OPINIA RZECZNIKA GENERALNEGO
L.A. GEELHOEDA
przedstawiona w dniu 15 grudnia 2005 r. [1]

I — Wprowadzenie

1. Po wyrokach wydanych przez Trybunał między innymi w sprawie Kohll, w sprawie Smits i Peerbooms oraz w sprawie Müller-Fauré [2] niniejsza sprawa ponownie dotyczy problemu mobilności pacjentów wewnątrz Wspólnoty. Podczas gdy Trybunał rozwinął wiele zasad w odniesieniu do warunków, od których spełnienia zależy prawo pacjentów na podstawie art. 49 WE do uzyskania opieki medycznej w innym państwie członkowskim i do zwrotu kosztów tego leczenia w ramach krajowych systemów zabezpieczenia społecznego, do których należą, w niniejszym przypadku zwrócono się do Trybunału o wyjaśnienie, w jakim zakresie te zasady stosują się do krajowej służby zdrowia Zjednoczonego Królestwa (zwanej dalej „NHS"), która w odróżnieniu od systemów, które były dotychczas rozważane w orzecznictwie, ma całkowicie publiczny charakter, zarówno jeśli chodzi o jej organizację, jak i jej finansowanie. Poza kwestią zastosowania art. 49 WE do NHS jako takiej, wniosek porusza kwestie dotyczące stosowania listy oczekujących jako narzędzia równoważenia popytu i podaży usług szpitalnych oraz następstw budżetowych ewentualnego orzeczenia, że system taki jak NHS musi zabezpieczać zwrot kosztów usług szpitalnych uzyskanych w innym państwie członkowskim. Wniosek także odnosi się do właściwej wykładni art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 w tym kontekście.

II — Przepisy mające zastosowanie w sprawie

A — *Prawo wspólnotowe*

2. Artykuł 49 akapit pierwszy WE stanowi:

„W ramach poniższych postanowień ograniczenia w swobodnym świadczeniu usług

1 — Język oryginału: angielski

2 — Wyroki z dnia 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-158/96 Kohll., Rec. str. I-1931; z dnia 12 lipca 2001 r. w sprawie C-157/99 Smits i Peerbooms, Rec. str. I-5473 oraz z dnia 13 maja 2003 r. w sprawie C-385/99 Müller-Fauré i van Riet, Rec. str. I-4509.

wewnątrz Wspólnoty są zakazane w odniesieniu do obywateli państw członkowskich mających swe przedsiębiorstwo w państwie Wspólnoty innym niż państwo odbiorcy świadczenia".

3. Zgodnie z art. 152 ust. 5 zdanie pierwsze WE:

„Działanie Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego w pełni szanuje odpowiedzialność państw członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej".

4. Artykuł 22 rozporządzenia nr 1408/71 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) którym 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.

3. [...]".

B — *Prawo krajowe*

5. Artykuł 1 National Health Service Act 1977 (ustawy z 1977 r. o krajowej służbie zdrowia) stanowi:

„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".

6. Artykuł 3 National Health Service Act 1977 stanowi:

„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, pielęgniarskie 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".

C — *Zasadnicza charakterystyka NHS*

7. Na podstawie informacji przedstawionych przez sąd krajowy w postanowieniu odsyłającym zasadniczą charakterystykę NHS można podsumować następująco:

— Podmioty NHS świadczą opiekę szpitalną bez nastawienia na zysk, bezpłatnie wszystkim osobom zamieszkałym w Zjednoczonym Królestwie.

— Leczenie szpitalne jest finansowane 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; pracownicy ani pracodawcy nie opłacają składek na finansowanie NHS, a pacjenci nie współfinansują takiego leczenia; kwota udostępniona PCT w odniesieniu do opieki szpitalnej jest z góry określona.

— PCT są podmiotami publicznymi utworzonymi w celu planowania i zapewniania opieki zdrowotnej, w tym medycyny ogólnej na danym obszarze geograficznym [3]. Każdy region Anglii należy do jednego PCT.

— „NHS trusts" są wyodrębnionymi osobami prawnymi, utworzonymi na podstawie National Health Service and Community Care Act 1990 (ustawy z 1990 r. o krajowej służbie zdrowia i opiece w miejscu zamieszkania) dla przejmowania odpowiedzialności za własność i zarządzanie szpitalami lub innymi placówkami lub sprzętem. Po zmianie, art. 5 ust. 1 tej ustawy stanowi

3 — Artykuł 16 A ustawy z 1977 r. wprowadzony na mocy art. 2 Health Act 1999 (ustawy z 1999 r. o ochronie zdrowia) i zmieniony National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002 (ustawą z 2002 r. o reformie krajowej służby zdrowia i o zawodach medycznych).

teraz, że trusts są ustanowione dla zapewniania dóbr i usług dla celów służby zdrowia. Mówiąc ogólnie, NHS trusts otrzymują środki z PCT.

— Ponieważ NHS trusts zawsze same świadczą usługi leczenia (szpitalnego) bezpłatnie pacjentom objętym systemem NHS lub w nielicznych przypadkach na podstawie porozumienia w sprawie leczenia przez innych usługodawców, kwestia zwrotu pacjentowi kosztów leczenia nie powstaje i nie jest regulowana. Pacjenci objęci systemem NHS nie są uprawnieni na mocy prawa prywatnego do żądania finansowania opieki medycznej z NHS, również prawo publiczne nie upoważnia ich do żadnego szczególnego leczenia w danym momencie. Nie są też upoważnieni do uzyskania leczenia szpitalnego w sektorze prywatnym w Anglii i Walii na koszt NHS.

— Dostęp do opieki szpitalnej jest zasadniczo uzależniony od decyzji lekarza ogólnego. Nie istnieje krajowy rejestr usług zdrowotnych.

— W ramach systemu NHS rodzaj, miejsce, chwila przyjęcia i czas trwania opieki szpitalnej są ustalane w zależności od priorytetów klinicznych i dostępności środków właściwego podmiotu NHS, a nie od wyboru pacjenta.

Decyzje podmiotów NHS odnośnie do tego, czy zapewnić opiekę medyczną mogą być zaskarżane do sądu, zgodnie z ustalonymi zasadami krajowego prawa publicznego, lecz skargi te są najczęściej oddalane.

— Budżet przyznany NHS nie jest wystarczający dla zapewnienia wszystkim wymagającym leczenia, niezależnie od stopnia pilności, natychmiastowej opieki. W konsekwencji, NHS wykorzystuje swoje ograniczone zasoby, przyznając priorytety różnym zabiegom i uwzględniając indywidualne przypadki. Skutkiem tego są listy oczekujących na mniej pilne zabiegi.

— Podmioty NHS mogą swobodnie decydować o podziale i równowadze priorytetów klinicznych w zgodzie z wytycznymi krajowymi. Zarządzanie listą oczekujących ma zapewnić świadczenie opieki medycznej zgodnej z właściwymi priorytetami i decyzjami podmiotów NHS w zakresie korzystania ze środków oraz zapewnienie sprawiedliwego traktowania pacjentów wymagających leczenia szpitalnego z powodu odmiennych problemów zdrowotnych i przedstawiających różne stopnie pilności.

— 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) rozporządzenia nr 1408/71 (system E-112). W takim przypadku zwrotu kosztów 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, a nie na rzecz pacjenta. Artykuł 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71 nie został w żaden sposób transponowany do prawa brytyjskiego.

— Pacjenci z zagranicy, czyli pacjenci, którzy nie mają faktycznego miejsca zamieszkania na terytorium Zjednoczonego Królestwa, mogą również uzyskać opiekę medyczną w ramach NHS, ale 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. Takie opłaty są pobierane i zatrzymywane przez podmiot NHS świadczący leczenie. NHS trust, który świadczy leczenie pacjentowi z zagranicy nie może sam zdecydować o niepobraniu opłat za takie leczenie, chyba że przypadek pacjenta należy do wyjątków [4], określonych w rozporządzeniu.

III — Stan faktyczny i postępowanie przed sądem krajowym

8. We wrześniu 2002 r. lekarz ogólny zdiagnozował u Y. Watts zwyrodnienie obu stawów biodrowych. W dniu 1 października została ona zbadana przez specjalistę do spraw chirurgii ortopedycznej, który uznał, że potrzebuje ona pełnej protezy biodrowej z każdej strony.

9. W tym czasie córka Y. Watts wystąpiła do Bedford PCT o poparcie wniosku jej matki o poddanie się dwustronnej operacji bioder za granicą, zgodnie z art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, z wykorzystaniem druku E-112. Jej lekarz specjalista w piśmie do PCT stwierdził, że mobilność Y. Watts jest znacznie ograniczona i że cierpi ona na ciągłe bóle. W odniesieniu do pytania Y. Watts, czy operacja mogłaby być przeprowadzona za granicą na koszt NHS, stwierdził on, że jej przypadek wymaga takiej samej uwagi, jak przypadki innych jego pacjentów dotkniętych zaawansowanym artretyzmem, wpisanych na listę oczekują-

4 — Rozporządzenie nr 1408/71 przewiduje wyjątki w pewnych okolicznościach, na przykład opieki szpitalnej udzielonej w związku z wypadkiem lub przypadków pilnych oraz uwzględnienia praw osób należących do systemu zabezpieczenia społecznego innego państwa członkowskiego.

cych. Z uwagi na zaklasyfikowanie jej przypadku do kategorii „przypadków rutynowych", Y. Watts miała czekać około roku na operację w miejscowym szpitalu.

10. Pismem z dnia 21 listopada 2002 r. PCT oddalił wniosek Y. Watts o wydanie druku E-112 na tej podstawie, że jej przypadek został zaklasyfikowany przez lekarza specjalistę do kategorii „przypadków rutynowych", i skoro leczenie mogło być zapewnione w terminie zgodnym z celami planu zabezpieczenia społecznego, to zawarty w art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 warunek niemożności poddania leczeniu „w terminie zwykle niezbędnym" dla uzyskania leczenia w państwie członkowskim miejsca zamieszkania nie został spełniony. PCT uznał, że w tym przypadku nie zachodziła „nieuzasadniona zwłoka", bo leczenie mogło być zapewnione w miejscowym szpitalu w docelowym okresie 12 miesięcy przewidzianym w rządowym planie zabezpieczenia społecznego. W dniu 12 grudnia 2002 r. Y. Watts wszczęła postępowanie przed sądem w celu uchylenia tej decyzji.

11. W styczniu 2003 r. Y. Watts udała się do Francji na konsultacje z lekarzem specjalistą. Ten natomiast uznał, że stan jej zdrowia uległ pogorszeniu i że operacja założenia protez biodrowych powinna być przeprowadzona do połowy marca 2003 r.

12. W ramach postępowania wszczętego przez Y. Watts, podczas pierwszego posiedzenia w dniu 22 stycznia 2003 r. Secretary of State (minister) zaproponował, aby Y. Watts poddała się ponownemu badaniu w celu dokonania przez PCT powtórnej analizy swej decyzji. Została więc ona ponownie zbadana w dniu 31 stycznia 2003 r. przez tego samego lekarza specjalistę, który badał ją poprzednio. Lekarz ów uznał, że stan zdrowia pacjentki uległ pogorszeniu w porównaniu z przeciętnymi pacjentami i że teraz zaklasyfikowałby ją do pacjentów, którzy muszą być operowani „wkrótce". Oznaczało to, że zostanie ona operowana w terminie trzech do czterech miesięcy, tzn. w kwietniu lub w maju 2003 r. Następnie pismem z dnia 4 lutego 2003 r. PCT potwierdził, że w świetle tych informacji nie mógł poprzeć wniosku Y. Watts o uzyskanie leczenia za granicą na podstawie druku E-112, ponieważ teraz będzie ona musiała poczekać jeszcze tylko trzy lub cztery miesiące na operację wszczepienia protez bioder w Bedford.

13. Y. Watts nie czekała do kwietnia lub maja, lecz zamiast tego poddała się w dniu 7 marca 2003 r. operacji założenia protezy biodrowej w Abbeville, we Francji.

14. Po swoim powrocie podtrzymała wniosek o uchylenie decyzji PCT odmawiającej zgody na leczenie za granicą, a ponadto zażądała zwrotu kosztów medycznych w wysokości około 3 900 GBP wraz z kosztami pobytu w szpitalu.

15. Orzeczeniem z dnia 1 października 2003 r. [5] Administrative Court oddalił wniosek Y. Watts. Choć uznał on, że odmowna decyzja PCT zawierała błędy prawne, ponieważ nie wskazano w niej, że usługi, z których skorzystała Y. Watts, wchodzą w zakres art. 49 WE, i że bez znaczenia jest to, iż kwestia zwrotu kosztów leczenia powstała w kontekście NHS, to oddalił on skargę na podstawie oceny stanu faktycznego. Sąd uznał, że „każdy organ krajowy kierujący się prawidłowo zasadami ustalonymi przez Trybunał Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich, w szczególności w wyrokach (w sprawie Smits i Peerbooms) jak również w sprawie Müller-Fauré, 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". Okres oczekiwania wynoszący trzy do czterech miesięcy w tym momencie nie uprawniał jej do leczenia za granicą oraz do żądania zwrotu kosztów od NHS.

16. Zarówno Secretary of State for Health (minister zdrowia), jak i Y. Watts złożyli odwołanie od orzeczenia Administrative Court do Court of Appeal. Odwołanie Y. Watts dotyczyło oddalenia jej wniosku o zwrot kosztów oraz stwierdzenia sądu, że krajowy czas oczekiwania jest istotny dla celów stosowania art. 49 WE i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71. Odwołanie Secretary of State for Health dotyczyło znaczenia art. 49 WE dla przypadku Y. Watts. Utrzymywał on, iż pacjenci objęci systemem NHS nie mają prawa do korzystania z usług w znaczeniu tego przepisu i że w konsekwencji jej sytuację reguluje wyłącznie art. 22 rozporządzenia nr 1408/71. Ze względu na trudności w zastosowaniu zasad art. 49 WE, w świetle wykładni Trybunału przedstawionej w sprawie Smits i Peerbooms oraz w sprawie Müller-Fauré [6] do sytuacji NHS, Court of Appeal uznał za konieczne skierowanie do Trybunału pytań w tej sprawie.

