WYROK TRYBUNAŁU (pierwsza izba)

z dnia 15 czerwca 2006 r. *

W sprawie C-466/04

mającej za przedmiot wniosek o wydanie, na podstawie art. 234 WE, orzeczenia w trybie prejudycjalnym, złożony przez Tribunal Superior de Justicia de Cantabria (Hiszpania) postanowieniem z dnia 1 października 2004 r., które wpłynęło do Trybunału w dniu 3 listopada 2004 r., w postępowaniu

Manuel Acereda Herrera

przeciwko

Servicio Cántabro de Salud,

TRYBUNAŁ (pierwsza izba),

w składzie: P. Jann, prezes izby, K. Schiemann, N. Colneric, K. Lenaerts (sprawozdawca) i E. Juhász, sędziowie,

* Język postępowania: hiszpański.

rzecznik generalny: L.A. Geelhoed,
sekretarz: M. Ferreira, główny administrator,

uwzględniając procedurę pisemną i po przeprowadzeniu rozprawy w dniu 24 listopada 2005 r.,

rozważywszy uwagi przedstawione:

— w imieniu rządu hiszpańskiego przez E. Braquehaisa Conesę i J.M. Rodríguеza Cárcamo, działających w charakterze pełnomocników,

— w imieniu rządu belgijskiego przez M. Wimmera, działającego w charakterze pełnomocnika,

— w imieniu Irlandii przez D. O'Hagana, działającego w charakterze pełnomocnika, wspieranego przez N. Hyland, BL,

— w imieniu rządu cypryjskiego przez C. Lycourgos, działającego w charakterze pełnomocnika,

— w imieniu rządu polskiego przez E. Buczkowską i T. Nowakowskiego, działających w charakterze pełnomocników,

— w imieniu rządu fińskiego przez T. Pynnä, działającego w charakterze pełnomocnika,

— w imieniu rządu Zjednoczonego Królestwa przez S. Nwaokolo, działającą w charakterze pełnomocnika, wspieraną przez S. Lee, barrister,

— w imieniu Komisji Wspólnot Europejskich przez R. Vidala i D. Martina, działających w charakterze pełnomocników,

po zapoznaniu się z opinią rzecznika generalnego na posiedzeniu w dniu 19 stycznia 2006 r.,

wydaje następujący

Wyrok

1 Wniosek o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym dotyczy wykładni przepisów art. 22 i 36 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 (Dz.U. L 149, str. 2), w wersji zmienionej i uaktualnionej przez rozporządzenie Rady (WE) nr 118/97 z dnia 2 grudnia 1996 r. (Dz.U. 1997, L 28, str. 1, zwane dalej „rozporządzeniem nr 1408/71"), a także wykładni art. 10 WE, 12 WE, 49 WE, 81 WE, 82 WE, 87 WE i 249 WE.

2 Wniosek ten został przedstawiony w ramach sporu wynikłego z odmowy przez Servicio Cántabro de Salud (publiczną służbę zdrowia Wspólnoty Autonomicznej Kantabrii, zwaną dalej „SCS") pokrycia kosztów podróży, pobytu i wyżywienia poniesionych przez M. Aceredę Herrerę, zamieszkałego w Hiszpanii, w związku z leczeniem szpitalnym odbytym we Francji, a także kosztów poniesionych przez towarzyszącego mu członka rodziny.

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:

a) której stan wymaga natychmiastowego udzielenia świadczeń podczas pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego;

lub

[...]

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

ma prawo:

i) do świadczeń rzeczowych udzielanych przez instytucję miejsca pobytu [...] 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;

ii) do świadczeń pieniężnych wypłacanych przez instytucję właściwą zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem [...]

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 Artykuł 23 rozporządzenia nr 1408/71 stanowi:

„1. Instytucja właściwa państwa członkowskiego, którego ustawodawstwo przewiduje ustalanie wysokości świadczeń pieniężnych na podstawie przeciętnego wynagrodzenia lub przeciętnych składek, ustala to średnie wynagrodzenie lub składki wyłącznie na podstawie wynagrodzenia osiąganego lub składek uiszczonych z uwzględnieniem tego ustawodawstwa.

2. Instytucja właściwa państwa członkowskiego, którego ustawodawstwo przewiduje, że ustalanie wysokości świadczeń pieniężnych opiera się na wynagrodzeniu zryczałtowanym, uwzględnia wyłącznie wynagrodzenie zryczałtowane lub, w odpowiednim przypadku, średnią zryczałtowanych wynagrodzeń, odpowiadającą okresom ubezpieczenia ukończonym z uwzględnieniem tego ustawodawstwa.

3. Instytucja właściwa państwa członkowskiego, którego ustawodawstwo przewiduje, że wysokość świadczeń pieniężnych jest zależna od liczby członków rodziny, uwzględnia również członków rodziny zainteresowanego, którzy mieszkają na terytorium innego państwa członkowskiego, tak jak gdyby mieszkali oni na terytorium państwa właściwego".

