiem opieki szpitalnej stosownie do priorytetów zmierzających do uzyskania najlepszych rezultatów w ramach ograniczonych środków, faktu, iż opieka świadczona w ramach NHS jest bezpłatna w miejscu jej udzielenia, indywidualnego stanu zdrowia pacjenta, historii i ewentualnego rozwoju choroby, z powodu której pacjent wymaga opieki.
- 53 Na wstępie trzeba przypomnieć, że art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, wpisując się w ramy ogólnych celów traktatu WE, należy do tych środków, które na warunkach w nim przewidzianych mają pozwolić pacjentowi podlegającemu przepisom prawnym jednego państwa członkowskiego na korzystanie ze świadczeń rzeczowych w innych państwach członkowskich niezależnie od tego, w jakiej krajowej instytucji jest ubezpieczony lub gdzie znajduje się jego miejsce zamieszkania (wyroki z dnia 3 lipca 2003 r. w sprawie C-156/01 Van der Duin i ANOZ Zorgverzekeringen, Rec. str. I-7045, pkt 50, oraz z dnia 12 kwietnia 2005 r. w sprawie C-145/03 Keller, Zb.Orz. str. I-2529, pkt 45).
- 54 Gwarantując w ust. 1 lit. c) pacjentowi, który podlega ustawodawstwu jednego z państw członkowskich i który posiada zgodę instytucji właściwej na udanie się na terytorium innych państw członkowskich w celu skorzystania tam z opieki, na

równie korzystnych warunkach pokrywania kosztów, do jakich uprawnione są osoby podlegające ustawodawstwu tych państw członkowskich oraz uściślając w ust. 2 akapit drugi, iż właściwa instytucja krajowa nie może odmówić udzielenia zgody na leczenie, jeśli oba warunki wymienione w tymże przepisie są spełnione, art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 przyczynia się w tym samym stopniu do ułatwienia swobodnego przepływu pacjentów między państwami członkowskimi, jak i do świadczenia tranzgranicznych usług medycznych (zob. podobnie ww. wyroki w sprawie Vanbraekel i in., pkt 32; w sprawie Inizan, pkt 21 oraz w sprawie Keller, pkt 46).

55 Artykuł 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71 wymienia dwa warunki, których spełnienie powoduje obowiązek udzielenia przez właściwą instytucję, bez względu na to w jakim państwie członkowskim się ona znajduje, uprzedniej zgody, do której odwołuje się wspomniany przepis (zob. ww. wyrok w sprawie Inizan, pkt 37).

56 Pierwszy warunek jest spełniony, gdy leczenie, o którym mowa, jest jednym ze świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, którego terytorium zainteresowany zamieszkuje. Nie wydaje się, aby w sprawie będącej przedmiotem postępowania przed sądem krajowym, odmowa pokrycia kosztów leczenia była uzasadniona niedopełnieniem tego pierwszego warunku.

57 Drugi warunek jest spełniony tylko wtedy, gdy leczenie, któremu ma poddać się pacjent w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie miejsca zamieszkania, nie może, zważywszy na aktualny stan zdrowia zainteresowanego i prawdopodobny dalszy przebieg jego choroby, być przeprowadzone w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia w państwie członkowskim miejsca zamieszkania.

58 Ten drugi warunek jest niewątpliwie przedmiotem sporu w postępowaniu przed sądem krajowym, co wynika zarówno z brzmienia pytania piątego, jak i sposobu, w jaki właściwy podmiot poinformował zainteresowaną o odmowie wydania formularza E 112 (zob. pkt 26 i 30 niniejszego wyroku).

- 59 Jak podnoszą Y. Watts, rządy belgijski i francuski oraz Komisja w swoich uwagach na piśmie, w pkt 45 i 46 ww. wyroku w sprawie Inizan Trybunał przedstawiając wykładnię terminu, o którym mowa w art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71, posłużył się wykładnią wyrażenia „w stosownym czasie” dokonaną w ww. wyrokach w sprawie Smits i Peerbooms (pkt 103 i 104) oraz w sprawie Müller-Fauré i van Riet (pkt 89 i 90), odnośnie do oceny zgodności z art. 49 WE przepisu krajowego uzależniającego pokrycie kosztów opieki szpitalnej udzielonej w innym państwie członkowskim od warunku związanego z niezbędnością tej opieki.
- 60 Jak podkreślił to rzecznik generalny w pkt 101 opinii, brak jest jakiegokolwiek poważnego uzasadnienia dla innych wykładni w kontekście art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 ani w kontekście art. 49 WE, biorąc pod uwagę, że w jednym i drugim przypadku powstaje pytanie, jak zauważył rząd belgijski w swoich uwagach na piśmie, czy opieka szpitalna, której wymagał stan zdrowia zainteresowanej, mogła być udzielona na terytorium państwa członkowskiego miejsca zamieszkania w możliwym do przyjęcia terminie, który nie niweczyłby jej użyteczności i skuteczności.
- 61 W ww. wyroku w sprawie Inizan (pkt 45) Trybunał orzekł, odwołując się przez analogię do pkt 103 ww. wyroku w sprawie Smits i Peerbooms, jak również do pkt 89 ww. wyroku w sprawie Müller-Fauré i van Riet, że drugi warunek zawarty w art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71 nie jest spełniony, w przypadku gdy okazuje się, że identyczne leczenie lub leczenie o tym samym stopniu skuteczności dla pacjenta może być udzielone w stosownym czasie w państwie członkowskim miejsca zamieszkania pacjenta.
- 62 Wzorując się na pkt 104 ww. wyroku w sprawie Smits i Peerbooms, jak również na pkt 90 ww. wyrok w sprawie Müller-Fauré i van Riet, Trybunał uściślił, iż w celu oceny, czy leczenie o tym samym stopniu skuteczności dla pacjenta może być udzielone w stosownym czasie w państwie członkowskim miejsca zamieszkania, właściwa instytucja jest zobowiązana uwzględnić wszystkie okoliczności każdego indywidualnego przypadku, uwzględniając należycie nie tylko sytuację medyczną

pacjenta w chwili, gdy ten ubiegał się o zgodę oraz w razie potrzeby stopień bólu lub rodzaj niepełnosprawności pacjenta, która mogłaby na przykład uniemożliwiać lub nadmiernie utrudniać wykonywanie działalności zawodowej, lecz również jej wcześniejszy przebieg (ww. wyrok w sprawie Inizan, pkt 46).

⁶³ W ww. wyroku w sprawie Müller-Fauré i van Riet (pkt 92) Trybunał zresztą podkreślił, że w celu ustalenia czy identyczne leczenie lub leczenie o tym samym stopniu skuteczności dla pacjenta jest dostępne w stosownym czasie w placówce znajdującej się na terytorium państwa członkowskiego miejsca zamieszkania, właściwa instytucja nie może opierać się wyłącznie na istnieniu list oczekujących na danym terytorium, bez uwzględnienia konkretnych okoliczności sytuacji medycznej danego pacjenta.

⁶⁴ To ostatnie uściślenie, przedstawione odnośnie do art. 49 WE, może być powtórzone w kontekście art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, zważywszy na uwagi przedstawione w pkt 59 i 60 niniejszego wyroku.

⁶⁵ W tym względzie należy podnieść, że art. 20 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. L 166, str. 1), mający zastąpić art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, przewiduje obowiązek udzielenia rozpatrywanej zgody między innymi w przypadku, gdy opieka nie może być zapewniona w państwie członkowskim miejsce zamieszkania „w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby”.

⁶⁶ W świetle tych właśnie wskazówek należy zwrócić uwagę sądu krajowego na te czynniki spośród wymienionych w pytaniu czwartym, które powinien uwzględnić w celu ustalenia, czy drugi warunek zawarty w art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71 został spełniony.