IV — Pytania prejudycjalne i postępowanie przed Trybunałem

17. Problemy w zakresie wykładni, przed którymi stanął Court of Appeal, zostały sformułowane w następujących pytaniach prejudycjalnych:

„Pytanie 1

Mając na uwadze charakter NHS i jego status w systemie prawa wewnętrznego, czy

5 — Administrative Court zawiesił postępowanie w oczekiwaniu na wyrok Trybunału Sprawiedliwości w sprawie Müller-Fauré (przywołanej w przypisie 2).

6 — Przywołane w przypisie 2.

wykładni art. 49 WE, zgodnie z linią orzecznictwa przyjętą w wyrokach w sprawach Geraets Smits, Müller-Fauré oraz Inizan, należy dokonywać w ten sposób, że co do zasady osoby mające zwykłe miejsce zamieszkania na terytorium Zjednoczonego Królestwa są uprawnione zgodnie z prawem wspólnotowym do uzyskania opieki szpitalnej w innych państwach członkowskich na koszt krajowej służby zdrowia Zjednoczonego Królestwa („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?

Pytanie 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, 49 i 50 WE należy co do zasady dokonywać w ten sposób, że:

1) zapewnianie opieki szpitalnej przez podmioty NHS stanowi świadczenie usług w rozumieniu art. 49 WE;

2) pacjent uzyskujący opiekę szpitalną w ramach NHS korzysta z prawa do otrzymania usług w rozumieniu art. 49 WE; i

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

Pytanie 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 interwenci 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 byliby 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?

Pytanie 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?

Pytanie 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?

Pytanie 6

W przypadkach gdy prawo wspólnotowe zobowiązuje państwo członkowskie do sfinansowania opieki szpitalnej udzielonej w innych państwach członkowskich osobom mającym zwykłe 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?

Pytanie 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?".

18. Zgodnie z art. 23 Statutu Trybunału Sprawiedliwości uwagi na piśmie zostały przedstawione przez Y. Watts, rządy: belgijski, fiński, francuski, maltański, hiszpański, szwedzki i Zjednoczonego Królestwa oraz przez Irlandię i Komisję. Podczas rozprawy w dniu 4 października 2005 r. przedstawiono dalsze uwagi w imieniu Y. Watts, rządów: hiszpańskiego, francuskiego, polskiego,[7] fińskiego, szwedzkiego i Zjednoczonego Królestwa oraz w imieniu Irlandii i Komisji.

7 — Rząd polski nie przedstawił uwag na piśmie.

V — Ocena

A — *Ogólne uwagi wstępne*

19. W bardziej ogólnym kontekście można uznać, że niniejsza sprawa jest znamienna i odkrywcza w wielu fundamentalnych kwestiach, które wynikają z istnienia odrębnych krajowych systemów ochrony zdrowia i ubezpieczenia w razie choroby oraz sposobu, w jaki one funkcjonują w kontekście wewnętrznego rynku wspólnego dla dwudziestu pięciu państw członkowskich. Te kwestie wynikają z wielu czynników, które Trybunał powinien mieć na uwadze przy udzielaniu odpowiedzi na pytania prejudycjalne skierowane przez Court of Appeal.

20. Pierwszy aspekt dotyczy problemu ograniczonych zdolności zbiorowo organizowanych i finansowanych systemów opieki zdrowotnej, w których zasoby ludzkie, finansowe i infrastrukturalne są z definicji ograniczone. W takich systemach popyt na opiekę zdrowotną będzie zawsze przekraczał podaż usług medycznych i, w przeciwieństwie do systemów prywatnej opieki medycznej, mechanizm cenowy nie działa w sposób korygujący. Rozwój technologiczny i innowacje często generują nowy popyt zamiast tworzyć większe możliwości odpowiedzi na istniejący popyt. Inwestycji w sektorze opieki zdrowotnej dokonuje się z myślą o zaspokajaniu popytu na usługi medyczne w średnim lub długim okresie i nie mogą być one dostosowywane w reakcji na fluktuacje popytu w krótkim terminie. W tej

sytuacji osoby wymagające opieki medycznej nie zawsze będą mogły ją uzyskać w akceptowalnym okresie w ramach swoich systemów krajowych. Nieuniknioną tego konsekwencją są listy oczekujących, które stają się narzędziem w rękach zarządzających opieką zdrowotną w celu równoważenia podaży i popytu.

21. Drugim czynnikiem, który należy uwzględnić, jest współistnienie w ramach Wspólnoty różnych systemów opieki zdrowotnej i ubezpieczenia w razie choroby. Te systemy dzielą się, według klasyfikacji dokonanej przez rzecznika generalnego Ruiza-Jaraba Colomera w przedstawionej przez niego opinii w sprawie Smits i Peerbooms [8], na systemy całkowicie publiczne (takie jak brytyjski NHS), systemy hybrydowe (takie jak holenderski Ziekenfondswet system, zwany dalej „ZFW") oraz prywatne systemy ubezpieczeniowe. W pierwszej kategorii finansowanie jest całkowicie publiczne, a opieka jest świadczona bezpłatnie. System drugiego rodzaju może być finansowany albo ze środków publicznych, albo z prywatnych lub z obu tych rodzajów środków łącznie, podczas gdy opieka jest zapewniana przez świadczenia rzeczowe lub na podstawie zwrotu kosztów. W trzeciej kategorii systemów opieka jest opłacana bezpośrednio przez pacjenta, który następnie otrzymuje zwrot kosztów od swojego ubezpieczyciela. W zależności od rodzaju organizacji te systemy będą albo restrykcyjnie zarządzane i stosunkowo zamknięte, albo bardziej elastyczne w zarządzaniu i stosunkowo otwarte.

22. Trzecia kwestia wynika z samego rynku wewnętrznego, a w szczególności ze swobody świadczenia i korzystania z usług we Wspólnocie. Niewątpliwie zachęceni orzecznictwem Trybunału w tej dziedzinie pacjenci coraz częściej szukają opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich z różnych powodów, takich jak wcześniejsza dostępność zabiegu w innym państwie członkowskim niż w państwie członkowskim miejsca zamieszkania (Y. Watts), dostępność w innym państwie członkowskim zabiegu, który nie jest (jeszcze) dostępny w państwie członkowskim miejsca zamieszkania (A. Keller) lub jest dostępny jedynie w fazie eksperymentu (H.T.M. Peerbooms), lub fakt, że pacjent ma większe zaufanie do usługodawcy z siedzibą w innym państwie członkowskim [9]. Mobilność pacjentów stymulowana jest również dostępnością wielu informacji (internet) na temat możliwości otrzymania opieki medycznej w innych krajach i działalnością pośredników specjalizujących się w tej dziedzinie.

23. W tej sytuacji istnieje rozwijający się transnarodowy rynek usług opieki zdrowotnej, który jest źródłem problemów nie tyle

8 — Opinia w sprawie C-157/99 (przywołanej w przypisie 2), pkt 46.

9 — Zobacz wyroki z dnia 12 kwietnia 2005 r. w sprawie C-145/03 Keller, Zb.Orz. str. I-2529, jak również w sprawie C-157/99 Smits i Peerbooms (przywołanej w przypisie 2).

w odniesieniu do prawa opuszczenia państwa członkowskiego miejsca zamieszkania lub prawa do udania się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania opieki medycznej, ale w odniesieniu do warunków finansowania takiego leczenia. Ten aspekt w sposób oczywisty tworzy problemy, gdy kwestię finansowania opieki zdrowotnej traktuje się ściśle według równoważenia popytu i podaży w granicach krajowego systemu opieki zdrowotnej i ubezpieczenia w razie choroby.

24. Spory wynikające z faktu, że niektórzy szukają opieki poza granicami krajowych systemów ubezpieczenia w razie choroby, do których przynależą, legły w ciągu ostatnich dziesięciu lat u podstaw kilku wyroków Trybunału, w których ten sformułował pewne podstawowe zasady rozwiązywania problemów dotyczących finansowania transgranicznego świadczenia usług medycznych. Rozpoczynając w wyrokach w sprawach Decker i Kohll, Trybunał następnie rozwinął te zasady w sprawach Smits i Peerbooms, a następnie dookreślił je w sprawie Müller-Fauré [10]. Inne ważne kwestie dotyczące relacji pomiędzy art. 49 WE i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 zostały rozstrzygnięte w wyrokach w sprawach Vanbraekel i Inizan [11]. Mimo że zasady wypracowane przez Trybunał w tych wyrokach stanowią obecnie utrwalone orzecznictwo i są zasadniczą podstawą odpowiedzi, które zostaną udzielone na pytania skierowane przez Court of Appeal, należy jednak rozważyć, czy wymagane byłoby dalsze uszczegółowienie, uwzględniając kontekst tych pytań.

25. Jednakże najpierw trzeba określić właściwy kontekst prawny dla rozstrzygnięcia tych pytań.

B — *Przepisy znajdujące zastosowanie w sprawie*

26. Pytania skierowane przez Court of Appeal koncentrują się głównie na zastosowaniu art. 49 WE do przypadku Y. Watts, a szczególnie na kwestii, czy ten przepis uprawnia ją do zwrotu kosztów leczenia szpitalnego, które otrzymała we Francji, chociaż nie uzyskała zgody NHS ani innej właściwej instytucji w Zjednoczonym Królestwie na skorzystanie z tego leczenia.

27. Jednakże, jak wskazała Komisja, Y. Watts najpierw zwróciła się o udzielenie zgody na mocy art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 na wyjazd za granicę w celu odbycia leczenia, wnioskując o wydanie druku E-112. PCT jako właściwa instytucja dwukrotnie odmówił poparcia jej wniosku na tej podstawie, że

10 — Wyrok z dnia 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-120/95 Decker, Rec. str. I-1831 oraz wyroki przywołane w przypisie 2.

11 — Wyroki z dnia 12 lipca 2001 r. w sprawie C-368/98 Vanbraekel, Rec. str. I-5363 i z dnia 23 października 2003 r. w sprawie C-56/01 Inizan, Rec. str. I-12403.

pod względem klasyfikacji jej stanu zdrowia do poszczególnych klas pilności (najpierw „rutynowo", później „wkrótce"), byłaby ona w stanie skorzystać z leczenia w docelowym okresie 12 miesięcy, przewidzianym dla dostępu do leczenia szpitalnego. Zatem warunki z art. 22 rozporządzenia nie zostały spełnione.

28. Ponieważ zarówno art. 49 WE, jak i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 mają znaczenie dla niniejszej sprawy, należy określić relację pomiędzy tymi przepisami i sposób, w jaki powinny być one do niej zastosowane.

29. Artykuł 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71 stanowi, że gdy dana osoba uzyskała zgodę na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania opieki, którą zapewnia właściwe państwo członkowskie (zwane dalej „państwem członkowskim ubezpieczenia"), to powinna ona być uprawniona do tej opieki zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego świadczącego opiekę, tak jak gdyby była ona ubezpieczona w tym państwie członkowskim [12]. Koszt takiego leczenia ponosi zgodnie z art. 36 rozporządzenia państwo członkowskie ubezpieczenia, które dokonuje zwrotu tych kosztów bezpośrednio właściwej instytucji państwa członkowskiego, w którym miało miejsce leczenie.

30. Zgodnie z art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia nie można odmówić udzielenia zgody, gdy dwa warunki zostały spełnione: 1) leczenie jest jednym ze świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo właściwego państwa członkowskiego oraz 2) wymagane leczenie nie może być świadczone „w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia w państwie członkowskim zamieszkania, uwzględniając aktualny stan zdrowia zainteresowanego i prawdopodobny dalszy przebieg choroby".

31. Zważywszy na cel koordynacji rozporządzenia nr 1408/71, Trybunał dokonał zwężającej wykładni zakresu art. 22 rozporządzenia. Zatem w wyroku w sprawie Vanbraekel orzekł, że „wyłącznym celem" art. 22 ust. 2 rozporządzenia jest określenie okoliczności wykluczenia odmowy udzielenia zgody przez właściwą instytucję krajową na podstawie art. 22 ust. 1 lit. c) i że ten przepis nie ma na celu ograniczania okoliczności, w jakich taka zgoda może być udzielona [13].

32. Ponadto Trybunał orzekł, że celem art. 22 nie jest regulacja zwrotu przez państwo członkowskie kosztów poniesionych w związku z leczeniem świadczonym w innym państwie członkowskim według

12 — Wyrok w sprawie Vanbraekel (przywołany w przypisie 11), pkt 32.

13 — Wyrok w sprawie Vanbraekel (przywołany w przypisie 11), pkt 31.

stawek obowiązujących we właściwym państwie, a zatem takiego zwrotu nie wyklucza [14].

33. Tak więc art. 22 pozostawia państwom członkowskim swobodę decyzji co do tego, czy i na jakich warunkach za opiekę uzyskaną w innym państwie członkowskim mogą zostać zwrócone koszty. Gdy państwo członkowskie przewiduje możliwość zwrotu kosztów osobom prywatnym, art. 22 nie zabrania uzależnienia tego zwrotu od spełnienia przez zainteresowaną osobę warunku uzyskania uprzedniej zgody właściwej instytucji na leczenie za granicą.

34. Zatem pacjent, któremu nie udzielono zgody z powodu niespełnienia warunków art. 22 ust. 2, nie będzie mógł ubiegać się o zwrot kosztów leczenia uzyskanego w innym państwie członkowskim, a właściwa instytucja nie będzie zobowiązana do refundacji instytucji świadczącej to leczenie, zgodnie z art. 36 rozporządzenia nr 1408/71.

35. Jednakże jest inaczej w sytuacji, gdy osoba wystąpiła z wnioskiem o udzielenie zgody na skorzystanie z opieki medycznej w innym państwie członkowskim, ale niesłusznie nie udzielono jej takiej zgody. W tym przypadku Trybunał orzekł, że zainteresowana osoba, która pomimo braku zgody udała się do innego państwa członkowskiego celem skorzystania z leczenia, jest uprawniona do zwrotu kosztów bezpośrednio przez właściwą instytucję w wysokości równej kosztom, jakie by ta instytucja faktycznie poniosła, gdyby zgoda została wcześniej udzielona [15].

36. Jeszcze inna sytuacja ma miejsce, gdy odmowa udzielenia zgody nie jest oparta wyraźnie lub wyłącznie na kryteriach art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71, ale (również) jest wydana w odniesieniu do kryteriów krajowych. Jeśli jednak osoba udaje się do innego państwa członkowskiego na zabieg medyczny, za który płaci ona bezpośrednio świadczeniodawcy, a następnie występuje o zwrot kosztów w państwie członkowskim ubezpieczenia, odmowa takiego zwrotu kosztów powinna być zbadana w świetle art. 49 WE. Innymi słowy, pytanie, na które trzeba wtedy odpowiedzieć, to: czy odmowa zwrotu kosztów w takiej sytuacji stanowi ograniczenie swobody świadczenia usług, a jeśli tak, to czy takie ograniczenie jest uzasadnione.