5 Artykuł 36 rozporządzenia nr 1408/71 stanowi:

„1. Świadczenia rzeczowe udzielane przez instytucję państwa członkowskiego na rachunek instytucji innego państwa członkowskiego, zgodnie z przepisami niniejszego rozdziału, podlegają zwrotowi w całości.

2. Zwroty, określone w ust. 1, są ustalane i dokonywane w trybie przewidzianym przez rozporządzenie wykonawcze, określone w art. 98, bądź na podstawie udokumentowanych rzeczywistych wypłat, bądź na podstawie ryczałtu.

W tym ostatnim przypadku ryczałty te zapewniają zwrot kwot możliwie najbliższych rzeczywiście poniesionym wydatkom.

3. Dwa lub więcej państw członkowskich lub właściwe władze tych państw mogą przewidzieć inne sposoby dokonywania zwrotów lub zrezygnować z dokonywania jakichkolwiek zwrotów między instytucjami podlegającymi ich jurysdykcji".

6 W rozdziale poświęconym wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym art. 59 rozporządzenia nr 1408/71, zatytułowany „Koszt przewozu osoby, która uległa wypadkowi przy pracy lub cierpi na chorobę zawodową" stanowi co następuje:

„Instytucja właściwa państwa członkowskiego, którego ustawodawstwo przewiduje ponoszenie kosztów przewozu osoby, która uległa wypadkowi w pracy lub która cierpi na chorobę zawodową bądź do miejsca zamieszkania, bądź do szpitala, ponosi koszty przewozu do odpowiedniego miejsca na terytorium innego państwa członkowskiego, które zamieszkuje poszkodowany, pod warunkiem że instytucja ta wyraziła wstępną zgodę na ten przewóz, uwzględniając uzasadniające go powody. Zgoda ta nie jest wymagana w przypadku pracownika przygranicznego.

Instytucja właściwa państwa członkowskiego, którego ustawodawstwo przewiduje ponoszenie kosztów przewozu zwłok osoby, która zginęła w pracy, do miejsca pochówku, ponosi koszty przewozu do odpowiedniego miejsca na terytorium innego państwa członkowskiego, w którym ofiara mieszkała w chwili wypadku, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem".

7 Stosownie do art. 18 i 24 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 (Dz.U. L 74, str. 1) w wersji zmienionej i uaktualnionej rozporządzeniem nr 118/97 (zwane dalej „rozporządzeniem nr 574/72"), uzyskanie świadczeń pieniężnych na podstawie art. 22 ust. 1 lit. c) pkt ii) rozporządzenia nr 1408/71 jest co do zasady uzależnione od przedłożenia „oświadczeni[a] o przerwaniu pracy lub, jeżeli ustawodawstwo stosowane przez właściwą instytucję lub przez instytucję miejsca zamieszkania tego wymaga, zaświadczeni[a] o niezdolności do pracy wydane[go] przez prowadzącego lekarza".

8 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 nr 1408/71 i nr 574/72 (E 001, E 103–E 127) (Dz.U. z 1994 r. L 244 str. 22), druk E 112 jest zaświadczeniem niezbędnym dla stosowania art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) rozporządzenia nr 1408/71.

Uregulowania krajowe

9 W dniu wejścia w życie rozporządzenia nr 1408/71 w Hiszpanii, tj. w dniu 1 stycznia 1986 r., kwestię opieki zdrowotnej świadczonej przez służby nie należące do krajowego systemu ochrony zdrowia regulował art. 18 dekretu nr 2766/1967 z dnia 16 listopada 1967 r. w sprawie opieki zdrowotnej i organizacji służby zdrowia powszechnego systemu zabezpieczenia społecznego (BOE nr 354 z dnia 28 listopada 1967 r., str. 16425).

10 Generalnie przepis ten stanowił, że ubezpieczony, który zwrócił się do służb innych niż te określone przez właściwą instytucję, co do zasady nie miał prawa do zwrotu poniesionych kosztów (ust. 1). Wyjątkowo prawo zwrotu przysługiwało bądź gdy instytucja ta „niesłusznie odmówiła" zgody ubezpieczonemu na leczenie, którego

wymagał stan jego zdrowia (ust. 3), bądź gdy skorzystanie ze służb nie należących do krajowego systemu ochrony zdrowia podyktowane było „nie cierpiącą zwłoki potrzebą ratowania życia" (ust. 4).

11 Zgodnie z informacjami przedłożonymi przez sąd krajowy, koszty podlegające zwrotowi w sytuacji, o której mowa w art. 18 ust. 3 i 4 dekretu 2766/1967, obejmowały, zgodnie z krajowym orzecznictwem i praktyką administracyjną władz właściwych dla krajowego systemu ochrony zdrowia, koszty podróży, pobytu i wyżywienia poniesione przez ubezpieczonego oraz, gdy zachodziła taka potrzeba, przez osobę, która musiała mu towarzyszyć ze względu na jego stan zdrowia.