- 67 W kontekście stałego wzrostu popytu na opiekę szpitalną z uwagi przede wszystkim na rozwój medycyny oraz wydłużenie oczekiwanej długości życia z jednej strony oraz nieuchronnie ograniczonej podaży ze względów budżetowych z drugiej strony, nie można kwestionować tego, że władze krajowe odpowiedzialne za zarządzanie świadczeniem takiej opieki mają prawo wprowadzić, jeśli uznają to za konieczne, system list oczekujących, mających na celu planowanie świadczenia takiej opieki oraz ustalenia priorytetów w zależności od zasobów i dostępnych możliwości.
- 68 Jak wynika również z brzmienia art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71 oraz na podstawie orzecznictwa przywołanego w pkt 62 i 63 niniejszego wyroku, aby instytucja właściwa mogła odmówić zgody, o której mowa w art. 22 ust. 1 lit. c) tego rozporządzenia, uzasadniając to względami dotyczącymi istnienia terminu oczekiwania, powinna wykazać, że termin, w którym placówka należąca do danego systemu krajowego może zapewnić pacjentowi leczenie szpitalne właściwe w jego stanie zdrowia, a wynikający z celów planowania i zarządzania ofertą szpitalną, jakimi kierują się władze krajowe na podstawie ogólnie określonych wcześniej priorytetów klinicznych, nie przekracza terminu możliwego do przyjęcia z uwzględnieniem obiektywnej oceny medycznej potrzeb klinicznych zainteresowanego w świetle jego stanu chorobowego, historii choroby, prawdopodobnego jej przebiegu, stopnia bólu lub rodzaju niepełnosprawności w chwili ubiegania się o zgodę.
- 69 Ponadto, jak zauważa Komisja oraz jak podkreśla rzecznik generalny w pkt 86 opinii, ustalenie terminów oczekiwania musi być dokonane w sposób elastyczny i dynamiczny, umożliwiający ponowną analizę terminu początkowo przedstawionego zainteresowanemu w zależności od ewentualnego pogorszenia jego stanu zdrowia, które nastąpiłoby po pierwszym wniosku o udzielenie zgody.
- 70 O ile termin wynikający z ogólnych celów planowania nie przekracza terminu możliwego do przyjęcia z medycznego punktu widzenia w rozumieniu uściślonym w pkt 68 niniejszego wyroku, właściwa instytucja ma prawo uznać, że drugi warunek zawarty w art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71 nie został spełniony i odmówić wydania zgody, o którą ubiegał się zainteresowany na podstawie ust. 1 lit. c) pkt i) tego przepisu.

- 71 Jeśli pacjenci objęci krajowym systemem opieki zdrowotnej, takim jak rozpatrywany w sprawie przed sądem krajowym, musieliby uzyskać zgodę na udanie się do innego państwa członkowskiego, aby otrzymać tam, na koszt instytucji właściwej, opiekę szpitalną, którą można zapewnić w ramach usług tego systemu w terminie możliwym do przyjęcia z medycznego punktu widzenia w rozumieniu uściślonym w pkt 68 niniejszego wyroku, z tego prostego względu, iż identyczne leczenie lub leczenie o tym samym stopniu skuteczności jest szybciej dostępne w tym innym państwie członkowskim, to doprowadziłoby to do migracji pacjentów, która postawiłaby pod znakiem zapytania cały wysiłek związany z planowaniem i racjonalizacją, podjęty przez właściwe państwo członkowskie w tak ważnym obszarze jak opieka zdrowotna w celu uniknięcia problemów z nadmiernymi możliwościami opieki szpitalnej, brakiem równowagi w podaży szpitalnej opieki medycznej oraz logistycznym i finansowym marnotrawstwem (zob. podobnie ww. wyroki w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 106, jak również w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 91).
- 72 Z drugiej strony przy założeniu przeciwnym do przedstawionego w pkt 70 niniejszego wyroku, drugi warunek zawarty w art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71 trzeba uznać za spełniony.
- 73 Okoliczność, iż koszty leczenia szpitalnego w innym państwie członkowskim mogłyby być wyższe niż koszty, jakie to leczenie pociągałoby za sobą, gdyby zostało przeprowadzone w placówce należącej do rozpatrywanego systemu krajowego, nie może w takim przypadku stanowić prawnie uzasadnionego powodu odmowy udzielenia zgody.
- 74 W takiej sytuacji fakt, iż udzielenie żądanej zgody powoduje zobowiązanie krajowej służby zdrowia — takiej jak rozpatrywana w postępowaniu przed sądem krajowym, gdzie opieka szpitalna jest bezpłatna w ramach systemu — do ustanowienia mechanizmu finansowego umożliwiającego pozytywne rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów z instytucji państwa członkowskiego miejsca pobytu i dotyczącego świadczeń rzeczowych udzielonych przez tą ostatnią danemu pacjentowi, również nie stanowi prawnie uzasadnionego powodu (zob. podobnie ww. wyrok w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 105).

75 Wbrew obawom wyrażonym przez rząd Zjednoczonego Królestwa w jego uwagach na piśmie, wykładnia terminu, o którym mowa w art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71, wynikająca z pkt 59–72 niniejszego wyroku nie podważa kompetencji właściwych władz krajowych do zarządzania opieką szpitalną dostępną na ich terytorium poprzez listy oczekujących, pod warunkiem, że istnienie takich list nie stanowi przeszkody w uwzględnieniu, w każdym indywidualnym przypadku, sytuacji medycznej i potrzeb klinicznych zainteresowanego w chwili, gdy ten ubiega się o zgodę na uzyskanie w innym państwie członkowskim opieki szpitalnej na koszt systemu, do którego przynależy.

76 Taka wykładnia sprowadza się do zakazania właściwym władzom krajowym odmowy udzielenia zgody, o którą ubiega się pacjent, którego przypadek, na podstawie obiektywnej oceny medycznej, jest na tyle pilny, by uzasadnić leczenie w innym państwie członkowskim w terminie krótszym niż termin wynikający z list oczekujących odzwierciedlających ogólne cele planowania i zarządzania, i w którym zainteresowany może mieć nadzieję na uzyskanie takiego leczenia w lokalnej placówce należącej do krajowego systemu opieki zdrowotnej. Natomiast nie kwestionuje prawa tych władz do nieudzielenia zgody, gdy w związku z tym, że stan pacjenta nie jest pilny z klinicznego punktu widzenia, nie można uznać terminu oczekiwania wynikającego z takich celów za termin nieracjonalny w jego sytuacji.

77 Wykładnia taka również nie grozi masowymi wyjazdami pacjentów, którzy dysponując odpowiednimi środkami w tym celu, postanowiliby udać się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania danego leczenia szpitalnego, niezależnie od potrzeby medycznej, w terminie krótszym niż mogłoby być zapewnione w placówce krajowej, na późniejszy koszt swojego krajowego systemu opieki zdrowotnej. Przy takiej wykładni zachowane zostaje prawo właściwej instytucji do odmowy wydania zgody koniecznej do pokrycia kosztów opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim, przy braku szczególnych okoliczności pozwalających sądzić, że termin oczekiwania zaoferowany zainteresowanemu przekracza termin medycznie możliwy do przyjęcia w jego przypadku.

78 W postępowaniu przed sądem krajowym do sądu krajowego należy sprawdzenie, czy termin oczekiwania, oparty na celach planowania ustalonych przez władze brytyjskie i powołany przez właściwy podmiot NHS dla oddalenia początkowego i kolejnego wniosku o udzielenie zgody, przekraczał termin możliwy do przyjęcia, zważywszy na sytuację i indywidualne potrzeby kliniczne zainteresowanej w danym czasie.

79 W świetle powyższych rozważań na pytanie piąte należy odpowiedzieć, że wykładni art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71 należy dokonywać w ten sposób, że aby móc odmówić zgody, o której mowa w ust. 1 lit. c) pkt i) tego przepisu, z uwagi na termin oczekiwania na leczenie szpitalne, instytucja właściwa jest zobowiązana ustalić, czy termin ten nie przekracza terminu możliwego do przyjęcia w świetle obiektywnej oceny medycznej potrzeb klinicznych zainteresowanego uwzględniającej wszystkie parametry składające się na jego stan chorobowy w chwili złożenia lub ewentualnie ponowienia wniosku o udzielenie zgody.