14 — Wyroki w sprawie Kohll (przywołanej w przypisie 2), pkt 27 i w sprawie Vanbraekel (przywołanej w przypisie 11), pkt 36.

15 — Wyrok w sprawie Vanbraekel (przywołany w przypisie 11), pkt 34.

37. Ta ostatnia sytuacja ma zastosowanie do przypadku Y. Watts, ponieważ decyzja była powiązana z docelowym planem zabezpieczenia społecznego NHS. Zatem Court of Appeal słusznie skoncentrował się na właściwej wykładni art. 49 WE przy rozstrzyganiu sporu w postępowaniu przed sądem krajowym.

C — *Dwa pierwsze pytania prejudycjalne: NHS a art. 49 WE*

1. Zakres stosowania art. 49 WE

38. Poprzez dwa pierwsze pytania sąd krajowy zmierza do ustalenia, czy w świetle charakterystyki NHS osoba zamieszkała w Zjednoczonym Królestwie jest uprawniona zgodnie z art. 49 WE do uzyskania opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim na koszt NHS, i jeśli ma to znaczenie w tym względzie, czy opieka szpitalna świadczona przez NHS jest sama w sobie świadczeniem usług w rozumieniu art. 49 WE.

39. Strony, które przedstawiły uwagi, zajmują różne stanowiska wobec zastosowania art. 49 WE do żądania przez Y. Watts zwrotu przez NHS kosztów opieki szpitalnej, której udzielono jej we Francji.

40. Z jednej strony, Y. Watts oraz rządy belgijski i francuski utrzymują, że art. 49 WE w świetle wykładni dokonanej przez Trybunał, w szczególności w wyrokach w sprawie Smits i Peerbooms, w sprawie Müller-Fauré oraz w sprawie Inizan [16], ma zastosowanie do NHS, tak że osoby faktycznie zamieszkałe w Zjednoczonym Królestwie są uprawnione do skorzystania z opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim na koszt NHS. W tym względzie nie ma znaczenia, czy opieka szpitalna świadczona przez NHS jest sama w sobie świadczeniem usług w rozumieniu art. 49 WE, chociaż utrzymują, że właśnie tak jest.

41. Chociaż Komisja twierdzi, że niniejsza sprawa powinna być rozstrzygana przede wszystkim na podstawie art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, to pomocniczo bada również kwestie zgodności odmowy udzielenia przez PCT zgody Y. Watts na poddanie się operacji we Francji i zwrotu kosztów tego leczenia z art. 49 WE. W tej sprawie Komisja stoi na stanowisku, że o ile można by twierdzić na podstawie wyroków w sprawie Humbel oraz w sprawach Poucet i Pistre [17], że usługi świadczone przez NHS wychodzą

16 — Wyroki w sprawach C-157/99 i C-385/99 (przywołanych w przypisie 2) i w sprawie C-56/01 (przywołanej w przypisie 11).

17 — Wyroki z dnia 27 września 1988 r. w sprawie C-263/86, Rec. str. 5365 oraz z dnia 17 lutego 1993 r. w sprawach połączonych C-159/91 i C-160/91 Poucet i Pistre, Rec. str. I-637.

poza zakres art. 49 i 50 WE, to jasno wynika z wyroków Trybunału w sprawach Smits i Peerbooms oraz Müller-Fauré [18], że usługi medyczne, które są świadczone w innym państwie członkowskim i są opłacane bezpośrednio przez osobę korzystającą z nich, są usługami w znaczeniu art. 50 WE, chyba że należałoby uznać, że ustalenia Trybunału były ograniczone do okoliczności tych spraw. Odnośnie do istnienia ograniczenia, Komisja zauważa, że system NHS nie może być postrzegany jako dyskryminacyjny, gdyż nie ma szczególnych przepisów dotyczących leczenia uzyskanego w innych państwach członkowskich. Jednakże brak procedury pozwalającej pacjentom na wnioskowanie o usługi medyczne w innych państwach członkowskich i o zwrot kosztów tych usług prawdopodobnie zniechęci lub powstrzyma ich przed poszukiwaniem leczenia za granicą, a w konsekwencji stworzy ograniczenie w rozumieniu art. 49 WE.

42. Również rząd szwedzki uważa, że w świetle orzecznictwa Trybunału sytuacja Y. Watts wchodzi w zakres art. 49 WE. Jednakże zaznacza przy tym, że należy uwzględnić cechy charakterystyczne publicznego systemu opieki zdrowotnej. Osoby, które decydują się na wyjście poza taki publiczny system w celu skorzystania z leczenia u prywatnego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej bez uprzedniej zgody, powinny same ponosić koszty takiego leczenia.

43. Natomiast rząd Zjednoczonego Królestwa, wspierany przez rządy fiński, maltański i hiszpański, jak również Irlandię, podkreśla, że w ramach NHS osoby zamieszkałe w Zjednoczonym Królestwie nie są uprawnione do korzystania z określonego leczenia, w określonym czasie lub miejscu ani nie mają swobody wyboru w tym względzie. Według niego, Trybunał wyjaśnił w swoim orzecznictwie, że uprawnienie do uzyskania leczenia zgodnie z prawem państwa miejsca zamieszkania jest warunkiem wstępnym do możliwości ubiegania się o zwrot kosztów leczenia w innym państwie członkowskim zgodnie z art. 49 WE. Twierdzi on dalej, że ewentualny obowiązek zwrotu kosztów Y. Watts spoczywający na NHS zależy od tego, czy opieka szpitalna udzielana w ramach NHS może być kwalifikowana jako „usługi" w rozumieniu art. 49 i art. 50 WE. Skoro NHS jest całkowicie finansowany z wpływów z podatków, to takie leczenie nie jest świadczone ze względów ekonomicznych, bo brakuje elementu wynagrodzenia, który jest niezbędny dla definicji „usługi". Dodaje on, iż Trybunał orzekł, że art. 49 WE wyłącza zastosowanie przepisów krajowych, które sprawiałyby, że świadczenie usług pomiędzy państwami członkowskimi jest trudniejsze niż w ramach jednego państwa członkowskiego [19], i że to porównanie zakłada, że zarówno międzypaństwowe,

18 — Wyroki w sprawach C-157/99 i C-385/99 (przywołanych w przypisie 2).

19 — Zobacz wyroki w sprawach Kohll (przywołany w przypisie 2), pkt 33; Vanbraekel (przywołany w przypisie 2), pkt 44; Smits i Peerbooms (przywołany w przypisie 2), pkt 61 oraz wyrok z dnia 18 marca 2004 r. w sprawie C-8/02 Leichtle, Rec. str. I-2641.

jak i wewnątrzpaństwowe świadczenie usług wchodzi w zakres art. 49 WE. W rezultacie opieka zdrowotna świadczona przez NHS nie wchodzi w zakres art. 49 WE. NHS różni się zasadniczo od holenderskiego ZFW, który był rozpatrywany w wyrokach w sprawach Smits i Peerbooms oraz Müller-Fauré [20], nie tylko dlatego, że leczenie w ramach NHS nie jest świadczone ze względów ekonomicznych, ale również dlatego, że NHS nie dysponuje funduszami na zwrot pacjentom kosztów opieki zdrowotnej świadczonej poza systemem NHS.

44. Pierwszą kwestią do rozstrzygnięcia jest to, czy art. 49 WE znajduje zastosowanie do okoliczności faktycznych niniejszej sprawy, zważywszy w szczególności na argumenty wysuwane przez niektóre rządy występujące w charakterze interwenientów, że z uwagi na swój publiczny charakter NHS nie wchodzi w zakres tego przepisu.

45. Istotne przy określaniu, czy art. 49 WE znajduje zastosowanie do przypadku Y. Watts i do jej żądania zwrotu kosztów, jest to, że Y. Watts sama udała się do Francji na operację biodra i że sama zapłaciła kwotę 3 900 GBP bezpośrednio instytucji świadczącej opiekę.

20 — Przywołanej w przypisie 2.

46. Po pierwsze, zgodnie z dawno utrwalonym orzecznictwem działalność medyczna jako taka wchodzi w zakres art. 50 WE, bez potrzeby rozróżniania, czy opieka świadczona jest w placówce szpitalnej, czy poza nią [21]. Również z utrwalonego orzecznictwa wynika, że szczególny charakter pewnych usług nie wyklucza ich z zakresu podstawowej zasady swobody przepływu, więc to, że przepisy krajowe będące przedmiotem niniejszej sprawy dotyczą zabezpieczenia społecznego, nie może wykluczać zastosowania art. 49 WE i 50 WE [22].

47. Po drugie, wymóg zapłaty wynagrodzenia jest wyraźnie spełniony, gdyż Y. Watts uregulowała bezpośrednio rachunek za pobyt w szpitalu. Pod tym względem jej sytuacja jest identyczna z sytuacją między innymi B.S.M. Smits oraz V.G. Müller-Fauré. W przypadkach tych dwóch pacjentek Trybunał podkreślił, że opieka medyczna uzyskana w innych państwach członkowskich niż te, w których zainteresowane osoby były ubezpieczone, wymagała uiszczenia opłaty za leczenie bezpośrednio przez pacjentki [23]. Trybunał dodał, że należy przyznać, iż świadczenia medyczne udzielone w jednym państwie członkowskim i opłacane przez pacjenta nie przestają wchodzić w zakres

21 — Wyroki z dnia 31 stycznia 1984 r. w sprawach połączonych 286/82 i 26/83 Luisi i Carbone, Rec. str. 377, pkt 16; z dnia 4 października 1991 r. w sprawie C-159/90 Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd, Rec. str. I-4685, pkt 18; w sprawie Kohll (przywołany w przypisie 2), pkt 29 i 51; w sprawie Smits i Peerbooms (przywołany w przypisie 2), pkt 53 oraz w sprawie Müller-Fauré (przywołany w przypisie 2), pkt 38.

22 — Wyroki w sprawach Kohll, pkt 20 oraz Smits i Peerbooms, pkt 54 (oba przywołane w przypisie 2).

23 — Wyroki w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 55 i w sprawie Müller-Fauré, pkt 39 (oba przywołane w przypisie 2).

swobody świadczenia usług zagwarantowanej traktatem jedynie z tego powodu, że o pokrycie kosztów tego leczenia wnosi się na podstawie przepisów dotyczących ubezpieczenia chorobowego innego państwa członkowskiego, które przewidują zasadniczo świadczenia rzeczowe [24].

48. Zatem nie ulega wątpliwości, że Y. Watts powinna być postrzegana jako odbiorca świadczenia w rozumieniu art. 49 WE i 50 WE.

49. Jednakże rządy Zjednoczonego Królestwa, maltański, fiński i hiszpański oraz Irlandia sprzeciwiają się temu, by żądanie Y. Watts było badane w kontekście art. 49 WE, ponieważ NHS jest systemem całkowicie publicznym.

50. W istocie, ta kwestia była wyraźnie rozpatrywana przez Trybunał w odniesieniu do funkcjonującego w Niderlandach systemu ZFW. W szczególności w wyroku w sprawie Müller-Fauré, po analizie uwag rządu Zjednoczonego Królestwa na temat NHS (w pkt 55–59 wyroku), orzekł on, iż „świadczenie medyczne nie przestaje być świadczeniem usług tylko dlatego, że jego koszty ponosi krajowa służba zdrowia lub system świadczeń rzeczowych. [...] Świadczenie medyczne udzielone w jednym państwie członkowskim i opłacone przez pacjenta nie przestaje wchodzić w zakres swobody świadczenia usług zagwarantowanej traktatem tylko dlatego, że o pokrycie kosztów tego leczenia wnosi się na podstawie przepisów dotyczących ubezpieczenia chorobowego innego państwa członkowskiego, które przewidują zasadniczo świadczenia rzeczowe. [...] Z perspektywy swobody świadczenia usług nie ma więc potrzeby wprowadzania rozróżnienia według tego, czy pacjent opłaca poniesione koszty i następnie wnosi o ich zwrot, czy też kasa chorych lub budżet krajowy opłaca usługodawcę bezpośrednio" [25].

51. W porównaniu z podobną analizą w sprawie Smits i Peerbooms [26], wyraźne odniesienie do „krajowej służby zdrowia" w tym punkcie wyroku w sprawie Müller-Fauré było nowością. Jeśli zestawimy je z pojęciem „systemu świadczeń rzeczowych", które może się odnosić jedynie do ZFW, to mogłoby się wydawać, że będzie to bezpośrednia odpowiedź na uwagi przedłożone przez rząd Zjednoczonego Królestwa w tej sprawie.

52. Chociaż to zdawałoby się rozwiązywać kwestię, to jednak rząd Zjednoczonego Królestwa podnosi, że ponieważ szczególna sytuacja NHS nie była jako taka przedmio-

24 — Wyrok w sprawie Smit i Peerbooms (przywołany w przypisie 2), pkt 55.

25 — Wyrok w sprawie Müller-Fauré (przywołany w przypisie 2), pkt 103.

26 — Wyrok w sprawie Smits i Peerbooms (przywołany w przypisie 2), pkt 55.

tem sprawy Müller-Fauré, a odniesienie się przez Trybunał do „krajowej służby zdrowia" jest zbyt pośrednie, aby obejmować NHS, to Trybunał powinien rozważyć tę kwestię od nowa i odróżnić NHS od ZFW. Widocznie orzecznictwo Trybunału w tej dziedzinie wymaga dalszego wyjaśnienia.

53. Operując bardziej bezpośrednimi pojęciami, Trybunał w wyroku w sprawie Müller-Fauré stwierdził zasadniczo, że art. 49 WE ma zastosowanie do osoby, która udała się do innego państwa członkowskiego celem uzyskania opieki medycznej, którą opłaciła bezpośrednio, bez względu na rodzaj ubezpieczenia chorobowego w państwie członkowskim pochodzenia. I rzeczywiście, z perspektywy świadczenia usług zgodnie z art. 49 WE, sposób finansowania usługi jest sam w sobie bez znaczenia dla określenia, czy dana transakcja wchodzi w zakres tego przepisu traktatowego. NHS, podobnie jak kasy chorych ZFW w sprawie Smits i Peerbooms oraz w sprawie Müller-Fauré, odgrywa jedynie instrumentalną rolę w głównej transakcji pomiędzy — w niniejszej sprawie — Y. Watts a szpitalem, który zapewnił jej opiekę medyczną w Abbeville we Francji.