12 Sąd krajowy uściśla, że w momencie wejścia w życie w Hiszpanii rozporządzenia nr 1408/71 prawo zwrotu tych kosztów zostało rozciągnięte na przypadki, o których mowa w art. 22 ust. 1 lit. a) i c) tego rozporządzenia z uwagi na to, że pierwszy z tych przypadków objęty jest sytuacją, o której mowa w art. 18 ust. 4 dekretu nr 2766/1967, a drugi — sytuacją, o której mowa w ust. 3 tego artykułu.

13 Wyżej wspomniany art. 18 został uchylony i zastąpiony przez art. 5 dekretu królewskiego nr 63/1995 z dnia 20 stycznia 1995 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych w ramach krajowego systemu ochrony zdrowia (BOE nr 35 z dnia 10 lutego 1995 r., str. 4538).

14 Na podstawie tegoż art. 5, pokrycie kosztów związanych z leczeniem uzyskanym poza strukturą krajowego systemu ochrony zdrowia jest odtąd możliwe tylko „w sytuacji gdy poza krajowym systemem ochrony zdrowia poddano leczeniu nie cierpiącemu zwłoki, natychmiastowemu i ratującemu życie" oraz o ile ustalono, że „nie było możliwości skorzystania w odpowiednim czasie ze świadczeń tego systemu i gdy nie miało miejsca nieprawidłowe wykorzystanie lub nadużycie niniejszego odstępstwa"(ust. 3).

15 Według informacji zawartych w postanowieniu odsyłającym, zmiana uregulowania, o którym mowa w poprzednim punkcie skutkowała zakończeniem uprawnienia — przewidzianego poprzednio w art. 18 ust. 3 dekretu nr 2766/1967 — do zwrotu wydatków na ochronę w sytuacji nieuzasadnionej odmowy zainteresowanemu przez właściwą instytucję zgody na leczenie. W konsekwencji przypadek, o którym mowa w art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71, który obejmowała ta sytuacja, nie ma już powiązania z uregulowaniem krajowym o zwrocie kosztów podróży, pobytu i wyżywienia w związku z leczeniem szpitalnym w innym państwie członkowskim. Natomiast zwrot takich kosztów pozostaje możliwy w przypadku, o którym mowa w art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia nr 1408/71 z uwagi objęcie tego przypadku hipotezą z art. 5 ust. 3 dekretu królewskiego nr 63/1995.

Okoliczności faktyczne leżące u podstaw sporu i pytania prejudycjalne

16 M. Acereda Herrera jest ubezpieczony w krajowym systemie ochrony zdrowia jako osoba prowadząca działalność na własny rachunek.

17 W lipcu 2002 r. przyjęty został na ostry dyżur do szpitala należącego do SCS, gdzie zdiagnozowano u niego ciężką chorobę. Poddano go leczeniu w tymże szpitalu.

18 Oceniając, że leczenie nie było odpowiednie w odniesieniu do stanu jego zdrowia, M. Acereda Herrera w dniu 19 sierpnia 2002 r. złożył we właściwej instytucji wniosek o wydanie formularza E 112 w celu umożliwienia poddania się leczeniu w szpitalu we Francji.

19 W dniu 17 stycznia 2003 r. otrzymał tenże formularz, ważny jeden rok. SCS ponosiła koszty leczenia szpitalnego odbywanego we Francji.

20 W ramach tego leczenia M. Acereda Herrera udał się kilkakrotnie do Francji wraz z członkiem rodziny z uwagi na słabość swego zdrowia. Zwrócił się do SCS o zwrot kosztów podróży, pobytu i wyżywienia poniesionych w związku z tymi wyjazdami. Koszty te wynoszą w sumie 19 594 EUR.

21 SCS nie uwzględniła tego wniosku. M. Acereda Herrera wniósł odwołanie od tej decyzji do Juzgado de lo Social n° 1 w Santander, który odwołanie oddalił wyrokiem z dnia 17 listopada 2003 r.

22 M. Acereda Herrera wniósł apelację od tego wyroku do Tribunal Superior de Justicia de Cantabria.

23 Wobec wątpliwości dotyczących wykładni prawa wspólnotowego Tribunal Superior de Justicia de Cantabria postanowił zawiesić postępowanie i zwrócić się do Trybunału o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania prejudycjalne:

„1) Czy art. 22 ust. 1 lit. c), art. 22 ust. 2 oraz art. 36 rozporządzenia nr 1408/1971 należy interpretować w ten sposób, że uzyskanie zgody właściwej instytucji na udanie się na terytorium innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam odpowiedniej opieki pociąga za sobą także prawo ubezpieczonego do zwrotu kosztów podróży, pobytu oraz wyżywienia w państwie członkowskim, do którego się udaje, przez instytucję, która wydała zgodę?