W przedmiocie czterech pierwszych pytań

80 Przez swoje pierwsze cztery pytania, które należy zbadać łącznie, sąd krajowy zmierza zasadniczo do ustalenia, czy i na jakich warunkach pacjent objęty systemem NHS ma prawo, na podstawie art. 49 WE, korzystać z opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim na koszt systemu krajowego.

81 Pierwsze pytanie dotyczy kwestii czy, mając na uwadze szczególny charakter NHS, osoba mająca miejsce zamieszkania na terytorium Zjednoczonego Królestwa może korzystać, na podstawie tego przepisu, z opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim na koszt NHS. W ramach tego pytania sąd krajowy zmierza do ustalenia w szczególności, czy należy w celu dokonania wykładni art. 49 WE w takich okolicznościach wziąć pod uwagę z jednej strony brak funduszu, pozostawionego do dyspozycji podmiotów NHS na pokrycie kosztów takiej opieki, a z drugiej strony

brak po stronie NHS obowiązku pokrycia kosztów opieki szpitalnej udzielonej pacjentowi objętego systemem NHS w prywatnej placówce położonej na terytorium Anglii lub Walii. Sąd zmierza również do ustalenia, czy dla wykładni art. 49 WE ma znaczenie brak wniosku o udzielenie zgody lub zawiadomienia właściwego podmiotu NHS.

82 Przez swoje pytanie drugie sąd krajowy zmierza do ustalenia, czy dla udzielenia odpowiedzi na pytanie pierwsze należy ustalić, czy opieka szpitalna świadczona przez NHS stanowi usługi w rozumieniu art. 49 WE.

83 W pytaniu trzecim, przy założeniu, że ten ostatni przepis znajduje zastosowanie, sąd ten wymienia kwestie, co do których poszukuje odpowiedzi, czy mogą one być zasadnie podnoszone przez właściwe władze krajowe dla odmowy wydania uprzedniej zgody koniecznej dla pokrycia kosztów przez NHS leczenia szpitalnego przeprowadzonego w innym państwie członkowskim.

84 Czwarte pytanie, które łączy się z trzecim, ma na celu ustalenie, jakie czynniki mogą lub powinny zostać uwzględnione dla określenia, czy leczenia szpitalne, którego wymaga stan zdrowia pacjenta, może zostać przeprowadzone bez nieuzasadnionej zwłoki w placówce należącej do NHS i czy w rezultacie właściwa instytucja może odmówić zgody, o którą ubiega się pacjent w celu pokrycia kosztów leczenia, które ma być przeprowadzone w innym państwie członkowskim.

85 Aby udzielić odpowiedzi na te pytania należy najpierw ustalić, czy art. 49 WE znajduje zastosowanie w okolicznościach takich jak okoliczności w postępowaniu przed sądem krajowym.

- 86 W tym względzie należy przypomnieć, że zgodnie z utrwalonym orzecnictwem świadczenia medyczne udzielane za wynagrodzeniem wchodzą w zakres stosowania przepisów dotyczących swobodnego świadczenia usług (zob. w szczególności wyroki z dnia 4 października 1991 r. w sprawie C-159/90 *Society for the Protection of Unborn Children Ireland*, Rec. str. I-4685, pkt 18, jak również ww. wyrok w sprawie *Kohll*, pkt 29), bez potrzeby dokonywania rozróżnienia, czy opieka została udzielona w ramach opieki szpitalnej czy innej (ww. wyroki w sprawie *Vanbraekel i in.*, pkt 41; w sprawie *Smits i Peerbooms*, pkt 53; w sprawie *Müller-Fauré i van Riet*, pkt 38, jak również w sprawie *Inizan*, pkt 16).
- 87 Trybunał orzekł również, że swobodne świadczenie usług obejmuje swobodę usługobiorców, a konkretnie osób wymagających opieki medycznej, udania się do innego państwa członkowskiego w celu skorzystania tam z usług (zob. wyrok z dnia 31 stycznia 1984 r. w sprawach połączonych 286/82 i 26/83 *Luisi i Carbone*, Rec. str. 377, pkt 16).
- 88 Należy stwierdzić, co do sporu w postępowaniu przed sądem krajowym, że Y. Watts zapłaciła wynagrodzenie bezpośrednio placówce położonej w innym państwie członkowskim, w której leczenie zostało jej udzielone.
- 89 Okoliczność, że zwrot kosztów rozpatrywanej opieki szpitalnej jest żądany później od krajowej służby zdrowia, tak jak w sprawie przed sądem krajowym, nie może spowodować odstąpienia od stosowania zasad swobodnego świadczenia usług gwarantowanych traktatem (zob. podobnie ww. wyroki w sprawie *Smits i Peerbooms*, pkt 55, jak również w sprawie *Müller-Fauré i van Riet*, pkt 39). Jak Trybunał orzekł już, świadczenie medyczne nie traci swego przymiotu świadczenia usług w rozumieniu art. 49 WE dlatego, że pacjent zapłaciwszy wynagrodzenie za opiekę usługodawcy zagranicznemu, ubiega się później o pokrycie kosztów tej opieki przez krajową służbę zdrowia (zob. ww. wyrok w sprawie *Müller-Fauré i van Riet*, pkt 103).

- 90 Należy zatem przyznać, że art. 49 WE stosuje się w sytuacji pacjenta, który jak Y. Watts otrzymuje w innym państwie członkowskim niż państwo jego miejsca zamieszkania świadczenia medyczne w ośrodku szpitalnym za wynagrodzeniem, niezależnie od sposobu funkcjonowania krajowego systemu, do którego należy osoba i od którego domaga się później pokrycia kosztów tych świadczeń.
- 91 Bez potrzeby określenia w niniejszym przypadku, czy świadczenie opieki szpitalnej zapewniane w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej takiej jak NHS stanowi samo w sobie usługi w rozumieniu przepisów traktatu dotyczących swobodnego świadczenia usług, należy więc uznać, że sytuacja, taka jak sytuacja leżąca u podstaw sporu przed sądem krajowym, w której osoba, której stan zdrowia wymaga opieki szpitalnej, udaje się do innego państwa członkowskiego i tam za wynagrodzeniem otrzymują tę opiekę, wchodzi w zakres stosowania wspomnianych przepisów.
- 92 O ile bezspornym jest, że prawo wspólnotowe nie narusza kompetencji państw członkowskich w zakresie organizacji systemów zabezpieczenia społecznego i przy braku harmonizacji na szczeblu wspólnotowym przepisy prawne każdego państwa członkowskiego muszą określać warunki przyznania świadczeń z dziedziny zabezpieczenia społecznego, to jednak przy wykonywaniu tej kompetencji państwa członkowskie powinny przestrzegać prawa wspólnotowego, w szczególności zaś postanowień dotyczących swobodnego świadczenia usług (zob. w szczególności ww. wyroki w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 44–46; w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 100, jak również w sprawie Inizan, pkt 17). Postanowienia te obejmują skierowany do państw członkowskich zakaz wprowadzania lub zachowania nieuzasadnionych ograniczeń w wykonywaniu tej swobody w dziedzinie opieki zdrowotnej.
- 93 Należy zatem ustalić, czy takie ograniczenie istnieje w sytuacji takiej jak sytuacja w postępowaniu przed sądem krajowym.