54. Prawdą jest, że w wyroku w sprawie Smits i Peerbooms Trybunał, ustaliwszy najpierw, że zainteresowani pacjenci sami zapłacili za uzyskaną opiekę medyczną, podjął się następnie analizy, czy płatności dokonane przez kasy chorych w ramach ZFW stanowiły wynagrodzenie dla szpitali je otrzymujących i stwierdził, że to miało właśnie miejsce. Jednakże to rozważanie wydaje się być bez znaczenia dla zasadniczego ustalenia, że art. 49 WE miał zastosowanie ze względu na to, że rozpatrywane usługi medyczne zostały opłacone bezpośrednio przez B.S.M. Smits i H.T.M. Peerbooms odpowiednio.

55. W świetle tego to, czy samą NHS należy uznać za usługodawcę w rozumieniu art. 49 WE, pozostaje bez znaczenia dla zastosowania tego przepisu traktatowego do sytuacji takiej, jak sytuacja w postępowaniu przed sądem krajowym. Nie chodzi o to, by rozstrzygnąć, czy NHS świadczyła usługi Y. Watts w rozumieniu art. 49 WE. Jej rola ogranicza się do kwestii ewentualnego zwrotu kosztów leczenia, jakie Y. Watts uzyskała w innym państwie członkowskim. Jej ewentualne zaangażowanie jest pomocnicze w stosunku do transakcji, która faktycznie wchodzi w zakres art. 49 WE.

56. Można dodać, że w trakcie zwykłych czynności NHS, polegających na świadczeniu usług medycznych osobom zamieszkałym w Zjednoczonym Królestwie, nie powstaje pytanie objęcia tych czynności zakresem art. 49 WE. Należy zauważyć, że ten przepis

traktatowy nie stosuje się do sytuacji czysto wewnętrznych [27]; jego zastosowanie bowiem zależy od wystąpienia elementu transgranicznego. Ma to miejsce, gdy np. osoby zamieszkałe w innym państwie członkowskim niż Zjednoczone Królestwo wymagają leczenia w Zjednoczonym Królestwie w ramach NHS. W takich przypadkach, zgodnie z NHS (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1989 (rozporządzeniem z 1989 r. o opłatach dla pacjentów z zagranicy), tacy pacjenci opłacają usługi medyczne udzielone im przez NHS, a więc są objęci zakresem art. 49 WE. Podobnie element transgraniczny wystąpiłby, gdyby NHS zlecała usługi szpitalne podmiotom w innych państwach członkowskich w celu zwiększenia swoich możliwości przeprowadzenia leczenia.

57. Nie można uwzględnić argumentu przedstawionego przez Zjednoczone Królestwo, że skoro Trybunał orzekł, że art. 49 WE wyłącza zastosowanie przepisów krajowych, które sprawiałyby, że świadczenie usług pomiędzy państwami członkowskimi jest trudniejsze niż w ramach jednego państwa członkowskiego, to porównanie to zakłada, że zarówno wewnątrzpaństwowe, jak i międzypaństwowe świadczenie usług wchodzi w zakres art. 49 WE. To orzecznictwo wyraźnie odnosi się do ograniczających skutków przepisów krajowych dotyczących świadczenia usług z innych państw członkowskich i nie ma na celu ograniczenia stosowania art. 49 WE do sytuacji, w których świadczenie rozpatrywanych usług w państwie członkowskim podlega warunkom podobnym do transgranicznego świadczenia tych usług.

58. Ponadto, o czym była mowa powyżej, Trybunał orzekł, że nie można wyłączyć usług z zakresu tego przepisu z uwagi na ich szczególny charakter. Nawet to, że przepisy krajowe będące przedmiotem niniejszej sprawy dotyczą zabezpieczenia społecznego, nie może wykluczyć stosowania art. 49 WE i 50 WE [28]. W świetle tego orzecznictwa trudno sobie wyobrazić, by usługi medyczne świadczone w ramach NHS mogły być wyłączone z zakresu przepisów traktatowych o swobodzie świadczenia usług ze względu na swój charakter lub dlatego, że są świadczone w ramach całkowicie publicznego systemu.

59. Wreszcie w tej samej kwestii dotyczącej zastosowania art. 49 WE do NHS niektóre rządy występujące w charakterze interwenientów powołują się na wyrok Trybunału w sprawie Humbel [29], w którym Trybunał orzekł, że państwo członkowskie, które ustanawia i utrzymuje krajowy system edukacyjny, finansowany ze środków publicznych, nie dąży do zaangażowania się w działalność dochodową, ale spełnia swe obowiązki względem ludności w dziedzinie społecznej, kulturalnej i edukacyjnej.

27 — Zobacz, na przykład, wyrok z dnia 23 kwietnia 1991 r. w sprawie C-41/90 Höfner, Rec. str. I-1979, pkt 37.

28 — Wyroki w sprawie Kohl, pkt 20 i w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 54 (oba przywołane w przypisie 2).

29 — Wyrok w sprawie Humbel (przywołany w przypisie 17).

W takim przypadku nie występuje konstytutywny element wynagrodzenia, więc art. 49 WE nie znajduje zastosowania[30]. Ponieważ NHS może być porównana do takiego krajowego systemu edukacyjnego i jest również całkowicie finansowana z wpływów podatkowych, podnosi się, że usługi świadczone w ramach NHS nie są świadczone za wynagrodzeniem, i dlatego nie wchodzą w zakres art. 49 WE.

60. Raz jeszcze, bez względu na to, czy wyrok w sprawie Humbel stanowi wciąż część utrwalonego orzecznictwa, ta kwestia była już przedstawiana Trybunałowi i przezeń rozstrzygana. Bez potrzeby cytowania wyroku w sprawie Smits i Peerbooms, który był przywołany powyżej, wystarczy zauważyć, że Trybunał podkreślił tamże, iż usługi medyczne wchodzą w zakres art. 50 WE, bez względu na to, czy są świadczone w placówce szpitalnej, i że płatności ZFW dokonywane przez kasy chorych na rzecz szpitali stanowią wynagrodzenie za usługi świadczone przez te ostatnie. W każdym razie, jak już wskazałem powyżej, forma organizacji NHS nie wpływa na zastosowanie art. 49 WE w kontekście niniejszej sprawie, gdyż nie chodzi tutaj o usługi świadczone przez NHS. Ponadto, jak również już wykazałem (w pkt 7, ostatnie tiret, i w pkt 56), od pacjentów z zagranicy wymaga się opłat za opiekę medyczną, którą uzyskują od podmiotów NHS. W tym przypadku jest dość oczywiste, że ta opieka jest świadczona za wynagrodzeniem, tak więc nie ma przeszkód w zastosowaniu art. 49 WE.

61. W niniejszej sprawie podstawowy problem wynika z faktu, że osoba w sytuacji Y. Watts posiada dwie różne cechy, które są naturalnie sprzeczne. Na poziomie krajowym jej pozycja jest określona jej przynależnością do krajowego systemu zabezpieczenia społecznego, w ramach którego nie przysługuje jej prawo do leczenia w określonym czasie lub miejscu. Z drugiej strony, z punktu widzenia prawa wspólnotowego, jest ona świadczeniobiorcą usług medycznych, który podlegając uzasadnionym ograniczeniom nałożonym przez prawo krajowe, korzysta ze swobody wyboru w odniesieniu do opieki, jakiej wymaga. Stwierdzając, że jej pozycja w ramach prawa krajowego mogłaby ograniczać jej prawo do powołania się na art. 49 WE w celu żądania uchylenia decyzji, na podstawie której system, do którego należy, odmówił pokrycia kosztów usług, z których skorzystała w innym państwie członkowskim, prowadziłoby do nieakceptowalnego ograniczenia możliwości zbadania zgodności takiej odmowy z prawem wspólnotowym.

62. Na podstawie powyższych rozważań stwierdzam, że art. 49 WE ma zastosowanie do żądania pokrycia kosztów leczenia szpitalnego uzyskanego we Francji przez Y. Watts i że argumenty z tym sprzeczne są bezpodstawne. Na tym etapie chciałbym

30 — W pkt 17 i 18 wyroku.

dodać, że nie oznacza to, iż zasadne niepokoje państw członkowskich zarządzających systemami publicznej opieki zdrowotnej nie powinny być uwzględnione. Kwestia ta będzie podniesiona w ramach trzeciego pytania prejudycjalnego.

2. Kwestia leżąca u podstaw dwóch pierwszych pytań prejudycjalnych

63. Ustaliwszy, że art. 49 WE znajduje zasadniczo zastosowanie w niniejszej sprawie, następnym pytaniem wynikającym w odniesieniu do tego przepisu traktatowego jest to, czy odmowa przez NHS zwrotu kosztów leczenia, jakie Y. Watts uzyskała we Francji, stanowi ograniczenie jej prawa do korzystania z usług w innych państwach członkowskich.

64. Udzielenie odpowiedzi na to pytanie wymaga przyjęcia perspektywy wybranej przez Court of Appeal przy redagowaniu dwóch pierwszych pytań prejudycjalnych. Sformułowane w ten sposób zmierzają do ustalenia, czy osoba w sytuacji Y. Watts wywodzi „uprawnienie na mocy prawa wspólnotowego" do korzystania z usług na koszt NHS, biorąc pod uwagę fakt, że jest to system całkowicie publiczny pod względem organizacji i finansowania. Ponieważ uprawnienie na mocy przepisu o swobodzie przepływu usług jest pochodną braku nieuzasadnionego ograniczenia tej swobody, bardziej użyteczne wydawałoby się rozumienie tych pytań jako zmierzających do ustalenia, czy brak możliwości zwrotu kosztów opieki medycznej uzyskanej poza Zjednoczonym Królestwem w ramach NHS stanowi ograniczenie praw osób zamieszkałych w Zjednoczonym Królestwie do korzystania z usług w innych państwach członkowskich. Jeśli zostanie stwierdzone, że jest tak w tym przypadku, należy następnie zbadać, czy takie ograniczenie może być uzasadnione. Jak wskazano, to jest przedmiotem trzeciego pytania prejudycjalnego.

65. Trybunał orzekł, że art. 49 WE wyłącza zastosowanie przepisów krajowych, które sprawiają, że świadczenie usług pomiędzy państwami członkowskimi jest trudniejsze niż w ramach jednego państwa członkowskiego. [31] Orzekł on również, iż przepisy krajowe, które zniechęcają lub wręcz uniemożliwiają osobom ubezpieczonym zwracanie się do świadczeniodawców usług medycznych z siedzibą w innym kraju, stanowią barierę w swobodzie świadczenia usług zarówno dla osób ubezpieczonych, jak i dla świadczeniodawców [32].

66. W niniejszej sprawie ograniczenie dla osób ubezpieczonych w ramach NHS w uzyskiwaniu opieki medycznej w państwie członkowskim innym niż Zjednoczone Królestwo polega nie tyle na konkretnym przepisie ograniczającym możliwość otrzymania leczenia za granicą, ale na obecności jasno określonej procedury dla rozstrzygania

31 — Wyrok w sprawie Smits i Peerbooms (przywołanej w przypisie 2), pkt 61.

32 — Ibidem, pkt 69.

wniosków o takie leczenie. Brak takiej procedury może rzeczywiście być tłumaczony sposobem, w jaki działa NHS. Pacjentom nie przysługuje prawo do uzyskania leczenia w określonym czasie lub miejscu, lecz są uzależnieni od oceny klinicznej dokonanej przez podmioty świadczące opiekę w ramach NHS. To podmioty NHS decydują o leczeniu, które będzie świadczone, oraz o tym, kiedy i gdzie będzie ono świadczone. Osoby wymagające opieki medycznej są diagnozowane, następnie klasyfikowane według ich stanu zdrowia i w zależności od tej klasyfikacji otrzymują miejsce na liście oczekujących. Może się wydawać, że w tej kwestii podmioty NHS korzystają z nieograniczonej swobody działania.

67. Chociaż właściwością takiego publicznie finansowanego i zarządzanego systemu może być podejmowanie wszystkich decyzji dotyczących opieki medycznej, jaka ma być świadczona, przez osoby zarządzające systemem, to już samo to oznacza, że osoby w nim ubezpieczone mają ograniczone możliwości poszukiwania leczenia poza nim, gdyż nie mają gwarancji, że koszty tego leczenia zostaną im zwrócone albo bezpośrednio opłacone podmiotowi świadczącemu opiekę. W zakresie, w jakim chciałyby one uzyskać usługi medyczne w innym państwie członkowskim, stanowi to ograniczenie ich swobody korzystania z usług w innym państwie członkowskim.

68. To, że istnieją również ograniczenia w swobodzie korzystania z usług w sektorze prywatnym w Zjednoczonym Królestwie, nie ma znaczenia w tej kwestii. Jest to wewnętrzna sprawa Zjednoczonego Królestwa i co najwyżej może być rozważana jako przykład odwrotnej dyskryminacji, która — jak zauważył rząd francuski — nie jest zakazana przez traktat WE.

69. Mimo powyższego stwierdzenia, że sposób funkcjonowania NHS ogranicza swobodę osób ubezpieczonych w tym systemie w uzyskaniu usług medycznych w innych państwach członkowskich, to nie oznacza to, iż te osoby korzystają na mocy art. 49 WE z nieograniczonego prawa do podróżowania w tym celu do innych państw członkowskich. Jak zauważył Trybunał, państwa członkowskie mogą nakładać wymóg uzyskania uprzedniej zgody, zanim przyjmą na siebie ciężar finansowy leczenia szpitalnego udzielonego w innym państwie członkowskim osobom ubezpieczonym w ramach ich systemów zabezpieczenia społecznego. Taki wymóg jest uznawany zarówno za potrzebny, jak i uzasadniony dla zapewnienia na terytorium danego państwa wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonej gamy usług szpitalnych dobrej jakości oraz dla zapewnienia kontroli nad kosztami i uniknięcia jakiegokolwiek marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich w obszarze, w którym te zasoby są z definicji ograniczone [33]. Trybunał przyznał, że gdyby osoby ubezpieczone mogły swobodnie wychodzić poza system, w którym są ubezpieczone, bez względu na

33 — Wyrok w sprawie Smits i Peerbooms (przywołany w przypisie 2) pkt 78–80.

okoliczności, to cały wysiłek planowania dokonany w ramach systemu, który jest przeznaczony do zapewnienia oferty opieki szpitalnej, która jest racjonalizowana, stała, zrównoważona i dostępna, byłby narażony na niepowodzenie [34].

