SODBA SODIŠČA (veliki senat)

z dne 16. maja 2006 *

V zadevi C-372/04,

katere predmet je predlog za sprejetje predhodne odločbe na podlagi člena 234 ES, ki ga je vložilo Court of Appeal (England & Wales) (Civil Division) (Združeno kraljestvo) z odločbo z dne 12. julija 2004, ki je prispela na Sodišče 27. avgusta 2004, v postopku

The Queen, na predlog:

Yvonne Watts,

proti

Bedford Primary Care Trust,

Secretary of State for Health,

* Jezik postopka: angleščina.

SODIŠČE (veliki senat),

v sestavi V. Skouris, predsednik, P. Jann, C. W. A. Timmermans in A. Rosas, predsedniki senatov, R. Schintgen, sodnik, N. Colneric, sodnica, K. Lenaerts (poročevalec), J. Klučka, U. Lõhmus, E. Levits in A. Ó Caoimh, sodniki,

generalni pravobranilec: L. A. Geelhoed,
sodna tajnica: L. Hewlett, glavna administratorka,

na podlagi pisnega postopka in obravnave 4. oktobra 2005,

ob upoštevanju stališč, ki so jih predložili:

– za Y. Watts R. Gordon, QC, po naročilu J. Hyama, solicitor,

– za vlado Združenega kraljestva E. O'Neill in S. Nwaokolo, zastopnici, skupaj z D. Lloyd-Jonesom, QC, D. Wyattom, QC, in S. Lee, barrister,

– za belgijsko vlado M. Wimmer, zastopnik,

– za špansko vlado E. Braquehais Conesa in J. M. Rodríguez Cárcamo, zastopnika,

– za francosko vlado G. de Bergues in C. Bergeot-Nunes, zastopnika,

– za Irsko D. O'Hagan, zastopnik, skupaj z N. Traversom, BL,

– za malteško vlado S. Camilleri, zastopnik, skupaj s S. Mifsudom, odvetnik,

– za poljsko vlado P. Sadowy, zastopnik,

– za finsko vlado T. Pynnä, zastopnica,

– za švedsko vlado K. Norman in A. Kruse, zastopnika,

– za Komisijo Evropskih skupnosti D. Martin in N. Yerrell, zastopnika,

po predstavitvi sklepnih predlogov generalnega pravobranilca na obravnavi 15. decembra 2005

izreka naslednjo

Sodbo

1 Predlog za sprejetje predhodne odločbe se nanaša na razlago členov od 48 ES do 50 ES in 152(5) ES in člena 22 Uredbe Sveta (EGS) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti, kot je bila spremenjena in posodobljena z Uredbo Sveta (ES) št. 118/97 z dne 2. decembra 1996 (UL 1997, L 28, str. 1, v nadaljevanju: Uredba št. 1408/71).

2 Ta predlog je bil vložen v okviru spora, ki je nastal zato, ker je Bedford Primary Care Trust (v nadaljevanju: Bedford PCT) zavrnil povrnitev plačila stroškov za bolnišnično zdravljenje, ki ga je bila v Franciji deležna britanska državljanka Y. Watts.

Pravni okvir

Skupnostna ureditev

3 Člen 22 Uredbe št. 1408/71, naslovljen „Začasno bivanje zunaj pristojne države – Vrnitev ali prenos stalnega prebivališča v drugo državo članico med boleznijo ali

materinstvom – Potreba po odhodu v drugo državo članico zaradi ustreznega zdravljenja“, določa:

„1. Delavec, ki izpolnjuje pogoje zakonodaje pristojne države za upravičenost do dajatev, po potrebi ob upoštevanju določb člena 18, in:

[…]

c) ki mu pristojni nosilec odobri, da odide na ozemlje druge države članice, da bo prejel zdravljenje, ki ustreza njegovemu zdravstvenemu stanju,

je upravičen do:

i) storitev, ki jih v imenu pristojnega nosilca nudi nosilec v kraju začasnega bivališča […], v skladu z določbami zakonodaje, ki jo uporablja, kot če bi bila oseba zavarovana pri njem; trajanje obdobja, v katerem se nudijo te dajatve, pa ureja zakonodaja pristojne države;

[…]

2. […]

Odobritev, ki se zahteva po odstavku 1(c), se ne sme zavrniti, če tako zdravljenje spada med dajatve, določene v zakonodaji države članice, na ozemlju katere oseba [dejansko] biva in na katerem ji ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni ni možno nuditi takega zdravljenja v časovnem obdobju, ki je v državi, v kateri prebiva, za tako zdravljenje običajno potreben.