- 94 W tym względzie należy przypomnieć, że zgodnie z utrwalonym orzecnictwem art. 49 WE stoi na przeszkodzie stosowaniu wszelkich przepisów krajowych, które świadczenie usług między państwami członkowskimi czynią trudniejszym niż świadczenie usług wyłącznie wewnątrz jednego państwa członkowskiego (wyrok z dnia 5 października 1994 r. w sprawie C-381/93 Komisja przeciwko Francji, Rec. str. I-5145, pkt 17, ww. wyrok w sprawie Kohll, pkt 33, jak również ww. wyrok w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 61).
- 95 W niniejszym przypadku z postanowienia sądu krajowego z dnia 20 lutego 2004 r., jak również z postanowienia odsyłającego, w szczególności z pytania trzeciego, wynika, że o ile pacjenci objęci systemem NHS mają z pewnością możliwość odwołania się do placówki opieki szpitalnej położonej w innym państwie członkowskim, to jednak przy braku uprzedniej zgody pacjent nie może uzyskać świadczeń w takiej placówce na koszt NHS.
- 96 Prawdą jest, jak zauważają rządy Zjednoczonego Królestwa i hiszpański, Irlandia, jak również rządy maltański i fiński, że pacjent objęty systemem NHS nie może wybrać czasu ani miejsca, w których świadczenia opieki szpitalnej, których wymaga stan jego zdrowia, zostaną mu udzielone w ramach usług NHS. Jednakże bezspornym jest, że obowiązkowi spoczywającemu na ministrze zdrowia na podstawie art. 1 i 3 NHS Act (zob. pkt 6 niniejszego wyroku) odpowiada uzyskanie w placówkach należących do NHS bezpłatnych świadczeń dostępnych w jego ramach i nie podlega to uprzedniej zgodzie.
- 97 A zatem, podczas gdy zgodnie z postanowieniem z dnia 20 lutego 2004 r. i z postanowieniem odsyłającym, uprzednia zgoda uzależnia pokrycie przez NHS kosztów opieki szpitalnej dostępnej w innym państwie członkowskim, uzyskanie bezpłatnych świadczeń w ramach NHS nie zależy od takiej zgody, a jedynie sposoby jej uzyskania są przedmiotem uprzedniej decyzji właściwych władz krajowych.

- 98 Należy więc przyznać, że system udzielania uprzedniej zgody, wspomniany w pkt 95 niniejszego wyroku, zniechęca, a nawet utrudnia pacjentom zwracanie się do usługodawców świadczących opiekę szpitalną w innym państwie członkowskim i stanowi, zarówno dla tych pacjentów jak i usługodawców, przeszkodę w swobodnym świadczeniu usług (zob. podobnie ww. wyroki w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 69, jak również w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 44).
- 99 Analizy tej nie podważa fakt, o którym mowa w pytaniu pierwszym lit. b), iż NHS nie jest zobowiązany udzielać zgody i pokrywać kosztów opieki szpitalnej udzielanej pacjentom w nienależących do NHS ośrodkach prywatnych położonych na terytorium Anglii i Walii.
- 100 W celu zastosowania orzecznictwa przywołanego w pkt 94 niniejszego wyroku, warunków pokrywania przez NHS kosztów opieki szpitalnej, która ma być udzielona w innym państwie członkowskim, nie należy porównywać z otrzymywaniem przez pacjentów w ramach prawa krajowego usług szpitalnych w lokalnych ośrodkach prywatnych. Przeciwnie, należy dokonać porównania z warunkami, na jakich NHS świadczy takie usługi w swoich szpitalach.
- 101 W związku z tym, że istnienie ograniczenia w swobodzie świadczenia usług zostało wykazane przed wypowiedzeniem się w kwestii, czy pacjent należący do NHS ma prawo, na podstawie art. 49 WE, korzystać na koszt systemu krajowego z usług medycznych świadczonych w ośrodku szpitalnym w innym państwie członkowskim bez takiego ograniczenia, należy zbadać, czy ograniczenie może być obiektywnie uzasadnione.
- 102 W tym względzie trzeba przypomnieć, co uczyniono w licznych uwagach przedstawionych Trybunałowi, nadrzędne przesłanki dla uzasadnienia przeszkód w swobodnym świadczeniu szpitalnych usług medycznych.

- 103 Trybunał orzekł już w przeszłości, iż nie można wykluczyć, że ryzyko poważnego naruszenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego może stanowić nadrzędną przesłankę interesu ogólnego, zdolną usprawiedliwić przeszkodę w swobodnym świadczeniu usług (ww. wyroki w sprawie Kohll, pkt 41; w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 72, jak również w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 73).
- 104 Podobnie, Trybunał uznał, że utrzymanie zrównoważonej i dostępnej dla wszystkich służby medycznej i szpitalnej może również wchodzić w zakres odstępstw uzasadnionych względami zdrowia publicznego, przewidzianych w art. 46 WE, o ile przyczynia się do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia (ww. wyroki w sprawie Kohll, pkt 50; w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 73, jak również w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 67).
- 105 Trybunał wyjaśnił także, że art. 46 WE pozwala państwom członkowskim ograniczyć swobodę świadczenia usług medycznych i szpitalnych w zakresie, w jakim utrzymanie możliwości przeprowadzania leczenia lub kwalifikacji medycznych na terytorium krajowym stanowi kwestię fundamentalną dla zdrowia publicznego, a nawet dla przetrwania populacji (ww. wyroki w sprawie Kohll, pkt 51; w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 74, jak również w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 67).
- 106 Należy zatem sprawdzić, czy rozpatrywane ograniczenie może faktycznie być uzasadnione takimi nadrzędnymi przesłankami, a jeśli tak, upewnić się zgodnie z utrwalonym orzecznictwem, że nie wykracza ono poza to, co jest obiektywnie konieczne w tym celu i czy taki rezultat nie może być uzyskany przy pomocy mniej restrykcyjnych przepisów (zob. ww. wyrok w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 75, jak również przywołane orzecznictwo).
- 107 Co do świadczeń medycznych udzielanych w ośrodku szpitalnym, Trybunał przedstawił już w pkt 76–80 ww. wyroku w sprawie Smits i Peerbooms następujące uwagi.

- 108 Jest wiadomym, że liczba szpitali, ich rozkład geograficzny, organizacja i sprzęt, jakim dysponują, a nawet rodzaj oferowanych przez nie usług medycznych, to kwestie, które powinny być przedmiotem planowania umożliwiającego zaspokojenie różnych potrzeb.
- 109 Z jednej strony takie planowanie ma na celu zapewnienie na terytorium danego państwa wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonej gamy usług szpitalnych dobrej jakości. Z drugiej strony powinno zapewniać kontrolę nad kosztami i uniknięcie, w największym możliwym zakresie, jakiegokolwiek marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich. Takie marnotrawstwo jest tym bardziej szkodliwe, że sektor opieki szpitalnej pociąga za sobą znaczące koszty i musi odpowiadać na wzrastające potrzeby, podczas gdy zasoby finansowe, które mogą być poświęcone na opiekę zdrowotną, nie są, bez względu na stosowany sposób finansowania, nieograniczone.
- 110 W tej podwójnej perspektywie wymóg polegający na przedstawieniu uprzedniej zgody na pokrycie przez krajowy system kosztów finansowych opieki szpitalnej, która ma być udzielona w innym państwie członkowskim, okazuje się być środkiem zarazem koniecznym i racjonalnym.
- 111 Co do niderlandzkiego systemu ubezpieczenia w razie choroby, rozpatrywanego w sprawach, które legły u podstaw ww. wyroku w sprawach Smits i Peerbooms, Trybunał przyznał w pkt 81 tego wyroku, że gdyby pacjenci mogli swobodnie w każdych okolicznościach udawać się do szpitali, z którymi ich kasa chorych nie zawarła umowy, niezależnie od tego, czy są to ośrodki położone na terytorium Niderlandów, czy w innym państwie członkowskim, to cały wysiłek planowania dokonany w ramach systemu zawierania umów w celu przyczynienia się do zapewnienia oferty opieki szpitalnej, która jest racjonalizowana, stała, zrównoważona i dostępna, byłby narażony na niepowodzenie.