70. Jednakże warunki związane z udzieleniem uprzedniej zgody muszą być również uzasadnione nadrzędnymi przesłankami interesu ogólnego i muszą spełniać wymóg proporcjonalności. W tej kwestii Trybunał wyraźnie stwierdził, „że system uprzedniej zgody nie może uzasadniać uznaniowości władz krajowych, pozbawiającej skuteczności postanowienia wspólnotowe, zwłaszcza dotyczące jednej z podstawowych swobód, jaką jest [swoboda świadczenia usług...]. Zatem, aby system uprzedniej zgody administracyjnej był uzasadniony, nawet gdy odstępuje od takiej podstawowej swobody, 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" [35].

71. Chociaż więc Trybunał przyznaje, że państwa członkowskie mogą nałożyć wymóg uprzedniej zgody jako warunku wstępnego dla osób ubezpieczonych w publicznym systemie zabezpieczenia społecznego, uzyskujących leczenie szpitalne poza tym systemem i dla zwrotu im kosztów tych usług, orzecznictwo również wskazuje, że państwa członkowskie mogą być zobowiązane do podjęcia właściwych środków w celu ułatwienia transgranicznego świadczenia usług medycznych.

72. W trakcie badania zasadności wymogu uprzedniej zgody dla usług innych niż szpitalne, Trybunał w wyroku w sprawie Müller-Fauré zawarł kilka uwag na temat zgodności krajowych systemów zabezpieczenia społecznego z obowiązkami wynikającymi z prawa wspólnotowego, które wydają się być tak ogólne w swej naturze, że nie mogą być postrzegane jako ograniczone do leczenia innego niż szpitalne.

73. Wychodząc z założenia, że prawo wspólnotowe nie narusza kompetencji państw członkowskich do organizowania ich systemów zabezpieczenia społecznego, choć państwa te powinny przestrzegać prawa wspólnotowego przy wykonywaniu tych kompetencji, Trybunał zauważył, że „wprowadzenie podstawowych swobód zapewnionych traktatem zobowiązuje jednakże państwa członkowskie do dostosowania do nich krajowych systemów zabezpieczenia społecznego". Zdaniem Trybunału, to nie podważy suwerennych kompetencji państw w tej dziedzinie. Trybunał dodał, że „stosując rozporządzenie nr 1408/71, te państwa członkowskie, które ustanowiły system zapewniający świadczenia rzeczowe, albo nawet krajową służbę zdro-

34 — Ibidem, pkt 81.

35 — Wyrok w sprawie Smits i Peerbooms (przywołany w przypisie 2), pkt 90.

wia, muszą zapewnić mechanizmy dla zwrotu kosztów a posteriori w odniesieniu do opieki udzielonej w innym państwie członkowskim niż państwo właściwe. Ma to miejsce na przykład wówczas, gdy nie było możliwe dopełnienie formalności podczas pobytu osoby zainteresowanej w tym państwie [36] [...] lub gdy właściwe państwo wyraziło zgodę na leczenie za granicą zgodnie z art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71". W tym kontekście Trybunał przyznał, że jeśli osoba ubezpieczona otrzymuje leczenie w innym państwie członkowskim bez uzyskania zgody, może ona żądać zwrotu kosztów jedynie w granicach przewidzianych w systemie ubezpieczenia chorobowego państwa członkowskiego, do którego należy, i jeśli spełnia warunki, które są zgodne z prawem wspólnotowym. Wreszcie Trybunał wskazał, że „nic nie stoi na przeszkodzie, aby właściwe państwo członkowskie, w którym istnieje system świadczeń rzeczowych, ustaliło stawki zwrotu kosztów, jakie pacjenci, którzy uzyskali opiekę w innym państwie członkowskim, mogliby żądać, pod warunkiem że te kwoty będą oparte na obiektywnych, niedyskryminujących i przejrzystych kryteriach" [37].

74. Chociaż, jak wspomniano, te rozważania zostały dokonane w odniesieniu do usług innych niż szpitalne, nie ma powodu, dla którego miałyby one być ograniczone w szczególności do tych usług. Raczej powinny być postrzegane jako wyrażające bardziej ogólną zasadę ustanowioną w art. 10 WE, zgodnie z którą państwa członkowskie powinny podejmować wszelkie właściwe środki ogólne lub szczególne, dla zapewnienia wypełnienia ich zobowiązań traktatowych i dla ułatwienia osiągania zadań Wspólnoty. Ta zasada może wymagać, aby państwa członkowskie przyjęły szczególne środki zmierzające do ułatwienia swobodnego przepływu usług, powstrzymując się przed podejmowaniem takich środków, które mogłyby prowadzić do sytuacji, która byłaby sprzeczna z jego zobowiązaniami wynikającymi w tym przypadku z art. 49 WE.

75. W szczególności, to zobowiązanie oznacza nie tylko uchylanie przez państwa członkowskie przepisów powodujących przeszkody w swobodnym przepływie w ramach Wspólnoty, lecz również wymóg podjęcia właściwych działań w celu wykluczenia takich problemów. Przykłady takiego podejścia, zaczerpnięte z porównywalnego kontekstu swobodnego przepływu towarów, obejmują obowiązek zawarcia klauzul wzajemnego uznania w krajowych przepisach dotyczących artykułów żywnościowych [38] i obowiązek podjęcia działania przeciwko przeszkodom w swobodnym przepływie stworzonym przez poszczególnych operatorów [39]. Obejmuje ono również obowiązek

36 — Zobacz art. 34 rozporządzenia (EWG) nr 574/72 Rady z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 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. 1972, L 74, str. 1).

37 — Wyrok w sprawie Müller-Fauré (przywołany w przypisie 2), pkt 100–107.

38 — Wyrok z dnia 22 października 1998 r. w sprawie C-184/96 Komisja przeciwko Francji („foie gras"), Rec. str. I-6197, pkt 28.

39 — Wyrok z dnia 9 grudnia 1997 r. w sprawie C-265/95 Komisja przeciwko Francji („hiszpańskie truskawki"), Rec. str. I-6959, pkt 30–32.

zapewnienia, że wymóg uzyskania zgody jest oparty na systemie proceduralnym, który spełnia kryteria określone przez Trybunał i przedstawione w pkt 70 powyżej.

76. Na podstawie powyższych rozważań odpowiedź na dwa pierwsze pytania powinna być taka, że wykładni art. 49 WE należy dokonywać w ten sposób, że w zasadzie osoby faktycznie zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego zarządzającego krajową służbą zdrowia, taką jak National Health Service w Zjednoczonym Królestwie, są uprawnione do uzyskania leczenia szpitalnego w innym państwie członkowskim na koszt tej krajowej służby zdrowia. Państwa członkowskie mogą poddać takie uprawnienie wymogowi, aby osoba zainteresowana uzyskała uprzednią zgodę, pod warunkiem że taka zgoda będzie oparta na obiektywnych, niedyskryminujących i przejrzystych kryteriach w ramach łatwo dostępnej procedury i zapewnia, że wniosek o zgodę będzie rozpatrzony obiektywnie i bezstronnie w rozsądnym terminie, a ewentualna odmowa udzielenia zgody będzie ponadto mogła zostać zaskarżona do sądu. Brak takich kryteriów i takiej procedury nie może pozbawiać zainteresowanej osoby tego uprawnienia. Bez znaczenia dla celów zastosowania art. 49 WE w okolicznościach postępowania przed sądem krajowym pozostaje to, czy leczenie szpitalne świadczone przez NHS jest samo w sobie świadczeniem usług w rozumieniu art. 49 WE.

D — *Trzecie pytanie prejudycjalne: uzasadnienie odmowy wydania uprzedniej zgody*

77. Przez swoje trzecie pytanie prejudycjalne Court of Appeal zmierza do ustalenia, czy w przypadku, gdy art. 49 WE ma zastosowanie do NHS, odmowa uprzedniej zgody na leczenie szpitalne w innym państwie członkowskim może być obiektywnie uzasadniona na podstawie: a) faktu, iż taka zgoda zaburzyłaby poważnie system NHS polegający na zarządzaniu priorytetami medycznymi przy pomocy list oczekujących; b) faktu, iż taka zgoda doprowadziłaby do sytuacji, w której pacjenci, u których interwencja medyczna jest mniej pilna, uzyskaliby pierwszeństwo przed pacjentami wymagającymi pilniejszej interwenci medycznej; c) faktu, iż taka zgoda spowodowałaby przeniesienie środków na finansowanie mniej pilnych świadczeń dla tych pacjentów, którzy są gotowi wyjechać za granicę, przez co poszkodowani byliby pacjenci, którzy nie chcą lub nie są w stanie wyjechać za granicę, jak również zwiększenie kosztów podmiotów NHS; d) faktu, 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) porównawczych kosztów leczenia i związanych z tym kosztów dodatkowych w innym państwie członkowskim.

78. Y. Watts wskazuje, że przy rozpatrywaniu wniosku o leczenie za granicą stosuje się test polegający na ustaleniu, czy leczenie może być udzielone w Zjednoczonym Królestwie bez „nieuzasadnionej zwłoki", co z kolei określają listy oczekujących NHS. Metoda priorytetów na podstawie tych list

oczekujących nie uwzględnia potrzeb klinicznych indywidualnych pacjentów poprzez odniesienie do ich sytuacji klinicznej, przebiegu choroby i szczególnych okoliczności. W tej sytuacji odmowa nie może być uzasadniona zwykłym odwołaniem się do istnienia list oczekujących. Listy oczekujących i przyczyna ich istnienia powinny być właściwie zbadane, z uwzględnieniem faktu, że czas oczekiwania, który jest zbyt długi lub anormalny prawdopodobnie ograniczyłby raczej niż zwiększył dostęp do opieki szpitalnej dobrej jakości. Y. Watts zapewnia, że nie ma dowodu, iż jakiekolwiek negatywne skutki wspomniane przez sąd krajowy w jego trzecim pytaniu prejudycjalnym miałyby miejsce.

79. Rząd francuski zasadniczo popiera ten punkt widzenia i zauważa, że ponieważ większość negatywnych konsekwencji wskazanych przez Court of Appeal ma charakter finansowy, nie mogą one być uzasadnione. Rząd belgijski dodaje, że Zjednoczone Królestwo może być usprawiedliwione w odmowie udzielenia zgody, ale to musi opierać się na obiektywnych, niedyskryminujących kryteriach, które są wcześniej znane i nie pozbawiają skuteczności (effet utile) wiążących przepisów wspólnotowych.

80. Komisja zauważa, że ponieważ w Zjednoczonym Królestwie nie istnieje procedura zwrotu kosztów poza kontekstem rozporządzenia nr 1408/71, niemożliwe jest zbadanie jakichkolwiek nadrzędnych przesłanek uzasadniających takie ograniczenie.

81. Rządy: hiszpański, maltański, fiński, szwedzki i Zjednoczonego Królestwa oraz Irlandia uważają natomiast, że nawet jeśli art. 49 WE ma zastosowanie do NHS, to cele zapewnienia równowagi finansowej NHS i zachowania równowagi i dostępności dla wszystkich w zakresie usług medycznych i szpitalnych uzasadniają ograniczenia w swobodzie świadczenia usług. Skutki wymienione przez Court of Appeal w jego trzecim pytaniu prejudycjalnym mogą więc być właściwie przywołane dla uzasadnienia odmowy udzielenia zgody na leczenie szpitalne w innym państwie członkowskim, zważywszy na zagrożenia dla równowagi systemu NHS, gdyby duża liczba pacjentów uzyskała zgodę na poszukiwanie leczenia za granicą. Rządy hiszpański, szwedzki i Zjednoczonego Królestwa szczególnie podkreślają zasadność korzystania z list oczekujących w tym celu, zwłaszcza dlatego, że te listy są sporządzane w oparciu o względy medyczne.

82. Punktem wyjścia przy odpowiedzi na to pytanie powinno być utrwalone orzecznictwo Trybunału odnośnie do celów, jakie mogą uzasadniać krajowe ograniczenia prawa osoby ubezpieczonej do uzyskania leczenia szpitalnego w innym państwie członkowskim na mocy art. 49 WE. W szczególności należy zbadać, czy różne skutki wskazane przez Court of Appeal można uznać za wchodzące w zakres tych celów, a jeśli nie, to czy powinny one jednak być zaakceptowane jako podstawy uzasadnienia odmowy udzielenia zgody i zwrotu kosztów.

83. Podstawy uzasadnienia uznane przez Trybunał zostały użytecznie podsumowane w wyroku w sprawie Smits i Peerbooms. Po pierwsze, Trybunał orzekł, iż nie można wykluczyć, że ryzyko poważnego naruszenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego może stanowić nadrzędną przesłankę interesu ogólnego, mogącą usprawiedliwić barierę w swobodnym świadczeniu usług. Po drugie, uznał on, że cel utrzymania zrównoważonej i dostępnej dla wszystkich służby medycznej i szpitalnej, nawet jeśli jest faktycznie związany ze sposobem finansowania systemu zabezpieczenia społecznego, może również wchodzić w zakres odstępstw uzasadnionych względami zdrowia publicznego, przewidzianych w art. 46 WE, o ile przyczynia się do osiągania wysokiego poziomu ochrony zdrowia. Po trzecie, sprecyzował on, iż 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. Wreszcie, gdy jest możliwe przywołanie tych podstaw uzasadnienia, należy zbadać, czy dany przepis krajowy nie wykracza poza to, co jest obiektywnie konieczne w tym celu i czy taki rezultat nie może być osiągnięty przy pomocy mniej restrykcyjnych przepisów [40].