[…]“

4 Kot izhaja iz Sklepa št. 153 (94/604/ES) Upravne komisije Evropskih skupnosti za socialno varnost delavcev migrantov z dne 7. oktobra 1993 o vzorčnih obrazcih, ki so potrebni za izvajanje uredb Sveta (EGS) št. 1408/71 in (EGS) št. 574/72 (E 001, E 103–E 127) (UL 1994, L 244, str. 22), je obrazec E 112 potrdilo, potrebno za uporabo člena 22(1)(c)(i) Uredbe št. 1408/71.

Nacionalna ureditev

5 Zakon iz leta 1977 o nacionalni zdravstveni službi (National Health Service Act 1977, v nadaljevanju: Zakon o NZS) določa, da mora minister za zdravstvo zagotoviti nacionalno zdravstveno službo v Angliji in Walesu.

6 Ta obveznost je natančneje določena v členih 1 in 3 Zakona o NZS:

„Člen 1

1.(1) Minister je dolžan v Angliji in Walesu zagotoviti celotno zdravstveno službo, katere namen je zagotoviti izboljšanje

(a) telesnega in duševnega zdravja prebivalcev teh dežel in

(b) preprečevanja, diagnosticiranja in zdravljenja bolezni in v ta namen priskrbeti oziroma zagotavljati učinkovito opravljanje storitev v skladu s tem zakonom.

(2) Tako zagotovljene storitve bodo brezplačne, razen če sta plačilo in povrnitev stroškov izrecno določena z zakonom, ne glede na čas njegovega sprejetja.

[…]

Člen 3

3.(1) Minister je dolžan v celotni Angliji in Walesu – kolikor ocenjuje to nujno za zagotovitev vseh razumnih zahtev – zagotoviti:

(a) bolnišnično infrastrukturo;

(b) drugo infrastrukturo, potrebno za opravljanje vseh storitev, določenih s tem zakonom;

(c) zdravstvene, zobozdravstvene, negovalne in ambulantne storitve;

(d) druge infrastrukture – ki so po njegovem mnenju primerne v okviru zdravstvene storitve – za oskrbo nosečnic, doječih mater in mladih otrok;

(e) infrastrukture – ki so po njegovem mnenju primerne v okviru zdravstvene storitve – za preprečevanje bolezni, oskrbo bolnih in za nadaljnjo skrb za osebe, ki so bile bolne;

(f) druge storitve, potrebne za diagnosticiranje in zdravljenje bolezni.“

7 Iz predložitvene odločbe izhaja, da ima nacionalna zdravstvena služba (v nadaljevanju: NZS) naslednje lastnosti.

8 Bolnišnično zdravljenje za vse osebe, ki običajno bivajo v Združenem kraljestvu, brezplačno, brez pridobitnega namena, opravljajo ustanove, ki so vključene v NZS.

9 To zdravljenje neposredno financira država, predvsem iz davčnih prihodkov, ki jih vlada razdeli med različne nosilce osnovnega varstva (Primary Care Trusts, v nadaljevanju: PCT) glede na sorazmerne potrebe prebivalstva na njihovem geografskem področju.

10 Prispevkov v NZS ne plačujeta niti delojemalec niti delodajalec. Nobeno soplačilo pacienta ni določeno.

11 Ni nacionalnih seznamov storitev, ki jih je treba zagotavljati.

12 Dostop do bolnišničnega zdravljenja je načeloma odvisen od presoje splošnega zdravnika.

13 Ker proračun, ki ga vlada nameni NZS, ne zadošča za zagotovitev hitre oskrbe vseh pacientov, ne glede na resnost njihovega stanja, NZS razpoložljiva sredstva uporablja glede na prednosti, ki jih določi, kar vodi do sorazmerno dolgih čakalnih list za zdravljenja, ki niso zelo nujna. Organi NZS določijo – znotraj proračunskih sredstev, ki so jim dodeljena – ponderiranje kliničnih prednosti znotraj nacionalnih smernic.