- 112 Uwagi te — wyrażone odnośnie do systemu zabezpieczenia społecznego opartego na systemie umów pomiędzy publicznymi kasami chorych a usługodawcami opieki szpitalnej, i które w imię wymogów planowania upoważniają do ograniczenia praw pacjentów do korzystania — na koszt ich systemu krajowego — z pomocy usługodawców nienależących do tego systemu — mogą być powtórzone odnośnie do krajowego systemu opieki zdrowotnej takiego jak NHS.
- 113 W świetle powyższych uwag i w odpowiedzi na pytanie pierwsze lit. c), prawo wspólnotowe, a w szczególności art. 49 WE, nie stoi zatem na przeszkodzie temu, by prawo pacjenta do uzyskania opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim na koszt systemu, do którego należy, było uzależnione od uprzedniej zgody.
- 114 Niemniej konieczne jest, by warunki ustalone dla przyznania takiej zgody były uzasadnione w świetle wymogów wyżej wymienionych i by spełniały wymóg proporcjonalności, przywołany w pkt 106 niniejszego wyroku (zob. podobnie ww. wyroki w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 82, jak również w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 83).
- 115 Z utrwalonego orzecznictwa wynika, że system uprzedniej zgody nie może uzasadniać uznaniowości władz krajowych, pozbawiającej skuteczności (*effet utile*) postanowienia wspólnotowe, zwłaszcza dotyczące jednej z podstawowych swobód, jak w przedmiotowej sprawie przed sądem krajowym (zob. ww. wyroki w sprawach Smits i Peerbooms, pkt 90, jak również w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 84, oraz orzecznictwo przywołane w tych punktach).
- 116 Stąd, aby system uprzedniej zgody był uzasadniony, nawet gdy odstępuje od podstawowej swobody tego rodzaju, powinien on w każdym razie być oparty na obiektywnych, niedyskryminacyjnych i znanych wcześniej kryteriach w celu zakreślenia ram uznania władz krajowych, aby nie przerodziło się ono

w dowolność. Taki system udzielania zgody musi ponadto opierać się na systemie proceduralnym łatwo dostępnym i gwarantującym, że wniosek o zgodę będzie rozpatrzony obiektywnie i bezstronnie w rozsądnym terminie, a ewentualna odmowa udzielenia zgody będzie ponadto mogła zostać zaskarżona do sądu (ww. wyroki w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 90, jak również w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 85).

117 W tym celu odmowa udzielenia zgody lub opinia, na której się ewentualnie odmowa opiera, powinny wskazywać przepisy szczególne, na których się opierają oraz należyte uzasadniać ich zastosowanie. Ponadto sądy rozpatrujące skargę na decyzje odmowne muszą mieć możliwość, jeśli uznają to za konieczne dla celów sprawowania kontroli, która do nich należy, uzyskania opinii niezależnych biegłych spełniających wszelkie gwarancje obiektywności i bezstronności (zob. podobnie ww. wyrok w sprawie Inizan, pkt 49).

118 Tymczasem, co do sporu w postępowaniu przed sądem krajowym, należy podnieść za Komisją, że przepisy dotyczące NHS nie uściślają kryteriów przyznania lub odmowy uprzedniej zgody koniecznej do pokrycia kosztów opieki udzielonej w szpitalu położonym na terytorium innego państwa członkowskiego. Wspomniane przepisy nie określają zatem ram uznania właściwych władz krajowych w tym zakresie. Brak takich ram prawnych utrudnia stąd kontrolę sądową decyzji o odmowie zgody.

119 Co do okoliczności i czynników wymienionych w pytaniach trzecim i czwartym, należy uznać, zważywszy na analizę przedstawioną w pkt 59–77 niniejszego wyroku, że odmowa uprzedniej zgody nie może opierać się jedynie na istnieniu list oczekujących służących planowaniu i zarządzaniu ofertą szpitalną w zależności od wcześniej ogólnie ustalonych priorytetów klinicznych, nie przystępując w każdym indywidualnym przypadku do obiektywnej oceny medycznej stanu chorobowego pacjenta, historii choroby, prawdopodobnego jej przebiegu, stopnia bólu lub rodzaju niepełnosprawności w momencie złożenia lub ponowienia wniosku o zgodę.

120 Z powyższego wynika, że skoro termin wynikający z list oczekujących okazuje się przekraczać, w danym indywidualnym przypadku, termin możliwy do przyjęcia, zważywszy na obiektywną ocenę medyczną wszystkich okoliczności składających się na sytuację oraz potrzeby kliniczne zainteresowanego, instytucja właściwa nie można odmówić żądanej zgody, opierając się na przyczynach wynikających z istnienia list oczekujących, podnoszonego naruszenia zwykłego porządku priorytetów związanego ze stopniem pilności poszczególnych przypadków oczekujących na leczenie, bezpłatności opieki szpitalnej udzielanej w ramach danego systemu krajowego, obowiązku przewidywania szczególnych środków finansowych w celu pokrycia kosztów leczenia, które ma być przeprowadzone w innym państwie członkowskim lub z porównania kosztów takiego leczenia z równoważnym leczeniem we właściwym państwie członkowskim.

121 Jeśli chodzi o czynniki wymienione w pytaniu pierwszym lit. a) i w pytaniu trzecim lit. d), należy dodać do analizy przeprowadzonej w pkt 59–77 niniejszego wyroku, że chociaż prawo wspólnotowe nie narusza kompetencji państw członkowskich w zakresie organizacji ich systemów zabezpieczenia społecznego i decydowania o wysokości środków przeznaczonych na ich funkcjonowanie, wprowadzenie podstawowych swobód zapewnionych traktatem zobowiązuje jednakże nieuchronnie państwa członkowskie do dostosowania się do nich. Nie można jednakże uważać, że narusza się w ten sposób ich suwerenną kompetencję w tej dziedzinie (zob. ww. wyrok w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 100 i 102).

122 Jak podnosi rzecznik generalny w pkt 88 opinii, należy zatem przyznać, że konieczność godzenia przez państwa członkowskie zasad i ekonomii ich systemów opieki zdrowotnej z jednej strony oraz wymogów płynących ze swobód wspólnotowych z drugiej strony stwarza, na tej samej podstawie co wymogi wynikające z art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, obowiązek po stronie odpowiednich władz, by system opieki zdrowotnej taki jak NHS przewidywał mechanizmy pokrycia kosztów finansowych opieki szpitalnej udzielonej w innym państwie członkowskim pacjentom, którym wspomniany system nie jest w stanie zapewnić wymaganego leczenia w terminie możliwym do przyjęcia z medycznego punktu widzenia w rozumieniu uściślonym w pkt 68 niniejszego wyroku.

123 Zważywszy na powyższe, na cztery pierwsze pytania należy odpowiedzieć w sposób następujący:

- Artykuł 49 WE stosuje się do sytuacji, w której osoba o stanie zdrowia wymagającym opieki szpitalnej udaje się do innego państwa członkowskiego i tam za wynagrodzeniem otrzymuje tę opiekę bez potrzeby określenia, czy usługi szpitalne zapewniane w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej, do którego należy, stanowią same w sobie usługi w rozumieniu postanowień dotyczących swobody świadczenia usług.
- Wykładni art. 49 WE należy dokonywać w ten sposób, że nie stoi on na przeszkodzie temu, by pokrycie kosztów opieki szpitalnej, która ma być udzielona w ośrodku położonym na terytorium innego państwa członkowskiego, było uzależnione od uzyskania uprzedniej zgody instytucji właściwej.
- Odmowa uprzedniej zgody nie może opierać się jedynie na istnieniu list oczekujących służących planowaniu i zarządzaniu ofertą szpitalną zgodnie z wcześniej ogólnie ustalonymi priorytetami klinicznymi, bez dokonania w każdym indywidualnym przypadku obiektywnej oceny medycznej stanu chorobowego pacjenta, historii choroby, prawdopodobnego jej przebiegu, stopnia bólu lub rodzaju niepełnosprawności w momencie złożenia lub ponowienia wniosku o wydanie zgody.

Skoro termin wynikający z list oczekujących okazuje się przekraczać termin możliwy do przyjęcia, zważywszy na obiektywną ocenę medyczną wszystkich wymienionych elementów, instytucja właściwa nie może odmówić żądanej zgody, opierając się na przyczynach wynikających z istnienia list oczekujących, podnoszonego naruszenia zwykłego porządku priorytetów związanych ze stopniem pilności poszczególnych przypadków oczekujących na leczenie, bezpłatności opieki szpitalnej udzielonej w ramach danego systemu krajowego,

obowiązku przewidywania szczególnych środków finansowych w celu pokrycia kosztów leczenia, które ma być przeprowadzone w innym państwie członkowskim lub z porównania kosztów takiego leczenia z równoważnym leczeniem we właściwym państwie członkowskim.