84. Co do list oczekujących w szczególności, Trybunał w wyroku w sprawie Müller-Fauré wyraźnie orzekł, że państwo członkowskie nie może powołać się wyłącznie na istnienie takich list na terytorium krajowym — w przeciwieństwie do obawy marnotrawstwa wynikającego z nadmiernych możliwości opieki szpitalnej — bez uwzględniania szczególnych okoliczności stanu zdrowia pacjentów. Stwierdził on, że nie wykazano, iż takie listy oczekujących są konieczne dla zagwarantowania ochrony zdrowia publicznego [41]. Wręcz przeciwnie, czas oczekiwania, który jest zbyt długi lub anormalny prawdopodobnie ograniczy dostęp do zrównoważonej opieki szpitalnej dobrej jakości. Ponadto listy oczekujących wydają się być oparte głównie na względach natury czysto ekonomicznej, które nie mogą same w sobie usprawiedliwiać ograniczenia fundamentalnej zasady swobody świadczenia usług [42].

85. W tym zakresie trzeba stwierdzić, że gdy popyt na usługi szpitalne przekracza możliwości ich świadczenia, to niemożliwe jest leczenie osób wymagających leczenia wtedy, kiedy one go potrzebują, a nawet w terminach, które są uznawane za akceptowalne. Zważywszy na to, że zasoby ludzkie, finansowe i materialne dostępne szpitalom są ograniczone, nieuniknione jest to, że pacjenci są zmuszani oczekiwać pewien czas na uzyskanie leczenia. Ponieważ popyt w tym sektorze jest generalnie dużo większy niż podaż, listy oczekujących działają jako narzędzie podziału zasobów w celu optymalnego wykorzystania możliwości szpitalnych. Mimo że to wydaje się zupełnie normalne z punktu widzenia racjonalnego zarządzania zasobami,

40 — Wyrok w sprawie Smits i Peerobooms (przywołany w przypisie 2), pkt 72–75.

41 — Jest tak, pomimo wyraźnych uwag Zjednoczonego Królestwa w tej kwestii. Zobacz wyrok w sprawie Müller-Fauré (przywołany w przypisie 2), pkt 58.

42 — Zobacz wyrok w sprawie Müller-Fauré (przywołany w przypisie 2), pkt 92.

koszt (możliwość) wykorzystania list oczekujących w ten sposób opóźnia dostęp pacjentów do opieki szpitalnej. To ten ostatni aspekt Trybunał wyraźnie miał na myśli, odrzucając po prostu istnienie list oczekujących jako podstawy dla uzasadnienia odmowy udzielenia zgody na uzyskanie leczenia za granicą.

86. W konsekwencji istnieje naturalne napięcie pomiędzy, z jednej strony, nieuniknionym istnieniem list oczekujących i ich rolą jako instrumentu zarządzania i podziału ograniczonych zasobów, a z drugiej strony, interesem pacjentów otrzymania właściwej opieki we właściwym czasie. Te dwa przeciwstawne interesy mogą być pogodzone w sposób zgodny z orzecznictwem Trybunału tylko, gdy sposób zarządzania listami oczekujących uzależni się od spełnienia kilku warunków. Dokładniej, listy oczekujących nie powinny ograniczać się do rejestrowania faktu, że dany pacjent ma prawo do danego rodzaju leczenia o określonym poziomie pilności. Powinny być aktywnie zarządzane, jako dynamiczne i elastyczne narzędzia, uwzględniające potrzeby pacjentów zgodnie z ich stanem zdrowia. To oznacza, że ponowna ocena stanu chorobowego powinna skutkować przyśpieszeniem leczenia. Ponadto ważne jest, aby zapewniały one wentyl bezpieczeństwa, na przykład poprzez ustalanie maksymalnych terminów oczekiwania, rozsądnych zważywszy na stan chorobowy zainteresowanych i poza którymi podejmie się dodatkowe działania dla zagwarantowania natychmiastowego leczenia. Co więcej, w interesie przejrzystości decyzje dotyczące leczenia i czasu, w którym może ono nastąpić, powinny być podejmowane na podstawie wyraźnych kryteriów ograniczających ramy uznania organu podejmującego decyzje.

87. Z tego wynika, że gdy osoba ubiega się o zgodę na uzyskanie leczenia za granicą, nie wystarczy, żeby władze odpowiedzialne za wydanie decyzji oddaliły taki wniosek ze względów czysto formalnych, ponieważ leczenie może być zapewnione w ramach celów ustalonych w krajowym systemie. Taka decyzja powinna zostać wydana po zbadaniu, czy zastosowanie takich celów w danym przypadku jest akceptowalne w świetle indywidualnego stanu chorobowego pacjenta. Cytując raz jeszcze Trybunał, należy uwzględnić okoliczności każdego indywidualnego przypadku. Ponadto trzeba należycie uwzględnić nie tylko stan zdrowia 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 historię choroby [43].

88. W konsekwencji oddalenia wniosku o udzielenie zgody na uzyskanie leczenia

43 — Wyroki w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 104 oraz w sprawie Müller-Fauré, pkt 90.

szpitalnego w innym państwie członkowskim na koszt NHS wyłącznie na tej podstawie, że decyzja pozytywna zaburzyłaby poważnie system NHS polegający na zarządzaniu priorytetami medycznymi przy pomocy list oczekujących, nie można uznać za uzasadnione. Podobnie, skoro taka decyzja musi się opierać na ocenie stanu chorobowego pacjenta, rozważania wychodzące poza tę ocenę, takie jak skutki dla pozycji innych pacjentów na liście oczekujących lub redystrybucja zasobów w ramach NHS, nie mogą uzasadniać odmowy udzielenia wnioskowanej zgody. Co do pierwszego z tych skutków, każda decyzja pozytywna wydana przez organ decyzyjny NHS nieodłącznie oznacza, że wnioskodawca jest uznany za kogoś, kto rzeczywiście wymaga pilnego leczenia. Co do drugiego skutku, chciałbym zauważyć, że poza tym, że jest on z natury ekonomiczny, jak już wspomniałem powyżej w pkt 73, to prawo wspólnotowe wymaga, aby państwa członkowskie dostosowały krajowe systemy zabezpieczenia społecznego dla ułatwienia wprowadzania podstawowych swobód zapewnionych traktatem. To może obejmować odpowiednią elastyczność w systemie planowania NHS, aby w pewnych okolicznościach pozytywnie rozpatrywać wnioski o leczenie za granicą.

89. Ponownie, fakt, że zgoda może skutkować koniecznością przypisania dodatkowych funduszy budżetowi NHS, nie może sam z siebie być uważany za okoliczność, którą można uwzględnić przy decyzji o uzyskaniu przez wnioskodawcę, zważywszy na jego stan zdrowia, zgody na udanie się do innego państwa członkowskiego na koszt NHS, aby uzyskać leczenie uznane za konieczne. Ten argument, który ma również charakter ekonomiczny, zasadniczo odnosi się do sytuacji, w której podmioty NHS czują się zobowiązane, z uwagi na stosowane kryteria, do udzielenia zgody na leczenie za granicą na większą skalę, skutkiem czego stabilność finansowa systemu może być zagrożona. Jednakże taka jest właśnie funkcja wymogu uprzedniej zgody, którą państwa członkowskie mogą stosować w celu kontroli odpływu pacjentów dla utrzymania stabilności finansowej systemu. Udzielenie zgody zakłada, że uwzględnia się jej konsekwencje dla budżetu, tak że nie można użyć ich jako oddzielnej podstawy odmowy. W tym względzie trzeba dodać, że interes zagwarantowania stabilności finansowej systemu wyraźnie dotyczy stabilności w perspektywie długoterminowej, a nie zamknięcia ksiąg na koniec roku. To oznacza, że przy zastosowaniu tego kryterium trzeba uwzględnić nie tylko obciążenie finansowe poniesione w związku z leczeniem szpitalnym udzielonym za granicą, ale również koszty zaoszczędzone w dłuższym okresie na leczeniu, które inaczej byłoby zapewnione przez NHS. Nie tylko doprowadziłoby to do większej stabilności w dłuższym okresie, ale również przyczyniłoby się do lepszego wykorzystania możliwości szpitalnych.

90. Zgodność wymogu uprzedniej zgody z prawem wspólnotowym zależy od tego, czy zastosowane w tym kontekście kryteria są same w sobie uzasadnione. Ponieważ jedy-

nym kryterium, które obecnie ma zastosowanie w kontekście NHS, jest to, czy leczenie może być zapewnione w ramach docelowych planów NHS, i ponieważ te plany nie uwzględniają w sposób wystarczający potrzeb pacjentów, to procedura udzielania zgody w aktualnej postaci jest niezgodna z art. 49 WE.

91. Ostatnia okoliczność wspomniana przez Court of Appeal, mianowicie czy odmowa udzielenia zgody może być oparta na porównywalnych kosztach leczenia i związanych z tym kosztach dodatkowych w innym państwie członkowskim, również nie może być uwzględniona z oczywistego powodu, że ona też ma charakter ekonomiczny.

92. Biorąc pod uwagę powyższe, podsumowuję, że odpowiedź na trzecie pytanie powinna być taka, że okoliczności odnoszące się do zarządzania listami oczekujących mogą jedynie uzasadniać odmowę udzielenia zgody na uzyskanie leczenia w innym państwie członkowskim, jeśli listy oczekujących są zarządzane w taki sposób, że uwzględniają należycie indywidualne potrzeby medyczne pacjentów i nie wykluczają opieki udzielanej w innym państwie członkowskim w nagłym przypadku. Jeśli przesłanki udzielania zgody na uzyskanie leczenia szpitalnego w innym państwie członkowskim mają na celu zagwarantowanie stabilności finansowej krajowego systemu ochrony zdrowia, to okoliczności o charakterze czysto budżetowym lub ekonomicznym nie mogą uzasadniać odmowy udzielenia takiej zgody.

E — *Czwarte i piąte pytanie prejudycjalne: czas oczekiwania*

93. Zarówno czwarte, jak i piąte pytanie dotyczą czasu oczekiwania, zatem dokonam ich łącznej analizy. Dokładniej, czwarte pytanie odnosi się do okoliczności, które powinny zostać uwzględnione przy określeniu, czy w celu stosowania art. 49 WE leczenie może być uzyskane bez „nieuzasadnionej zwłoki". Wymienione okoliczności to: 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 i e) indywidualny stan zdrowia pacjenta, historię i ewentualny rozwój choroby, z powodu której pacjent wymaga opieki. Piąte pytanie zmierza zasadniczo do ustalenia, czy wyrażenia: „nieuzasadniona zwłoka" i „w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia" w art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71 odwołują się do identycznych kryteriów, a jeśli nie, to w jakim zakresie okoliczności wspomniane w czwartym pytaniu mogą być stosowane w kontekście tego ostatniego przepisu.

94. Podczas gdy Y. Watts, opierając się na wyroku w sprawie Müller-Fauré, twierdzi, że kwestia, czy ma miejsce „nieuzasadniona zwłoka", może być oceniona jedynie w świetle stanu zdrowia wnioskującego pacjenta, rządy belgijski i francuski stoją na stanowisku, że ta ocena może być oparta

wyłącznie na połączeniu czasu oczekiwania i stanu chorobowego pacjenta. Wszyscy ci interwenienci uważają, że w świetle wyroku w sprawie Inizan kwestia zwłoki zgodnie z art. 49 WE i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 powinna być traktowana zgodnie z tymi samymi kryteriami. Y. Watts podkreśla jednakże, że normalny czas oczekiwania na podstawie krajowych przepisów prawnych jest bez znaczenia w kontekście art. 22.

95. Rządy hiszpański i Zjednoczonego Królestwa oraz Irlandia utrzymują, że wszystkie kryteria wymienione przez Court of Appeal w jego czwartym pytaniu mogą być uwzględnione przy określeniu, czy istnieje nieuzasadniona zwłoka w uzyskaniu wymaganego leczenia. Dwaj ostatni interwenienci zauważają, że ponieważ cel art. 49 WE (ustanowienie swobody świadczenia usług) i cel art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 (ochrona pacjentów w zakresie zabezpieczenia społecznego) są różne, to uznanie niektórych z tych kryteriów za niemające zastosowania w kontekście art. 49 WE, nie wpływa w żaden sposób na ich zastosowanie w kontekście art. 22. Rząd Zjednoczonego Królestwa podkreśla, że celem art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 nie jest ustalenie jednolitego kryterium dla całej Wspólnoty w odniesieniu do czasu oczekiwania, lecz przepis ten odnosi się właśnie do krajowych kryteriów mających zastosowanie do czasu oczekiwania.

96. Rządy fiński i szwedzki uważają, że nawet jeśli z orzecznictwa Trybunału wynika, że odmowa udzielenia zgody na leczenie za granicą może jedynie opierać się na stanie zdrowia wnioskującego pacjenta, to nic nie stoi na przeszkodzie, by państwa członkowskie uwzględniały czynniki, które są niezbędne dla właściwego funkcjonowania krajowego systemu opieki zdrowotnej, takie jak realistyczny czas oczekiwania na uzyskanie leczenia na terytorium kraju oraz krajowa praktyka lekarska. Rząd maltański utrzymuje, że możliwość uzyskania leczenia we właściwym czasie w państwie członkowskim ubezpieczenia powinna być oceniana ze ściśle medycznego punktu widzenia, niezależnie od czasu oczekiwania na uzyskanie leczenia, ale że taka ocena wchodzi w zakres uznania podmiotu odpowiedzialnego za finansowanie leczenia.

97. Komisja uważa, że art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, a w szczególności wyrażenie „w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia w państwie członkowskim zamieszkania" nie stoi na przeszkodzie, by władze krajowe odwoływały się do krajowego czasu oczekiwania, pod warunkiem że okoliczności każdego indywidualnego przypadku są uwzględniane, a czas oczekiwania sam w sobie jest oparty na obiektywnie uzasadnionych kryteriach medycznych. W tej kwestii rozstrzyga sąd krajowy. Wskazuje ona również, powołując się na wyrok w sprawie Inizan [44], że kryteria dla określenia, czy leczenie może być udzielone „w terminie

44 — Przywołany w przypisie 11.

zwykle niezbędnym" w art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 są takie same, jak stosowane przez Trybunał przy określaniu, czy leczenie można uzyskać „bez nieuzasadnionej zwłoki" w kontekście zastosowania art. 49 WE.

98. Jak zauważono powyżej, Trybunał już dostarczył odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób należy ustalić, czy leczenie jest dostępne bez „nieuzasadnionej zwłoki" w państwie członkowskim miejsca zamieszkania dla celów art. 49 WE. W wyroku w sprawie Müller-Fauré (którego fragment był już cytowany powyżej, lecz powinien zostać powtórzony tutaj jako punkt wyjścia do udzielenia odpowiedzi na czwarte pytanie) Trybunał stwierdził, że „właściwa instytucja jest zobowiązana uwzględnić wszystkie okoliczności każdego indywidualnego przypadku, uwzględniając należycie nie tylko stan zdrowia 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 historię choroby" [45].