2) W przypadku odpowiedzi twierdzącej na pierwsze pytanie: czy z prawa wspólnotowego można wywieść normę lub kryterium, w oparciu o które należy ustalać koszty podlegające zwrotowi, a także ich wysokość?

3) W przypadku odpowiedzi negatywnej na pierwsze pytanie: czy pozostaje w zgodzie z systemem podziału kompetencji pomiędzy państwami członkowskimi a instytucjami Wspólnoty, o których mowa w Traktacie ustanawiającym Wspólnotę Europejską, a dokładnie z jego art. 10 [...], a także z charakterem prawnym rozporządzeń wspólnotowych, o którym mowa w art. 249 TWE [...], fakt, że państwo członkowskie poprzez swoje ustawodawstwo krajowe rozwija przepisy rozporządzenia wspólnotowego, ustanawiając dodatkowe przepisy, które uzupełniają treść rozporządzenia oraz które odmiennie regulują przypadki, które przez rozporządzenie traktowane są tak samo, w taki sposób, że zniechęca to obywateli do dochodzenia praw i dokonywania wyborów wynikających z uregulowań wspólnotowych? W tym konkretnym przypadku: czy pozostaje w zgodzie z traktatem i z rozporządzeniem nr 1408/71 okoliczność, że Królestwo Hiszpanii utrzymuje przepisy prawa krajowego, które ubezpieczonym w ramach systemu ubezpieczenia społecznego przyznają selektywnie prawo do świadczeń dodatkowych w stosunku do praw przyznanych art. 22 wymienionego wyżej rozporządzenia, w taki sposób, iż świadczenia dodatkowe przyznawane są w każdym przypadku oprócz przypadku określonego w jego ust. 1 lit. c), przy czym brak jest dla owego zróżnicowania jakiegokolwiek racjonalnego uzasadnienia spełniającego zasady obiektywności i proporcjonalności?

4) W każdym razie:

a) Czy pozostaje w zgodzie z zasadą niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową, wyrażoną w art. 12 WE, przepis prawa krajowego, taki jak art. 5 ust. 3 dekretu królewskiego nr 63/1995, który uchyla art. 18 ust. 3 dekretu nr 2766/1967 i znosi możliwość uzyskania przez ubezpieczonego w hiszpańskim publicznym systemie zabezpieczenia społecznego zwrotu kosztów leczenia świadczonego przez przedsiębiorstwa lub osoby prowadzące działalność w dziedzinie ochrony zdrowia, mające siedzibę na terytorium Hiszpanii w przypadku gdy system publiczny nie może go w rozsądnym terminie poddać leczeniu, do którego ma on prawo, przy uwzględnieniu jego stanu zdrowia i prawdopodobnego rozwoju

choroby, podczas gdy w podobnej sytuacji jednostka zarządzająca systemem zabezpieczenia społecznego ma obowiązek udzielić ubezpieczonemu zgody na leczenie w przedsiębiorstwach lub u osób prowadzących działalność w zakresie ochrony zdrowia mających siedzibę na terytorium innego niż Hiszpania państwa członkowskiego?

b) Czy pozostaje w zgodzie z zasadą swobody świadczenia usług, zagwarantowaną w art. 49 i nast. WE, przepis krajowy taki jak art. 5 ust. 3 dekretu królewskiego nr 63/1995, który uchyla art. 18 ust. 3 dekretu nr 2766/1967 i znosi możliwość uzyskania przez osoby ubezpieczone w hiszpańskim publicznym systemie zabezpieczenia społecznego zwrotu kosztów leczenia świadczonego przez przedsiębiorstwa lub osoby prowadzące działalność w dziedzinie ochrony zdrowia, mające siedzibę na terytorium Hiszpanii, w przypadku gdy świadczenie, do którego mają prawo, nie zostało im udzielone w ramach systemu publicznego w rozsądnym terminie, przy uwzględnieniu ich stanu i prawdopodobnego rozwoju choroby, podczas gdy w podobnej sytuacji jednostka zarządzająca systemem zabezpieczenia społecznego ma obowiązek udzielić zgody na to, by ubezpieczony otrzymał to świadczenie w takich przypadkach od przedsiębiorstw lub osób prowadzących działalność w zakresie ochrony zdrowia mających siedzibę na terytorium innego niż Hiszpania państwa członkowskiego?