W przedmiocie pytania szóstego

- 124 Przez to pytanie sąd krajowy zmierza zasadniczo do ustalenia, czy pokrycie kosztów opieki szpitalnej, do którego zobowiązane jest państwo członkowskie na podstawie prawa wspólnotowego, udzielonej w innym państwie członkowskim, winno być obliczone na podstawie art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 zgodnie z przepisami prawnymi państwa członkowskiego, gdzie leczenie się odbywa (państwo członkowskie miejsca pobytu), czy też na podstawie art. 49 WE zgodnie z przepisami prawnymi państwa członkowskiego miejsca zamieszkania pacjenta (właściwe państwo członkowskie). Sąd ten chciałby również wiedzieć, jakie znaczenie dla kwestii pokrycia kosztów ma bezpłatność opieki szpitalnej udzielanej w ramach rozpatrywanego krajowego systemu opieki zdrowotnej i związany z tym brak w przepisach właściwego państwa członkowskiego cennika, który mógłby być wykorzystany na potrzeby zwrotu. Zmierza on do ustalenia, czy taki obowiązek pokrycia kosztów leczenia szpitalnego udzielonego w państwie członkowskim miejsca pobytu obejmuje również pokrycie kosztów podróży i zakwaterowania.

- 125 W tym względzie należy najpierw przypomnieć, że pacjent, który ubiegał się o udzielenie zgody na mocy art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) rozporządzenia nr 1408/71 i który uzyskał taką zgodę lub spotkał się z odmową, której bezzasadność następnie wykazano, zgodnie z samym brzmieniem tego przepisu powinien być uprawniony do świadczeń rzeczowych udzielanych na rachunek instytucji właściwej przez instytucję państwa członkowskiego miejsca pobytu, zgodnie z przepisami prawnymi tego ostatniego, tak jak gdyby był w niej ubezpieczony (zob. ww. wyroki w sprawie Vanbraekel i in., pkt 32; w sprawie Inizan, pkt 20 oraz w sprawie Keller, pkt 65).

- 126 Z powyższego wynika, że w tego rodzaju przypadku w zakresie warunków obciążenia kosztami mają zastosowanie przepisy prawne państwa członkowskiego miejsca pobytu, przy czym instytucja właściwa pozostaje zobowiązana do dokonania późniejszego zwrotu na rzecz instytucji miejsca pobytu, zgodnie z art. 36 rozporządzenia nr 1408/71 (zob. ww. wyrok w sprawie Vanbraekel i in., pkt 33).
- 127 Okoliczność, iż z uwagi na bezpłatność opieki szpitalnej w rozpatrywanym krajowym systemie opieki zdrowotnej, przepisy prawne właściwego państwa członkowskiego nie przewidują wykazu stawek zwrotu kosztów, nie może przeszkodzić w stosowaniu art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) oraz art. 36 rozporządzenia nr 1408/71. W istocie obowiązek ciążyący na właściwej instytucji, w ramach systemu wprowadzonego przez te przepisy, polega na zwrocie kosztów instytucji państwa członkowskiego miejsca pobytu do wysokości ceny świadczeń udzielonych przez tę ostatnią na podstawie przepisów tego państwa, bez potrzeby odwoływania się w tym celu do jakichkolwiek stawek zwrotu kosztów na mocy przepisów prawnych właściwego państwa członkowskiego.
- 128 Należy następnie zbadać, czy pacjent objęty systemem NHS ma prawo uzyskać od właściwej instytucji, na mocy art. 49 WE, zwrot kosztów leczenia szpitalnego otrzymanego w państwie członkowskim miejsca pobytu, wyższych od kosztów wynikających z zastosowania przepisów prawnych tego państwa.
- 129 W tym względzie należy przypomnieć, że Trybunał orzekł już, iż fakt, że krajowe przepisy prawne właściwego państwa członkowskiego nie zapewniają pacjentowi podlegającemu tym przepisom, któremu udzielono zgody na poddanie się hospitalizacji w innym państwie członkowskim zgodnie z art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71, poziomowi wypłaty analogicznego do poziomu, do którego byłby on uprawniony, gdyby poddał się hospitalizacji we właściwym państwie członkowskim, stanowi ograniczenie swobody świadczenia usług w rozumieniu art. 49 WE (zob. ww. wyrok w sprawie Vanbraekel i in., pkt 43–52).

- 130 W świetle tego orzecznictwa, w kontekście przepisów krajowych, które, tak jak w sprawie w postępowaniu przed sądem krajowym, przewidują bezpłatność opieki szpitalnej udzielonej w ośrodku należącym do krajowego systemu opieki zdrowotnej, należy uznać, że przeszkoda w swobodnym świadczeniu usług nie istnieje w sytuacji, gdy pacjent, należący do tego systemu, któremu udzielono zgody na leczenie szpitalne w innym państwie członkowskim zgodnie z art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) rozporządzenia nr 1408/71 lub który spotkał się z odmową zgody, której bezzasadność została następnie wykazana, ma prawo do pokrycia całości kosztów takiego leczenia na podstawie przepisów prawnych państwa członkowskiego miejsca pobytu. Zainteresowany nie jest zatem zobowiązany w podobnym wypadku do jakiegokolwiek udziału finansowego w związku z kosztami tego leczenia.
- 131 Natomiast, w przypadku gdy zgodnie z przepisami państwa członkowskiego miejsca pobytu koszty leczenia szpitalnego udzielonego na jego terytorium nie są w całości pokrywane, doprowadzenie pacjenta do stanu, w jakim znajdowałby się, gdyby jego krajowy system opieki zdrowotnej mógł być zapewnić mu bezpłatnie, w terminie możliwym do przyjęcia z medycznego punktu widzenia, leczenie równoważne z tym, które otrzymał w państwie członkowskim miejsca pobytu, oznacza dla właściwej instytucji obowiązek uzupełniającej interwencji na rzecz zainteresowanego do wysokości różnicy pomiędzy kwotą obiektywnie obliczonego kosztu leczenia równoważnego, ograniczonej w razie potrzeby do wysokości pełnej kwoty przedstawionej za leczenie otrzymane w państwie członkowskim miejsca pobytu, a kwotą interwencji instytucji tego państwa wynikającą z zastosowania przepisów prawnych tego państwa, jeśli pierwsza kwota jest wyższa od drugiej.
- 132 Przeciwnie do stanowiska bronionego przez Y. Watts w jej uwagach na piśmie, obowiązek instytucji właściwej pokrycia w każdych okolicznościach całości różnicy pomiędzy wysokością kosztów leczenia szpitalnego udzielonego w państwie członkowskim miejsca pobytu a wysokością udziału instytucji tego państwa członkowskiego na podstawie jego przepisów, w tym jeśli koszt tego leczenia jest wyższy od kosztów równoważnego leczenia we właściwym państwie członkowskim, skutkowałoby tym, że dany pacjent korzystałby z poziomu pokrycia kosztów wyższego niż ten, który przysługuje mu od krajowego systemu opieki zdrowotnej, którym jest objęty.