14 Čakalne liste so namenjene, po eni strani, zagotavljanju bolnišničnega zdravljenja v skladu s prednostmi in odločitvami organov NZS glede porabe razpoložljivih sredstev in, po drugi strani, ohranitvi enakosti med pacienti, ki potrebujejo bolnišnično zdravljenje iz različnih zdravstvenih razlogov in ob različnih stopnjah nujnosti zdravljenja.

15 Pacienti, ki sodijo v okvir NZS, nimajo pravice do posebnega zdravljenja v določenem trenutku. Narava, kraj, trenutek in dolžina bolnišničnega zdravljenja so določeni glede na klinične prednosti in na sredstva pristojnega organa NZS, ne pa glede na želje pacienta. Zoper odločbe organov NZS je možna ničnostna tožba, vendar so take tožbe običajno zavrnjene.

16 Glede na brezplačnost storitev, zagotovljenih v okviru NZS, se vprašanje povrnitve plačila stroškov pacienta ne zastavlja in ni urejeno. Posledično v britanski zakonodaji ni tarifne tabele povrnitve plačila stroškov.

17 Pacienti, ki sodijo v okvir NZS, niso upravičeni do zasebnega bolnišničnega zdravljenja v Angliji in Walesu.

18 PCT so javne ustanove, ustanovljene na podlagi člena 16 A Zakona o NZS, kot je bil vključen s členom 2 Zakona iz leta 1999 o zdravju (Health Act 1999) in dopolnjen z Zakonom iz leta 2002 o spremembi nacionalne zdravstvene službe in o poklicih v zdravstvu (National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002). Njihovo sestavo določajo predpisi. Nekatere njihove člane imenuje minister. Vloga PCT je načrtovati in zagotavljati zdravstveno varstvo na lokalni ravni, vključno s storitvami splošne medicine. Vsaka regija sodi pod okrilje enega PCT. V vsakem proračunskem letu minister za zdravstvo nameni različnim PCT maksimalni znesek, namenjen pokritju stroškov bolnišničnega zdravljenja in splošnih stroškov.

19 „Trusti NZS“ so ločene pravne osebe, ustanovljene na podlagi Zakona iz leta 1990 o nacionalnem zdravstvu in o skrbi na domu (National Health Service and Community Care Act 1990). Člen 5(1) tega zakona, kot je bil spremenjen s členom 3 Zakona iz leta 1999 o zdravju, določa, da je namen trustov NZS zagotavljati blago in storitve v okviru NZS. Naloge teh trustov so določene z odlokom ministra. Skoraj vse britanske bolnišnice upravlja trust NZS. Trusti NZS se financirajo s plačili PCT glede na zdravljenje in na zdravstvene storitve, ki jih ti pri njih naročijo.

20 Na podlagi člena 4 Zakona iz leta 1990 sodelovanje med PCT in NZS temelji na sistemu „pogodb NZS“, ki niso iztožljive, ampak zanje obstaja posebna oblika notranje arbitraže pred pristojnim ministrom. Pogodbe NZS so večinoma oblikovane na podlagi sporazuma o količini pričakovanih storitev in ustreznega financiranja.

21 PCT in trusti NZS niso organi s pridobitnim namenom. Neporabljena prejeta proračunska sredstva je mogoče pod določenimi pogoji prenesti v naslednje obdobje. Sicer pa jih je treba vrniti vladi.

22 Pacienti, ki nima običajnega bivališča v Združenem kraljestvu, lahko prejmejo zdravljenje v okviru NZS, vendar odplačno. Uredba iz leta 1989 o plačilu stroškov, naloženemu pacientom iz tujine (NZS (Charges to Overseas Visitors Regulations 1989)) določa podrobna pravila za zaračunanje in povrnitev plačila stroškov zdravljenja teh pacientov, ki ga zagotovi NZS. PCT so dolžni zagotoviti tako zdravljenje, razen če pacienti sodijo v okvir izjem, določenih z navedeno uredbo. Zadnja določa med drugim izjeme, po eni strani, za zdravljenje v okviru nezgodne bolnišnične storitve in v okviru nujne storitve in, po drugi strani, za upoštevanje pravic oseb, ki so socialno zavarovane v drugi državi članici.