c) Czy pozostaje w zgodzie z przepisami dotyczącymi konkurencji zawartymi w art. 81 WE, 82 WE i 87 WE przepis krajowy, taki jak art. 5 ust. 3 dekretu królewskiego nr 63/1995, który uchyla art. 18 ust. 3 dekretu nr 2766/1967 i znosi możliwość uzyskania przez ubezpieczonych w hiszpańskim publicznym systemie zabezpieczenia społecznego zwrotu kosztów opieki świadczonej przez przedsiębiorstwa lub osoby prowadzące działalność w zakresie ochrony zdrowia mające siedzibę na terytorium Hiszpanii, w przypadku gdy świadczenie, do którego mają prawo, nie zostało im udzielone w ramach systemu publicznego w rozsądnym terminie, przy uwzględnieniu ich stanu i prawdopodobnego rozwoju choroby, podczas gdy jednostka zarządzająca systemem zabezpieczenia społecznego ma obowiązek udzielić zgody na to, by uprawniony otrzymał to świadczenie w takich przypadkach od przedsiębiorstw lub osób prowadzących działalność w zakresie ochrony zdrowia mających siedzibę na terytorium innego niż Hiszpania państwa członkowskiego?"

W przedmiocie pytań prejudycjalnych

W przedmiocie dwóch pierwszych pytań

24 W pierwszym pytaniu sąd krajowy zasadniczo pyta, czy art. 22 ust. 1 lit. c) i ust. 2, a także art. 36 rozporządzenia nr 1408/71 należy interpretować w taki sposób, że ubezpieczony, któremu właściwa instytucja wyraziła zgodę na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam opieki odpowiedniej do jego stanu zdrowia, ma prawo do zwrotu przez tę instytucję kosztów podróży, pobytu i wyżywienia związanych z takim wyjazdem w celach zdrowotnych.

25 Jak podkreślił rząd fiński w swych uwagach przedstawionych na piśmie, art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71 określa w wyczerpujący sposób kategorie świadczeń, których może się domagać ubezpieczony posiadający zgodę właściwej instytucji.

26 Artykuł ten daje takiemu ubezpieczonemu prawo z jednej strony do „świadczeń rzeczowych" udzielanych na rachunek instytucji właściwej przez instytucję państwa członkowskiego pobytu, zgodnie ze stosowanymi przez tę ostatnią przepisami [pkt i)], a z drugiej — do „świadczeń pieniężnych" wypłacanych przez instytucję właściwą zgodnie ze stosowanymi przez tę ostatnią przepisami, o ile ewentualne porozumienie między nią a instytucją państwa członkowskiego pobytu przewidujące udzielanie przez tę ostatnią tych świadczeń na rachunek pierwszej, zgodnie przepisami właściwego państwa członkowskiego [pkt ii)], nie stanowi inaczej.

27 Zgodnie z brzmieniem art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nr 1408/71, ust. 1 lit. c), pkt i) tego przepisu ma na celu jedynie zapewnienie ubezpieczonym legitymującym się zgodą właściwej instytucji, dostępu do „opieki" w innym państwie członkowskim na zasadach równie korzystnych jak te, na których korzystają z niej

pacjenci podlegający przepisom tego ostatniego państwa (zob. wyroki z dnia 12 lipca 2001 r. w sprawie C-368/98 Vanbraekel i in., Rec. str. I-5363, pkt 32; z dnia 23 października 2003 r. w sprawie C-56/01 Inizan, Rec. str. I-12403, pkt 21 oraz z dnia 16 maja 2006 r. w sprawie C-372/04 Watts, Zb.Orz. str. I-4325, pkt 135).

28 Jak podkreśliły w swych uwagach przedstawionych na piśmie rząd hiszpański, Irlandia, a także rządy cypryjski, fiński i Zjednoczonego Królestwa, obowiązek spoczywający na właściwej instytucji na podstawie art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i) rozporządzenia nr 1408/71 dotyczy zatem wyłącznie wydatków związanych z opieką zdrowotną uzyskiwaną przez ubezpieczonego w państwie członkowskim miejsca pobytu, co w zakresie opieki szpitalnej, takiej jak ta będąca przedmiotem sporu w postępowaniu przez sądem krajowym, oznacza koszty świadczeń medycznych w ścisłym tego słowa znaczeniu, jak również wydatki nierozerwalnie z nimi związane, dotyczące pobytu i wyżywienia w szpitalu (zob. ww. wyrok w sprawie Watts, pkt 136).

29 Istotną cechą „świadczeń rzeczowych" w rozumieniu rozporządzenia nr 1408/71 jest to, że „mają[] na celu pokrycie kosztów opieki świadczonej ubezpieczonemu" w formie pokrycia lub zwrotu „kosztów medycznych" spowodowanych stanem jego zdrowia (zob. w kontekście systemu prawnego dotyczącego ubezpieczenia na wypadek zależności od osób trzecich, wyrok z dnia 5 marca 1998 r. w sprawie C-160/96 Molenaar, Rec. str. I-843, pkt 32 i 34; zob. też ww. wyrok w sprawie Watts, pkt 137).

30 Pojęcie „świadczenia pieniężne" w rozumieniu art. 22 ust. 1 lit. c) pkt ii) rozporządzenia nr 1408/71 również należy poddać autonomicznej wykładni w prawie wspólnotowym (zob. w związku z tym ww. wyrok w sprawie Molenaar, pkt 31 i 33–36).