- 133 Należy jeszcze dodać, że w kontekście przepisów prawnych takich jak w sprawie przed sądem krajowym, które, co wynika z postanowienia odsyłającego (zob. pkt 22 niniejszego wyroku), obejmują przepisy służące określeniu wysokości kosztów, którymi powinni zasadniczo być obciążeni niektórzy pacjenci zagraniczni za opiekę udzieloną w ośrodku szpitalnym, należącym do krajowej służby zdrowia, wspomniane przepisy mogą stanowić użyteczne instrumenty odniesienia dla wskazanego w pkt 131 niniejszego wyroku obliczenia kosztów leczenia szpitalnego w ośrodku należącym do krajowej służby zdrowia we właściwym państwie członkowskim, równoważnego temu, które zostało zapewnione pacjentowi w państwie członkowskim miejsca pobytu.
- 134 Co do kosztów podróży i zakwaterowania, należy zauważyć, odnośnie do systemu udzielania zgody wprowadzonego na podstawie art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) rozporządzenia nr 1408/71, że przepis ten przyznaje pacjentowi prawo korzystania ze „świadczeń rzeczowych” udzielanych na rachunek instytucji właściwej przez instytucję państwa członkowskiego miejsca pobytu, zgodnie z obowiązującymi przepisami tego ostatniego państwa.
- 135 Jak potwierdza brzmienie art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71, ust. 1 lit. c) pkt i) tego przepisu ma na celu jedynie zapewnienie pacjentom podlegającym przepisom prawnym jednego z państw członkowskich i legitymującym się zgodą właściwej instytucji dostępu do „opieki” w innym państwie członkowskim na warunkach równie korzystnych co warunki, z których korzystają pacjenci podlegający przepisom prawnym tego ostatniego państwa członkowskiego (zob. ww. wyroki w sprawie Vanbraekel i in., pkt 32 i w sprawie Inizan, pkt 21).
- 136 Obowiązek spoczywający na właściwej instytucji na podstawie art. 22 i 36 rozporządzenia nr 1408/71 dotyczy zatem wyłącznie wydatków związanych z opieką zdrowotną uzyskiwaną przez pacjenta w państwie członkowskim miejsca pobytu, co w zakresie opieki szpitalnej oznacza koszty właściwych świadczeń medycznych, jak również wydatki nierozzerwalnie związane z pobytem zainteresowanego w szpitalu z uwagi na jego leczenie.

- 137 Istotną cechą „świadczeń rzeczowych” w rozumieniu rozporządzenia nr 1408/71 jest to, że „mają[] na celu pokrycie kosztów usług opiekuńczych świadczonych ubezpieczonemu” w formie pokrycia lub zwrotu „kosztów medycznych” spowodowanych taką potrzebą (zob. w kontekście systemu prawnego dotyczącego ubezpieczenia opiekuńczego, wyrok z dnia 5 marca 1998 r. w sprawie C-160/96 *Molenaar*, Rec. str. I-843, pkt 32 i 34).
- 138 Nie regulując zatem kwestii kosztów dodatkowych, takich jak koszty podróży i ewentualnego zakwaterowania poza samym szpitalem, poniesionych przez pacjenta, któremu właściwa instytucja udzieliła zgody na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu otrzymania tam opieki odpowiedniej do jego stanu zdrowia, art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 nie nakazuje, ale też nie zakazuje pokrycia takich kosztów. W tych okolicznościach rozważyć należy, czy taki obowiązek może wynikać z art. 49 WE. (zob. podobnie ww. wyrok w sprawie *Vanbraekel* i in., pkt 37).
- 139 W tym względzie z przywołanego w pkt 94 niniejszego wyroku orzecznictwa wynika, że przepisy prawne państwa członkowskiego nie mogą, nie naruszając art. 49 WE, wykluczyć pokrycia kosztów dodatkowych poniesionych przez pacjenta, któremu udzielono zgody na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu otrzymania tam leczenia szpitalnego, gdyby przewidywały pokrycie takich kosztów w przypadku leczenia przeprowadzanego w ośrodku należącym do rozpatrywanego systemu krajowego.
- 140 Natomiast państwo członkowskie nie jest zobowiązane, na podstawie art. 49 WE, przewidywać obowiązku ponoszenia przez jego instytucje właściwe dodatkowych kosztów związanych z przemieszczeniem się za granicę, na które udzielono zgody ze względów medycznych, jeśli taki obowiązek nie istnieje odnośnie takich kosztów związanych z przemieszczaniem się na obszarze terytorium krajowego.
- 141 W tych okolicznościach do sądu krajowego należy zbadanie, czy przepisy brytyjskie przewidują pokrycie kosztów dodatkowych związanych z przemieszczaniem się na obszarze Zjednoczonego Królestwa.

142 Jeśli tak jest, pacjent, któremu udzielono zgody na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu otrzymania tam leczenia szpitalnego, lub któremu odmówiono zgody, czego bezzasadność została później wykazana, ma prawo, jak podnosi rząd belgijski w uwagach na piśmie i jak wskazuje rzecznik generalny w pkt 118 opinii, ubiegać się o pokrycie kosztów dodatkowych związanych z przemieszczeniem się za granicę w celach medycznych na takich samych obiektywnych i przejrzystych warunkach i w takich samych granicach, jakie przewidują właściwe przepisy prawne w zakresie pokrycie kosztów dodatkowych związanych z leczeniem przeprowadzonym we właściwym państwie członkowskim (zob. podobnie wyrok z dnia 18 marca 2004 r. w sprawie C-8/02 *Leichtle*, Rec. str. I-2641, w szczególności pkt 41–48).

143 W świetle powyższych rozważań na pytanie szóste należy odpowiedzieć w sposób następujący:

- Wykładni art. 49 WE należy dokonywać w ten sposób, że w sytuacji gdy przepisy prawne właściwego państwa członkowskiego przewidują bezpłatność opieki szpitalnej udzielonej w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej i gdy przepisy prawne państwa członkowskiego, w którym pacjentowi objętemu tym systemem udzielono lub należało udzielić zgody na leczenie szpitalne na koszt tego systemu, nie przewidują pokrycia wszystkich kosztów tego leczenia, instytucja właściwa powinna zwrócić temu pacjentowi sumę odpowiadającą ewentualnej różnicy pomiędzy kwotą obiektywnie obliczonego kosztu równoważnego leczenia w ośrodku należącym do rozpatrywanego systemu, ograniczoną w razie potrzeby do wysokości pełnej kwoty przedstawionej za leczenie otrzymane w państwie członkowskim miejsca pobytu, a kwotą, do wysokości której instytucja tego ostatniego państwa członkowskiego jest zobowiązana uczestniczyć na podstawie art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) rozporządzenia nr 1408/71 na rzecz instytucji właściwej przy zastosowaniu przepisów prawnych tego państwa członkowskiego.
- Wykładni art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) rozporządzenia nr 1408/71 należy dokonywać w ten sposób, że prawo, jakie przyznaje on pacjentowi, dotyczy wyłącznie wydatków związanych z opieką zdrowotną uzyskiwaną przez tego pacjenta w państwie członkowskim miejsca pobytu, co w zakresie opieki

szpitalnej oznacza koszty właściwych świadczeń medycznych jak również wydatki nierozdzielnie związane z pobytem zainteresowanego w szpitalu.

- Wykładni art. 49 WE należy dokonywać w ten sposób, że pacjent, któremu udzielono zgody na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu otrzymania tam leczenia szpitalnego, lub któremu odmówiono zgody, czego bezzasadność została później wykazana, ma prawo żądać od instytucji właściwej pokrycia kosztów dodatkowych związanych z przemieszczeniem się za granicę w celach medycznych o tyle, o ile przepisy prawne właściwego państwa członkowskiego nakładają w ramach systemu krajowego obowiązek pokrycia takich kosztów w ramach leczenia przeprowadzonego w lokalnym szpitalu należącym do systemu.

W przedmiocie pytania siódmego

- ¹⁴⁴ Pytaniem tym sąd krajowy zmierza do ustalenia, czy wykładni art. 49 WE i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 należy dokonywać w ten sposób, że nakładają one na państwa członkowskie obowiązek finansowania opieki szpitalnej udzielonej w innych państwach członkowskich bez względu na ograniczenia budżetowe, a jeśli tak, to czy taki obowiązek jest zgodny z art. 152 ust. 5 WE.