99. Jednakże poprzez swoje pytanie Court of Appeal zmierza do ustalenia, czy inne czynniki mogą być uwzględnione w tym kontekście, włącznie z czasem oczekiwania i priorytetami klinicznymi ustalonymi przez podmioty NHS. Jak podkreślił Trybunał, głównym kryterium określenia, czy leczenie może być uzyskane bez nieuzasadnionej zwłoki, jest to, czy przesunięcie terminu leczenia można uznać za akceptowalne, zważywszy na to, jak ciężki jest stan chorobowy pacjenta oraz na przewidywalny rozwój choroby. Każdy czas oczekiwania powinien być oparty na konkretnych wskazówkach związanych ze stanem pacjenta w chwili badania. Cele zapewnienia leczenia różnych chorób nie są zgodne z tym kryterium ze względu na ich abstrakcyjny charakter. W zakresie, w jakim czas oczekiwania i priorytety kliniczne są określone na podstawie indywidualnej oceny takiej jak opisana, mogą one być postrzegane jako zgodne z kryteriami ustalonymi przez Trybunał w wyrokach w sprawie Smits i Peerbooms oraz w sprawie Müller-Fauré. Pod tym warunkiem czynniki wymienione w czwartym pytaniu prejudycjalnym lit. a) i b) mogą być uwzględnione przy ocenie, czy leczenie można uzyskać bez „nieuzasadnionej zwłoki". Podobnie jeśli chodzi o czynnik wskazany w lit. e) tego pytania, gdyż stanowi bezpośrednie odwołanie się do orzecznictwa Trybunału w tej kwestii.

100. Natomiast dwa inne czynniki wskazane w czwartym pytaniu prejudycjalnym, mianowicie: zarządzanie opieką szpitalną w sytuacji ograniczonych zasobów i fakt, że opieka zdrowotna jest świadczona bezpłatnie

45 — Wyrok w sprawie Müller-Fauré, pkt 90. Zobacz również wyrok w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 104 (oba przywołane w przypisie 2).

w miejscu udzielenia, dotyczą organizacji ekonomicznej NHS i dlatego nie mogą być uwzględniane w tym kontekście.

101. Następnie Court of Appeal zmierza do ustalenia, czy te czynniki stosują się również do art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71, a w szczególności do sformułowania „w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia". Ponownie należy się odnieść do odpowiedzi, które już zostały udzielone w orzecznictwie Trybunału. W wyroku w sprawie Inizan [46], dokonując wykładni drugiego warunku z art. 22 ust. 1 lit. c), który w przypadku jego spełnienia uniemożliwia państwu członkowskiemu odmowę udzielenia zgody na leczenie w innym państwie członkowskim, Trybunał odniósł się bezpośrednio do swoich rozważań co do „nieuzasadnionej zwłoki" w wyrokach w sprawach Smits i Peerbooms oraz Müller-Fauré [47]. Mimo iż nie stwierdzono wyraźnie, że te dwie koncepcje muszą być identycznie interpretowane, jest jasne, że taki był zamiar Trybunału. Faktycznie nie ma sensu stosowanie różnych kryteriów w kontekście obu przepisów, gdy kwestia podstawowa jest taka sama, mianowicie, czy leczenie szpitalne może być udzielone w akceptowalnym terminie przez instytucje w państwie członkowskim ubezpieczenia. Każde inne podejście doprowadziłoby do kolejnych niejasności i naruszałoby przejrzystość.

102. Rząd Zjednoczonego Królestwa i Irlandia nie zgadzają się z tym, że art. 49 WE i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 służą różnym celom i że to powinno być odzwierciedlone w sposobie, w jaki są one interpretowane. Przypomnę, że w wyroku w sprawie Inizan Trybunał wskazał, że art. 22 pomaga w ułatwianiu swobodnego przepływu osób ubezpieczonych i w takim samym stopniu transgranicznego świadczenia usług medycznych pomiędzy państwami członkowskimi [48]. Faktycznie podstawową racją bytu rozporządzenia nr 1408/71 jest stworzenie odpowiedniego stopnia koordynacji pomiędzy systemami zabezpieczenia społecznego państw członkowskich, aby nie zniechęcać osób ubezpieczonych do korzystania z ich swobody do poruszania się we Wspólnocie z obawy o utratę prawa do świadczeń, które nabyły. Artykuł 22 rozporządzenia ma na celu zapewnienie prawa osób ubezpieczonych do udania się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania opieki medycznej, gdy warunki ustanowione w tym przepisie są spełnione, chociaż jak zauważono powyżej, ten przepis pozostawia państwom członkowskim swobodę liberalizmu zakresie przyjęcia bardziej liberalnych rozwiązań. Artykuł 22 stanowi minimalną gwarancję. Zasadniczo więc dąży do tych samych celów co art. 49 WE, chociaż z innej perspektywy, a mianowicie osoby ubezpieczonej, a nie samej usługi.

103. Z tego wynika, że koncepcja „nieuzasadnionej zwłoki", która jest stosowana

46 — Przywołanej w przypisie 11, pkt 44–46.

47 — Przywołanych w przypisie 2.

48 — Wyrok w sprawie Inizan, pkt 21. Zobacz również wyrok w sprawie Vanbraekel, pkt 32 (oba przywołane w przypisie 11).

w kontekście art. 49 WE, oraz sformułowanie „w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia" z art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 powinny być interpretowane według tych samych kryteriów.

104. Odpowiedź na czwarte pytanie powinna być taka, że przy określaniu, czy opieka może być udzielona bez nieuzasadnionej zwłoki dla celów art. 49 WE, dopuszczalne jest uwzględnianie czasu oczekiwania i priorytetów klinicznych przyznanych leczeniu przez właściwy podmiot NHS, pod warunkiem że są one oparte na konkretnych wskazaniach odnoszących się do stanu zdrowia pacjenta w chwili oceny, jak również do historii i ewentualnego rozwoju choroby, z powodu której pacjent wymaga opieki.

105. Odpowiedź na piąte pytanie powinna być taka, że dla właściwej wykładni art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71, a w szczególności wyrażenia „w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia" stosowane kryteria są identyczne z tymi, które określają kwestię „nieuzasadnionej zwłoki" dla celów art. 49 WE.

F — *Szóste pytanie prejudycjalne: punkt odniesienia dla obliczenia kwoty zwrotu*

106. Szóste pytanie prejudycjalne dotyczy obliczania wysokości kwoty zwrotu. Przy założeniu, że Trybunał orzekłby, że Zjednoczone Królestwo jest zobowiązane zgodnie z prawem wspólnotowym do refundacji leczenia uzyskanego przez osoby ubezpieczone w NHS, Court of Appeal zmierza do ustalenia, czy koszt takiego leczenia powinien 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. Ponadto dąży do ustalenia dokładnego zakresu obowiązku finansowania lub zwrotu kosztów w każdym przypadku, gdy nie istnieje na poziomie krajowym cennik świadczeń w celu zwrotu pacjentom kosztów leczenia, czy ten obowiązek ogranicza się do faktycznego kosztu leczenia lub jego odpowiednika udzielonego w państwie członkowskim ubezpieczenia i czy istnieje również obowiązek zwrotu kosztów podróży i zakwaterowania.

107. Y. Watts utrzymuje, że jeśli osoba jest uprawniona do uzyskania leczenia w innym państwie członkowskim na podstawie art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 lub na podstawie art. 49 WE, to może ona wybrać najbardziej korzystną metodę zwrotu kosztów, którą w niniejszym przypadku byłaby metoda oparta na art. 49 WE. Ponieważ nie ma cennika świadczeń w celu zwrotu kosztów

leczenia, pełen koszt leczenia powinien być refundowany. Koszty podróży i pobytu są zwracane jedynie w przypadku bezprawnej odmowy udzielenia zgody, o której mowa w art. 22 rozporządzenia i ponoszone w przypadku braku odmowy przez właściwą instytucję.

108. Rządy belgijski i francuski uważają, że ma zastosowanie prawo państwa członkowskiego, w którym udzielane jest leczenie, chyba że cennik stosowany przez państwo członkowskie ubezpieczenia jest bardziej korzystny dla wnioskodawcy.

109. Rząd Zjednoczonego Królestwa stoi na stanowisku, że w przypadku, gdyby art. 49 WE znajdował zastosowanie do NHS, zakres obowiązku zwrotu kosztów pacjentowi zależałby od zakresu prawa pacjenta na podstawie prawa krajowego. Co do art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, odpowiedzialność państwa członkowskiego ubezpieczenia jest ograniczona do zwrotu właściwej instytucji państwa członkowskiego miejsca leczenia tej części kosztów leczenia, którą ono ponosi. Ten przepis nie nakłada na państwo członkowskie ubezpieczenia obowiązku finansowania wydatków na podróż lub innych. O zwrot takich kosztów można ubiegać się na podstawie art. 49 WE jedynie w takim zakresie, w jakim uprawnienie do zwrotu kosztów jest przewidziane w prawie krajowym.

110. Rządy hiszpański i fiński uważają, że ponieważ art. 49 WE nie ma zastosowania do niniejszej sprawy, to kwota zwrotu musi być określona zgodnie z art. 22 rozporządzenia nr 1408/71. Rząd fiński dodaje, że ten przepis nie reguluje kwestii kosztów podróży i pobytu, więc w tym zakresie powinno rozstrzygać prawo krajowe. Irlandia twierdzi, że każdy obowiązek zwrotu kosztów leczenia udzielonego w innym państwie członkowskim po stronie NHS powinien być rozległy, jednak nie powinien obejmować dodatkowych kosztów. Rząd szwedzki uważa, że władze krajowe powinny mieć prawo do odmowy zwrotu, gdy uważa się, że koszty są nadmierne.

111. Jak już zasugerowano w szóstym pytaniu, warunki regulujące zwrot kosztów leczenia szpitalnego uzyskanego w innym państwie członkowskim różnią się w zależności od tego, czy leczenia udzielono na podstawie art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, czy na podstawie art. 49 WE.

112. W pierwszym przypadku zwykle pacjent ma zgodę na uzyskanie leczenia w innym państwie członkowskim, a koszty tego leczenia są zwracane bezpośrednio właściwej instytucji w państwie członkowskim, gdzie udzielono leczenia, zgodnie z art. 36 rozporządzenia nr 1408/71. Ponieważ art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia określa, że świadczenia rzeczowe będą udzielane zgodnie z ustawodawstwem stosowanym przez instytucję w państwie członkow-

skim pobytu, to oczywiście zwrot kosztów jest obliczany zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego udzielającego leczenia.

113. W przypadku gdy bezprawnie odmówiono udzielenia zgody na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania leczenia, o którą wnioskowano na podstawie art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, wnioskodawca jest uprawniony do otrzymania bezpośrednio od właściwej instytucji państwa członkowskiego zwrotu ubezpieczenia, w kwocie równej tej, jaką normalnie ta instytucja poniosłaby [49], gdyby zgody właściwie udzielono wcześniej [50], czyli kwoty obliczonej zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego leczenia.

114. Jednakże gdy osoba ubezpieczona jest uprawniona we właściwym państwie członkowskim do kwoty, która jest wyższa niż kwota, do której byłaby ona uprawniona zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego leczenia, to ta osoba, jak orzekł Trybunał w sprawie Vanbraekel, ma prawo do dodatkowego zwrotu, obejmującego różnicę między systemami opieki obu państw członkowskich [51].

115. Podczas gdy punktem odniesienia dla obliczania zwrotu zgodnie z art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 jest ustawodawstwo państwa członkowskiego leczenia, jest inaczej w sytuacji, gdy zastosowanie ma art. 49 WE. Jak orzekł Trybunał w sprawie Müller-Fauré, jedynie do państw członkowskich należy określenie zakresu ubezpieczenia na wypadek choroby, z którego korzystają ubezpieczeni. Jeśli osoba ubezpieczona bez uprzedniej zgody udaje się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania opieki medycznej, może ona żądać zwrotu kosztów opieki jej udzielonej jedynie w granicach zabezpieczenia przewidzianego w systemie ubezpieczenia na wypadek choroby państwa członkowskiego ubezpieczenia [52]. Jeśli art. 49 WE ma zastosowanie, to ustawodawstwo właściwego państwa członkowskiego określa poziom zwrotu. To oznacza, że osoba ta jest jedynie uprawniona do kwoty, jaka zostałaby zwrócona, gdyby opieki udzielono we właściwym państwie członkowskim.

116. Chociaż same te przepisy są jasne, pojawia się pytanie, jak powinny one być stosowane w sytuacji takiej, w jakiej jest brytyjska NHS, która świadczy opiekę zdrowotną bezpłatnie w miejscu udzielenia i nie przewiduje żadnego systemu zwrotów. Faktycznie podkreśla się, że w tym systemie nie ma stawek w celu zwrotu pacjentom kosztów leczenia.

49 — Chciałbym zauważyć, że zarówno wnioski Trybunału w tej kwestii (pkt 53), jak i sentencja wyroku mylnie odnoszą się do „kwoty równej tej, która zostałaby poniesiona przez *instytucję miejsca pobytu*". Podkreślenie własne.

50 — Wyrok w sprawie Vanbraekel (przywołany w przypisie 11), pkt 34.

51 — Ibidem, pkt 53.

52 — Wyrok w sprawie Müller-Fauré (przywołany w przypisie 2), pkt 98. Zobacz również pkt 106 tego wyroku.

117. Brak systemu stawek lub cennika jako taki nie stoi na przeszkodzie zastosowaniu tych zasad do obliczenia kwoty zwrotu kosztów poniesionych na opiekę medyczną za granicą. Wystarczy przypomnieć przywołaną w pkt 73 analizę Trybunału w wyroku w sprawie Müller-Fauré, zgodnie z którą państwa członkowskie są zobowiązane zapewnić mechanizmy dostosowania swoich systemów zabezpieczenia społecznego do wymogów rynku wewnętrznego i wykonania rozporządzenia nr 1408/71, co może wymagać ustalenia stawek zwrotu. Co do NHS, wydaje się, że takie stawki muszą istnieć w celu określania kosztów, jakie ponoszą pacjenci z zagranicy zgodnie z NHS (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1989 (rozporządzeniem z 1989 r. o opłatach dla pacjentów z zagranicy). Jeżeli nie ma cennika pozwalającego na obliczenie wysokości zwrotu kosztów, jedynym pozostającym punktem odniesienia jest rzeczywisty koszt uzyskanego leczenia.