31 Obejmuje ono zasadniczo świadczenia mające na celu zrekompensowanie strat związanych z niezdolnością do pracy (zob. w tym znaczeniu ww. wyrok w sprawie Molenaar, pkt 31) i mogących negatywnie wpłynąć na poziom życia zainteresowa-

nego i ewentualnych członków jego rodziny, jak to wynika z jednej strony z odniesienia w art. 23 rozporządzenia nr 1408/71 do metod wyliczeń opartych na dochodach zainteresowanego i które mogą się zmieniać wraz ze zmianą liczby członków rodziny, a z drugiej — z art. 18 i 24 rozporządzenia nr 574/72, który co do zasady uzależnia otrzymanie świadczeń pieniężnych, w oparciu o art. 22 ust. 1 lit. c) pkt ii) rozporządzenia nr 1408/71, od przedłożenia oświadczenia o przerwaniu pracy lub, jeżeli ustawodawstwo stosowane przez właściwą instytucję tego wymaga, zaświadczenia o niezdolności do pracy wydanego przez prowadzącego lekarza.

32 W ww. wyroku w sprawie Molenaar Trybunał zakwalifikował ponadto jako „świadczenie pieniężne" zasiłek opiekuńczy po wskazaniu, po pierwsze, że wypłata tego zasiłku jest okresowa i niezależna ani od uprzedniego poczynienia określonych wydatków, ani a fortiori od przedłożenia dowodów poniesionych wydatków, po drugie że wysokość tego zasiłku jest stała i niezależna od kosztów faktycznie poniesionych przez uprawnionego na pokrycie bieżących potrzeb życiowych, a po trzecie że ten ostatni ma dużą swobodę w dysponowaniu przyznanymi mu środkami (pkt 34). W świetle tych cech Trybunał orzekł, że będący przedmiotem sporu zasiłek stanowi pomoc finansową pozwalającą generalnie poprawić poziom życia osób zależnych od osób trzecich w taki sposób, by zrekompensować im dodatkowe wydatki spowodowane przez sytuację, w której się znajdują (pkt 35).

33 Z analizy przedstawionej w dwóch poprzednich punktach wynika, że pojęcie świadczeń pieniężnych obejmuje świadczenia o charakterze okresowym polegające na dostarczeniu zastępczego dochodu lub wsparcia finansowego, służących zachowaniu ogólnego poziomu życia chorego i ewentualnych członków jego rodziny. Natomiast pojęcie to nie obejmuje zwrotu wydatków już dokonanych, takich jak dodatkowe koszty będące przedmiotem sporu w postępowaniu przed sądem krajowym.

34 Należy ponadto wskazać, że zgodnie z ustalonym orzecznictwem, art. 22 ust. 1 rozporządzenia nr 1408/71 ma pozwolić ubezpieczonemu, posiadającemu zgodę właściwej instytucji na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam opieki odpowiedniej do jego stanu zdrowia, na skorzystanie

z rzeczowych świadczeń zdrowotnych na rachunek właściwej instytucji, zgodnie z przepisami ustawodawstwa państwa, w którym świadczenia są wykonywane. Natomiast zgodnie z celowościową wykładnią tego artykułu, nie reguluje on „zwrotu przez państwa członkowskie, w odniesieniu do obowiązującej taryfy w państwie właściwym kosztów poniesionych przy okazji leczenia w innym państwie członkowskim" (wyroki z dnia 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-158/96 Kohll, Rec. str. I-1931, pkt 27 i ww. wyrok w sprawie Vanbraekel i in., pkt 36).

35 Świadczeń pieniężnych, których wypłatę przez właściwą instytucję zgodnie z ustawodawstwem przez nią stosowanym zapewnia art. 22 ust. 1 lit. c) pkt ii) rozporządzenia nr 1408/71 nie można zatem rozumieć jako obejmujące zwrot kosztów, takich jak w sprawie przed sądem krajowym, poniesionych przy okazji leczenia w innym państwie członkowskim.

36 A zatem, jak wynika z tytułu sekcji, w której znajduje się art. 36 rozporządzenia nr 1408/71, dotyczy on, jeżeli o niego chodzi, wyłącznie problemu zwrotów między instytucjami. Jak zauważył rząd cypryjski w swych uwagach przedłożonych na piśmie, nie nadaje on praw ubezpieczonym.

37 Podobnie jak to uczynił rząd hiszpański, należy wskazać, że jeżeli chodzi o określenie reżimu prawnego świadczeń innych, niż świadczenia rzeczowe lub pieniężne, rozporządzenie nr 1408/71 zawiera wyraźne postanowienia w tej kwestii, jak pokazuje to art. 59 tego rozporządzenia znajdujący się w rozdziale dotyczącym wypadków przy pracy i chorób zawodowych, a dotyczący „[k]oszt[ów] przewozu osoby, która uległa wypadkowi przy pracy lub cierpi na chorobę zawodową".