- ¹⁴⁵ W tym względzie należy najpierw pokreślić, że, jak wynika z rozważań przedstawionych w ramach sześciu pierwszych pytań, wymogów wynikających z art. 49 WE i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 nie można rozumieć tak, że nakładają one na państwa członkowskie obowiązek pokrywania kosztów opieki szpitalnej udzielonej w innych państwach członkowskich bez względu na ograniczenia budżetowe, lecz polegają raczej na szukaniu równowagi pomiędzy celem swobodnego przepływu pacjentów a krajowymi wymogami planowania dostępnych możliwości opieki szpitalnej, kontroli nad wydatkami zdrowotnymi i równowagi finansowej systemów zabezpieczenia społecznego.

¹⁴⁶ Następnie należy przypomnieć, że na podstawie art. 152 ust. 5 WE, działanie Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego w pełni szanuje odpowiedzialność państw członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej.

¹⁴⁷ Przepis ten nie wyklucza jednakże, by państwa członkowskie mogły być zobowiązane na podstawie innych przepisów traktatowych, takich jak art. 49 WE, lub postanowień wspólnotowych przyjętych w oparciu o inne przepisy traktatowe, takie jak art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, do wprowadzenia pewnych dostosowań w ich krajowym systemie zabezpieczenia społecznego. Nie można uznać, że narusza to ich suwerenność w tej dziedzinie (zob. podobnie ww. wyrok w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 102; zob. również analogicznie wyrok z dnia 5 października 2000 r. w sprawie C-376/98 Niemcy przeciwko Parlamentowi i Radzie, Rec. str. I-8419, pkt 78).

¹⁴⁸ W świetle powyższego na siódme pytanie należy odpowiedzieć w ten sposób, że na podstawie zarówno art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 jak i art. 49 WE obowiązek instytucji właściwej udzielenia pacjentowi należącemu do krajowego systemu opieki zdrowotnej zgody na uzyskanie na koszt tej instytucji leczenia szpitalnego w innym państwie członkowskim, jeśli termin oczekiwania przekracza termin możliwy do przyjęcia, zważywszy na obiektywną ocenę medyczną stanu i potrzeb klinicznych danego pacjenta, nie jest sprzeczny z art. 152 ust. 5 WE.

W przedmiocie kosztów

¹⁴⁹ Dla stron postępowania przed sądem krajowym niniejsze postępowanie ma charakter incydentalny w stosunku do postępowania przed sądem krajowym, zatem do niego należy rozstrzygnięcie o kosztach. Koszty poniesione w związku z przedstawieniem uwag Trybunałowi, inne niż poniesione przez strony postępowania przed sądem krajowym, nie podlegają zwrotowi.

Z powyższych względów Trybunał (wielka izba) orzeka, co następuje:

- 1) Wykładni art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie w brzmieniu zmienionym i zaktualizowanym rozporządzeniem Rady (WE) nr 118/97 z dnia 2 grudnia 1996 r. należy dokonywać w ten sposób, że aby móc odmówić zgody, o której mowa w ust. 1 lit. c) pkt i) tego przepisu, z uwagi na termin oczekiwania na leczenie szpitalne, instytucja właściwa jest zobowiązana ustalić, czy termin ten nie przekracza terminu możliwego do przyjęcia w świetle obiektywnej oceny medycznej potrzeb klinicznych zainteresowanego uwzględniającej wszystkie parametry składające się na jego stan chorobowy w chwili złożenia lub ewentualnie ponowienia wniosku o udzielenie zgody.
- 2) Artykuł 49 WE stosuje się do sytuacji, w której osoba, której stan zdrowia wymaga opieki szpitalnej, udaje się do innego państwa członkowskiego i tam za wynagrodzeniem otrzymuje tę opiekę bez potrzeby określenia, czy usługi szpitalne zapewniane w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej, do którego należy, stanowią same w sobie usługi w rozumieniu postanowień dotyczących swobody świadczenia usług.

Wykładni art. 49 WE należy dokonywać w ten sposób, że nie stoi on na przeszkodzie temu, by pokrycie kosztów opieki szpitalnej, która ma być udzielona w ośrodku położonym na terytorium innego państwa członkowskiego było uzależnione od uzyskania uprzedniej zgody instytucji właściwej.

Odmowa uprzedniej zgody nie może opierać się jedynie na istnieniu list oczekujących służącej planowaniu i zarządzaniu ofertą szpitalną zgodnie z wcześniej ogólnie ustalonymi priorytetami klinicznymi, bez dokonania

w każdym indywidualnym przypadku obiektywnej oceny medycznej stanu chorobowego pacjenta, historii choroby, prawdopodobnego jej przebiegu, stopnia bólu lub rodzaju niepełnosprawności w momencie złożenia lub ponowienia wniosku o wydanie zgody.

Skoro termin wynikający z list oczekujących okazuje się przekraczać termin możliwy do przyjęcia, zważywszy na obiektywną ocenę medyczną wszystkich wymienionych elementów, instytucja właściwa nie może odmówić żądanej zgody, opierając się na przyczynach wynikających z istnienia list oczekujących, podnoszonego naruszenia zwykłego porządku priorytetów związanych ze stopniem pilności poszczególnych przypadków oczekujących na leczenie, bezpłatności opieki szpitalnej udzielonej w ramach danego systemu krajowego, obowiązku przewidywania szczególnych środków finansowych w celu pokrycia kosztów leczenia, które ma być przeprowadzone w innym państwie członkowskim lub porównania kosztów takiego leczenia z równoważnym leczeniem we właściwym państwie członkowskim.

- 3) Wykładni art. 49 WE należy dokonywać w ten sposób, że w sytuacji gdy przepisy prawne właściwego państwa członkowskiego przewidują bezpłatność opieki szpitalnej udzielonej w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej i gdy przepisy prawne państwa członkowskiego, w którym pacjentowi objętemu tym systemem udzielono lub należało udzielić zgody na leczenie szpitalne na koszt tego systemu, nie przewidują pokrycia wszystkich kosztów tego leczenia, instytucja właściwa powinna zwrócić temu pacjentowi sumę odpowiadającą ewentualnej różnicy pomiędzy kwotą obiektywnie obliczonego kosztu równoważnego leczenia w ośrodku należącym do rozpatrywanego systemu, ograniczoną w razie potrzeby do wysokości pełnej kwoty przedstawionej za leczenie otrzymane w państwie członkowskim miejsca pobytu, a kwotą, do wysokości której instytucja tego ostatniego państwa członkowskiego jest zobowiązana uczestniczyć na podstawie art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) rozporządzenia nr 1408/71 na rzecz instytucji właściwej przy zastosowaniu przepisów prawnych tego państwa członkowskiego.

Wykładni art. 22 ust. 1 lit. c), i) rozporządzenia nr 1408/71 należy dokonywać w ten sposób, że prawo, jakie przyznaje ono pacjentowi dotyczy wyłącznie wydatków związanych z opieką zdrowotną uzyskiwaną przez tego pacjenta w państwie członkowskim miejsca pobytu, co w zakresie opieki szpitalnej oznacza koszty właściwych świadczeń medycznych jak również wydatki nierozdzielnie związane z pobytem zainteresowanego w szpitalu.

Wykładni art. 49 WE należy dokonywać w ten sposób, że pacjent, któremu udzielono zgody na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu otrzymania tam leczenia szpitalnego, lub któremu odmówiono zgody, czego bezzasadność została później stwierdzona, ma prawo żądać od instytucji właściwej pokrycia kosztów dodatkowych związanych z przemieszczeniem się za granicę w celach medycznych o tyle, o ile przepisy prawne właściwego państwa członkowskiego nakładają w ramach systemu krajowego obowiązek pokrycia takich kosztów w ramach leczenia przeprowadzonego w lokalnym szpitalu należącym do systemu.

- 4) Zarówno na podstawie art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 jak i art. 49 WE obowiązek instytucji właściwej udzielenia pacjentowi należącemu do krajowego systemu opieki zdrowotnej zgody na uzyskanie na koszt tej instytucji leczenia szpitalnego w innym państwie członkowskim, jeśli termin oczekiwania przekracza termin możliwy do przyjęcia, zważywszy na obiektywną ocenę medyczną stanu i potrzeb klinicznych danego pacjenta, nie jest sprzeczny z art. 152 ust. 5 WE.

Podpisy