118. Ostatnią kwestią podniesioną w szóstym pytaniu prejudycjalnym jest ewentualne istnienie prawa, w świetle art. 49 WE i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, do zwrotu kosztów podróży i pobytu związanych z leczeniem szpitalnym uzyskanym w innym państwie członkowskim. Po pierwsze, chciałbym zauważyć, że rozporządzenie nr 1408/71 jedynie koordynuje krajowe systemy zabezpieczenia społecznego w zakresie niezbędnym dla zapewnienia swobody przepływu osób ubezpieczonych, natomiast prawo do świadczeń jako takich jest kwestią pozostającą w zakresie prawa krajowego. W tym systemie art. 22 i 36 rozporządzenia przewidują jedynie zwrot kosztów opieki medycznej bezpośrednio między instytucjami, według cen stosowanych w państwie członkowskim leczenia. Chociaż system może obejmować koszty pobytu w szpitalu, ze swej natury nie może on obejmować wydatków związanych z podróżą lub pobytem poza placówką medyczną. Wynika z tego, że każde prawo do zwrotu kosztów podróży i pobytu w odniesieniu do opieki medycznej uzyskanej za granicą jest regulowane przede wszystkim przez prawo krajowe. W konsekwencji tam, gdzie przepisy krajowe przewidują zwrot tych dodatkowych kosztów w odniesieniu do opieki medycznej uzyskanej na terytorium kraju, to z art. 49 WE wynika, że powinny one również mieć zastosowanie w tych samych granicach i na tych samych warunkach do opieki uzyskanej w innym państwie członkowskim [53].

119. Odpowiedź na szóste pytanie prejudycjalne powinna być taka, że gdy państwo członkowskie jest zobowiązane na podstawie prawa wspólnotowego do finansowania osoby faktycznie zamieszkałej na jego terytorium, która uzyskała leczenie poza kontekstem art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, leczenia szpitalnego w innym państwie członkowskim, koszt takiego leczenia powinien być obliczany poprzez odniesienie do przepisów prawnych państwa członkowskiego miejsca zamieszkania. Gdy brak cennika lub stawek pozwalających na obliczenie wysokości zwrotu kosztów, kwota ta powinna zostać obliczona w oparciu o rzeczywisty koszt uzyskanego leczenia. Koszty podróży i pobytu związane z leczeniem szpitalnym uzyskanym w innym państwie członkowskim podlegają

53 — Wyrok w sprawie Leichtle (przywołany w przypisie 19).

zwrotowi jedynie wtedy, gdy przewiduje tak prawo krajowe odnośnie do leczenia na terytorium kraju.

G — *Siódme pytanie prejudycjalne: ograniczenia budżetowe i art. 152 ust. 5 WE*

120. Ostatnie pytanie prejudycjalne zmierza do ustalenia, czy zgodnie z art. 49 WE i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 państwa członkowskie są zobowiązane do finansowania opieki szpitalnej udzielonej w innych państwach członkowskich bez względu na ograniczenia budżetowe i jeśli tak, to czy jest to zgodne z art. 152 ust. 5 WE, który uznaje odpowiedzialność państw członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej.

121. Y. Watts uważa, że nie istnieje niezgodność z art. 152 ust. 5 WE ani ograniczenie suwerennych kompetencji państw członkowskich w tej dziedzinie, uznając, że ograniczenia budżetowe są bez znaczenia dla określenia kwestii „nieuzasadnionej zwłoki". Względy budżetowe nie mogą usprawiedliwiać ograniczeń w swobodzie świadczenia usług. Rząd francuski uważa, że dopóki liczba udzielonych pozwoleń jest relatywnie ograniczona i ciężar finansowy pozostaje w rozsądnych granicach, obowiązki wynikające z art. 49 WE i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 są zgodne z art. 152 ust. 5 WE. Rząd belgijski zauważa, że nawet jeśli te obowiązki nakładają na państwa członkowskie koszty, które przekraczają koszty przewidziane na organizację i świadczenie opieki zdrowotnej na ich terytorium, nie oznacza to jeszcze, że te koszty dodatkowe mogą zakłócić równowagę finansową krajowego systemu.

122. Rządy fiński i Zjednoczonego Królestwa oraz Irlandia przyjmują odmienne stanowisko, mianowicie że obowiązek finansowania opieki szpitalnej uzyskanej w innym państwie członkowskim bez odwołania się do ograniczeń budżetowych jest niezgodny z odpowiedzialnością państw członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych uznanych w art. 152 ust. 5 WE. Taki obowiązek miałby daleko idące konsekwencje dla krajowych systemów, które są zorganizowane według modelu czysto publicznego, które udzielają świadczeń rzeczowych i są finansowane bezpośrednio z przychodów podatkowych.

123. Chciałbym najpierw zauważyć, że patrząc w kontekście całego art. 152 WE, funkcją jego ust. 5 jest ograniczenie niektórych działań i polityk, które mogą być

podejmowane przez Wspólnotę w tej dziedzinie. Jego celem nie jest uznanie ogólnego wyjątku dla zobowiązań wynikających z traktatu, opartego na zobowiązaniach państw członkowskich w sektorze opieki zdrowotnej. Powinien on raczej być odczytywany zgodnie z utrwaloną wykładnią Trybunału, uznającą, że państwa członkowskie zachowują pełne uprawnienia do organizowania swoich systemów zabezpieczenia społecznego, ale że wykonując te uprawnienia, są one zobowiązane do pełnego wypełniania obowiązków ciążących na nich zgodnie z prawem wspólnotowym, w szczególności tych związanych z podstawowymi swobodami zagwarantowanymi traktatem WE.

124. Po drugie, nie należy przeoczyć, że mimo iż Trybunał nie uznaje względów natury czysto ekonomicznej jako uzasadnienia ograniczeń w swobodzie świadczenia usług, to przyznał on w kontekście art. 49 WE, że ryzyko zachwiania równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego może uzasadniać takie ograniczenie, o ile może mieć ono konsekwencje dla ogólnego poziomu ochrony zdrowia publicznego [54] Na tej podstawie Trybunał przyjął wymóg uprzedniej zgody jako rozsądnego i potrzebnego środka kontroli odpływu pacjentów z krajowego systemu ubezpieczenia zdrowotnego do szpitali w innych państwach członkowskich, o ile warunki, w oparciu o które udzielana jest ta zgoda, są zgodne z prawem wspólnotowym.

125. Zatem Trybunał zrównoważył z jednej strony swobodę, z której zasadniczo korzystają pacjenci, do uzyskiwania opieki medycznej w innych państwach członkowskich z ograniczeniami budżetowymi państw członkowskich, wynikającymi z wychodzenia pacjentów poza krajowy system opieki zdrowotnej i ubezpieczenia zdrowotnego z drugiej strony. Określił on granice, w których państwa członkowskie są uprawnione do kontroli tych przepływów w celu utrzymania równowagi finansowej krajowych systemów. Gdy państwu członkowskiemu uda się wykazać, że zobowiązania do zachowania zgodności z obowiązkiem finansowania leczenia szpitalnego udzielonego osobom ubezpieczonym w innym państwie członkowskim osiągnęły taki poziom, że zagrażają one bezpośrednio żywotności krajowego systemu i mogą tym samym podważyć jakość i ciągłość świadczenia opieki zdrowotnej na jego terytorium, może ono usprawiedliwić działania podjęte w celu ograniczenia wypływu pacjentów w akceptowalnych granicach. Niezależnie od ogólnej polityki zmierzającej do utrzymania stabilności finansowej systemu, same ograniczenia budżetowe nie mogą jednakże usprawiedliwić ograniczenia prawa pacjentów do uzyskania opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim.

126. Godząc wymogi swobody świadczenia usług szpitalnych z żywotnymi interesami państw członkowskich w zagwarantowaniu stabilności krajowych systemów opieki zdrowotnej, Trybunał wskazał, w jakim zakresie można uwzględnić ograniczenia budżetowe. Ta wykładnia w pełni szanuje odpowiedzialność państw członkowskich za organizację i świadczenie usług opieki zdrowotnej

54 — Wyroki w sprawach Kohll, pkt 41, Smits i Peerbooms, pkt 72 oraz Müller-Fauré, pkt 72–73 (przywołane w przypisie 2).

i opieki medycznej w znaczeniu art. 152 ust. 5 WE.

127. Co do art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71, to jego celem jest ustanowienie warunków, przy spełnieniu których nie można odmówić wydania zgody na uzyskanie opieki medycznej w innym państwie członkowskim. Podczas gdy ten przepis nie ma na celu ograniczenia okoliczności, w jakich zgoda może być udzielona, nie pozwala on państwom członkowskim na wprowadzanie dalszych kryteriów dla odmowy udzielenia zgody. W zakresie, w jakim ograniczenia budżetowe mogą być związane z tym, co jest uważane za „normalny" czas oczekiwania w państwie członkowskim, stwierdziłem już, zgodnie z orzecznictwem Trybunału w tej kwestii, że to kryterium może jedynie być stosowane przy uwzględnieniu stanu chorobowego pacjenta wnioskującego o zgodę.

128. Podsumowując, art. 49 WE nie dopuszcza, aby ograniczenia budżetowe były niezależnie brane pod uwagę przy określaniu, czy państwo członkowskie jest zobowiązane do zwrotu kosztów leczenia szpitalnego udzielonego w innym państwie członkowskim, z wyjątkiem przypadków, gdy wykazało, że zgodność z tym obowiązkiem na bardziej ogólną skalę mogłaby zagrozić równowadze finansowej krajowego systemu ochrony zdrowia. Ograniczenia budżetowe nie mogą być brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji odmawiających udzielenia zgody na mocy art. 22 rozporządzenia nr 1408/71. Ta wykładnia jest całkowicie zgodna z art. 152 ust. 5 WE.

VI — Wnioski

129. Wobec powyższego proponuję, aby Trybunał przedstawił poniższe odpowiedzi na pytania prejudycjalne skierowane przez Court of Appeal:

1) Wykładni art. 49 WE należy dokonywać w ten sposób, że w zasadzie osoby faktycznie zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego zarządzają-

cego krajową służbą zdrowia, taką jak National Health Service w Zjednoczonym Królestwie, są uprawnione do uzyskania leczenia szpitalnego w innym państwie członkowskim na koszt tej krajowej służby zdrowia. Państwa członkowskie mogą poddać takie uprawnienie wymogowi, aby osoba zainteresowana uzyskała uprzednią zgodę, pod warunkiem, że taka zgoda będzie oparta na obiektywnych, niedyskryminujących i przejrzystych kryteriach w ramach łatwo dostępnej procedury i zapewnia, że wniosek o zgodę będzie rozpatrzony obiektywnie i bezstronnie w rozsądnym terminie, a ewentualna odmowa udzielenia zgody będzie ponadto mogła zostać zaskarżona do sądu. Brak takich kryteriów i takiej procedury nie może pozbawiać zainteresowanej osoby tego uprawnienia. Bez znaczenia dla celów zastosowania art. 49 WE w okolicznościach postępowania przed sądem krajowym pozostaje to, czy leczenie szpitalne świadczone przez NHS jest samo w sobie świadczeniem usług w rozumieniu art. 49 WE.

2) Względy odnoszące się do zarządzania listami oczekujących mogą jedynie uzasadniać odmowę udzielenia zgody na uzyskanie leczenia szpitalnego w innym państwie członkowskim, jeśli listy oczekujących są zarządzane w taki sposób, że uwzględniają należycie indywidualne potrzeby medyczne pacjentów i nie wykluczają opieki udzielanej w innym państwie członkowskim w nagłym przypadku. Jeśli przesłanki udzielania zgody na uzyskanie leczenia szpitalnego w innym państwie członkowskim mają na celu zagwarantowanie stabilności finansowej krajowego systemu ochrony zdrowia, to względy o charakterze czysto budżetowym lub ekonomicznym nie mogą uzasadniać odmowy udzielenia takiej zgody.

3) Przy określaniu, czy opieka może być udzielona bez nieuzasadnionej zwłoki dla celów art. 49 WE, dopuszczalne jest uwzględnianie czasu oczekiwania i priorytetów klinicznych przyznanych leczeniu przez właściwy podmiot NHS, pod warunkiem, że są one oparte na konkretnych wskazaniach odnoszących się

do stanu zdrowia pacjenta w chwili oceny, jak również do historii i ewentualnego rozwoju choroby, z powodu której pacjent wymaga opieki.

4) Dla właściwej wykładni art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71, a w szczególności wyrażenia „w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia" stosowane kryteria są identyczne z tymi, które określają kwestię „nieuzasadnionej zwłoki" dla celów art. 49 WE.

5) Gdy państwo członkowskie jest zobowiązane na mocy prawa wspólnotowego do finansowania osobie faktycznie zamieszkałej na jego terytorium, która uzyskała leczenie poza kontekstem art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, leczenia szpitalnego w innym państwie członkowskim, to koszt takiego leczenia powinien być obliczany poprzez odniesienie do przepisów prawnych państwa członkowskiego miejsca zamieszkania. W przypadku braku cennika lub stawek pozwalających na obliczenie wysokości zwrotu kosztów, kwota ta powinna zostać obliczona w oparciu o rzeczywisty koszt uzyskanego leczenia. Koszty podróży i pobytu związane z leczeniem szpitalnym uzyskanym w innym państwie członkowskim podlegają zwrotowi jedynie wtedy, gdy przewiduje tak prawo krajowe odnośnie do leczenia na terytorium kraju.

6) Artykuł 49 WE nie dopuszcza, aby ograniczenia budżetowe były niezależnie brane pod uwagę przy określaniu, czy państwo członkowskie jest zobowiązane do zwrotu kosztów leczenia szpitalnego udzielonego w innym państwie członkowskim, z wyjątkiem przypadków, gdy wykazało, że zgodność z tym obowiązkiem na bardziej ogólną skalę mogłaby zagrozić równowadze finansowej krajowego systemu ochrony zdrowia. Ograniczenia budżetowe nie mogą być brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji odmawiających udzielenia zgody na mocy art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71.