38 Należy wreszcie podkreślić, że wykładnię powyższą należy postrzegać jako nienaruszającą rozwiązania, które wynikałoby z ewentualnego zastosowania art. 49 WE. Tenże stoi w istocie na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu, które

wykluczałoby pokrycie kosztów dodatkowych poniesionych przez pacjenta posiadającego zgodę na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu poddania się tam leczeniu szpitalnemu, mimo że przewidywałoby ono pokrycie takich kosztów w przypadku leczenia przeprowadzanego w szpitalu należącym do danego systemu krajowego (zob. podobnie ww. wyrok w sprawie Watts, pkt 139).

39 W świetle powyższych uwag na pierwsze pytanie należy odpowiedzieć w ten sposób, że art. 22 ust. 1 lit. c) i ust. 2, a także art. 36 rozporządzenia nr 1408/71 należy interpretować w taki sposób, że nie dają one ubezpieczonemu, który posiada zgodę właściwej instytucji na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu poddania się tam leczeniu szpitalnemu odpowiedniemu do jego stanu zdrowia, prawa do zwrotu przez tę instytucję kosztów podróży, pobytu i wyżywienia poniesionych na terytorium tego państwa członkowskiego przez niego i osobę mu towarzyszącą, za wyjątkiem kosztów pobytu i wyżywienia ubezpieczonego w szpitalu.

40 Uwzględniając tę odpowiedź, nie trzeba analizować drugiego pytania.

W przedmiocie pytania trzeciego

41 W swym trzecim pytaniu sąd krajowy pyta zasadniczo, czy prawo wspólnotowe, w szczególności art. 10 WE i 249 WE, a także art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 stoją na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu, które przewiduje prawo do świadczeń uzupełniających świadczenia, o których mowa w art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, w sytuacjach, o których mowa w ust. 1 lit. a) tego artykułu, ale nie w sytuacjach, o których mowa w pkt c) tego samego ustępu.

42 W tej kwestii, bez potrzeby określenia, czy porównywalne czy też nie są sytuacje, o których mowa odpowiednio w pkt a) i c) tegoż art. 22 ust. 1, należy podnieść, że świadczenia uzupełniające, o których mowa, nie są objęte tym art. 22. W tych okolicznościach, jak wskazała Irlandia, a także rząd polski i rząd Zjednoczonego Królestwa w swych uwagach przedłożonych na piśmie, ustawodawstwo takie jak to będące przedmiotem postępowania przed sądem krajowym, nie może być uznane za naruszające prawo do świadczeń rzeczowych i do świadczeń pieniężnych, jakie art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71 nadaje ubezpieczonemu posiadającemu zgodę właściwej instytucji, wydaną w oparciu o ten przepis, na udanie się do innego państwa członkowskiego w celach zdrowotnych.

43 Wynika stąd, że ustawodawstwo to nie narusza obowiązków wynikających z art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71 i nie stanowi przeszkody dla bezpośredniej skuteczności tego przepisu.

44 Nie stanowi ono także naruszenia zasady lojalnej współpracy, o której mowa w art. 10 WE.

45 W świetle powyższych uwag, należy odpowiedzieć na pytanie trzecie w ten sposób, że ustawodawstwo krajowe, które daje prawo do świadczeń uzupełniających w stosunku do świadczeń, o których mowa w art. 22 ust. 1 rozporządzenia nr 1408/71 w sytuacji określonej w pkt a) tego ust. 1, ale nie w sytuacji określonej w pkt c) tegoż, nie stanowi przeszkody dla bezpośredniego skutku tego przepisu i nie narusza zasady lojalnej współpracy, wynikającej z art. 10 WE.

W przedmiocie pytania czwartego

46 W swym czwartym pytaniu sąd krajowy pyta zasadniczo czy zmiana taka jak dokonana w ustawodawstwie krajowym w 1995 r., na mocy której ubezpieczony,

któremu krajowy system ochrony zdrowia nie jest w stanie zapewnić w rozsądnym czasie leczenia, którego on wymaga ze względu na swój stan zdrowia, nie może domagać się pokrycia kosztów związanych z leczeniem w przedsiębiorstwach mających siedzibę na terytorium Hiszpanii, ale które nie należą do tego systemu, choć władze hiszpańskie mają obowiązek udzielenia ubezpieczonemu zgody na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu poddania się tam leczeniu na ich koszt w sytuacjach określonych w art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, jest zgodna z art. 12 WE, 49 WE, 81 WE, 82 WE i 87 WE.

47 Należy przypomnieć, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem to do rozstrzygającego spór sądu krajowego, który winien wziąć odpowiedzialność za wyrok, który ma być wydany, należy ocena — w świetle szczególnych okoliczności sprawy — zarówno konieczności wydania orzeczenia w trybie prejudycjalnym dla potrzeb wydania przezeń orzeczenia jak i istotności zadawanych Trybunałowi pytań (zob. w szczególności wyroki z dnia 15 grudnia 1995 r. w sprawie C-415/93 Bosman, Rec. str. I-4921, pkt 59 oraz z dnia 13 lipca 2000 r. w sprawie C-36/99, Idéal tourisme, Rec. str. I-6049, pkt 20).

48 Tym niemniej Trybunał ocenił, że nie może odpowiadać na zadane przez sąd krajowy pytanie, gdy oczywiste jest, że wykładnia lub ocena ważności normy wspólnotowej, zawnioskowana przez sąd krajowy nie ma żadnego związku ze stanem faktycznym czy przedmiotem sporu w postępowaniu przed sądem krajowym w sytuacji, gdy problem ma charakter hipotetyczny lub gdy Trybunał nie zna okoliczności faktycznych lub stanu prawnego niezbędnego do udzielenia użytecznej odpowiedzi na zadane mu pytanie (zob. ww. wyroki w sprawie Bosman pkt 61 i Idéal tourisme, pkt 20).

49 Uzasadnieniem posłużenia się odesłaniem prejudycjalnym nie jest bowiem sformułowanie doradczych opinii w odniesieniu do pytań o charakterze ogólnym czy hipotetycznym, lecz potrzeba związana nierozerwalnie z rzeczywistym rozstrzygnięciem sporu (zob. wyrok z dnia 12 marca 1998 r. w sprawie C-314/96 Djabali, Rec. str. I-1149, pkt 19).

50 W tym konkretnym przypadku, jak wynika z samego brzmienia pytania czwartego i motywów przedstawionych przez sąd krajowy do tego pytania, ma ono na celu poddanie Trybunałowi pod ocenę ewentualnej dyskryminacji na niekorzyść ubezpieczonego będącego obywatelem Hiszpanii, któremu krajowy system nie byłby w stanie zapewnić leczenia w rozsądnym terminie i który zwróciłby się do hiszpańskiego prywatnego świadczeniodawcy usług leczniczych w zakresie, w jakim taki ubezpieczony od chwili zmiany ustawodawstwa w 1995 r. nie ma już, zgodnie z prawem krajowym, prawa do pokrycia kosztów wydatków zdrowotnych poniesionych u takiego świadczeniodawcy poza sytuacją nie cierpiącą zwłoki, choć ubezpieczony posiadający zgodę właściwej instytucji na leczenie w innym państwie członkowskim ma w oparciu o art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71 prawo do pokrycia takich wydatków.

51 Należy jednak stwierdzić, jak uczyniły to rządy hiszpański i Zjednoczonego Królestwa w swych uwagach przedłożonych na piśmie, że pytanie to nie ma związku z przedmiotem sprawy w postępowaniu przed sądem krajowym, dotyczącym tego czy koszty podróży, pobytu i wyżywienia poniesione przez ubezpieczonego i osobę mu towarzyszącą w innym kraju członkowskim w związku z poddaniem się tam, za zgodą właściwej instytucji, leczeniu szpitalnemu podlegają zwrotowi czy nie.

52 Nie ma zatem potrzeby udzielenia odpowiedzi na pytanie czwarte.

W przedmiocie kosztów

53 Dla stron postępowania przed sądem krajowym niniejsze postępowanie ma charakter incydentalny, dotyczy bowiem kwestii podniesionej przed tym sądem; do niego zatem 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 (pierwsza izba) orzeka, co następuje:

1) **Artykuł 22 ust. 1 lit. c) oraz art. 22 ust. 2, a także art. 36 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 wersji zmienionej i uaktualnionej przez rozporządzenie Rady (WE) nr 118/97 z dnia 2 grudnia 1996 r., należy interpretować w taki sposób, że nie dają one ubezpieczonemu, który posiada zgodę właściwej instytucji na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu poddania się tam leczeniu szpitalnemu odpowiedniemu do jego stanu zdrowia, prawa do zwrotu przez tę instytucję kosztów podróży, pobytu i wyżywienia poniesionych na terytorium tego państwa członkowskiego przez niego i osobę mu towarzyszącą, za wyjątkiem kosztów pobytu i wyżywienia ubezpieczonego w szpitalu.**

2) **Ustawodawstwo krajowe, które daje prawo do świadczeń uzupełniających w stosunku do świadczeń, o których mowa w art. 22 ust. 1 rozporządzenia nr 1408/71 w wersji zmienionej i uaktualnionej przez rozporządzenie nr 118/97, w sytuacji określonej w pkt a) tego ust. 1, ale nie w sytuacji określonej w pkt c) tegoż, nie stanowi przeszkody dla bezpośredniej skuteczności tego przepisu i nie narusza zasady lojalnej współpracy, wynikającej z art. 10 WE.**

Podpisy