23 Iz predložitvene odločbe izhaja, da Uredba št. 1408/71 zaradi svoje neposredne uporabnosti v državah članicah ni bila predmet izvedbenih ukrepov v britanskem pravu. Pacient, ki sodi v okvir NZS, in ima stalno prebivališče v Združenem kraljestvu, je na podlagi člena 22(1)(c) navedene uredbe upravičen do bolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici. V takem primeru se v skladu s to uredbo povrnitev plačila stroškov za zdravljenje opravi neposredno pristojnemu nosilcu države članice, v kateri je bilo opravljeno zdravljenje, po stopnji povrnitve stroškov, ki velja v tej državi članici.

Spor o glavni stvari

24 Y. Watts, ki je trpela za artritisom v kolkih, se je pri Bedford PCT pozanimala o možnosti operacije v tujini v okviru obrazca E 112.

25 1. oktobra 2002 jo je pregledal britanski zdravnik specialist, ki je z dopisom z dne 28. oktobra 2002 obvestil Bedford PCT, da je treba primer Y. Watts obravnavati

tako kot druge njegove paciente z hudim artritisom, da je gibljivost te pacientke zelo omejena in da ima stalne bolečine. Y. Watts je uvrstil v „tipični primer“, kar je zanjo pomenilo približno enoletno čakalno dobo, preden bi bila operirana v lokalni bolnišnici.

26 21. novembra 2002 je Bedford PCT Y. Watts obvestil o tem, da ji ne bo izdal obrazca E 112, ker drugi pogoj iz člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71 ni bil izpolnjen. Menil je namreč, da je zdravljenje mogoče zagotoviti v lokalni bolnišnici pacientke „v roku, ustreznem ciljem iz vladnega načrta socialnega zavarovanja“ in torej „brez neupravičenega odlašanja“.

27 12. decembra 2002 je Y. Watts sprožila postopek za pridobitev dovoljenja za vložitev ničnostne tožbe zoper to zavrnilno odločbo.

28 22. januarja 2003 je pri High Court of Justice (England & Wales), Queen's Bench Division (Administrative Court) potekala obravnava za presojo dopustnosti te tožbe. Na tej obravnavani je bilo navedeno, da je v začetku januarja 2003 Y. Watts v Franciji obiskala zdravnika specialista, ki je ocenil, da zaradi poslabšanja njenega zdravstvenega stanja operacija postaja vedno bolj nujna. Minister za zdravstvo in Bedford PCT sta zato predlagala, naj se Y. Watts ponovno pregleda, da se bo odločbo z dne 21. novembra 2002 lahko ponovno preučilo.

29 31. januarja 2003 je Y. Watts ponovno pregledal britanski zdravnik specialist, ki jo je pregledal že oktobra 2002. Istega dne je ta zdravnik v dopisu Bedford PCT navedel,

da je Y. Watts sedaj treba uvrstiti v kategorijo pacientov, ki morajo biti operirani „kmalu“, torej v vmesno kategorijo med najbolj nujnimi primeri in tipičnimi primeri. To je pomenilo, da bo operirana v treh ali štirih mesecih, torej aprila oziroma maja 2003.

30 4. februarja 2003 je Bedford PCT ponovno zavrnil izdajo obrazca E 112, ker je bila čakalna doba za operacijo v lokalni bolnišnici skrajšana na tri oziroma štiri mesece. Ponovno se je oprl na cilje načrtovanja NZS in ugotovil, da v primeru Y. Watts ne gre za neupravičeno odlašanje.

31 7. marca 2003 si je Y.Watts v Abbevilleu (Francija) dala vstaviti kolčno protezo. Za ta zdravniški poseg je plačala 3900 GBP.

32 Sprožila je postopek za pridobitev dovoljenja za vložitev ničnostne tožbe zoper to zavrnilno odločbo Bedford PCT in prav tako zahtevala povrnitev v Franciji plačanih zdravstvenih stroškov.

33 1. oktobra 2003 je High Court of Justice (England & Wales), Queen's Bench Division (Administrative Court), ki je prekinilo odločanje do razglasitve sodbe Sodišča z dne 13. maja 2003 v zadevi Müller-Fauré in van Riet (C-385/99, Recueil, str. I-4509), presodilo, da zdravstvene storitve, ki jih je bila Y. Watts deležna v Franciji, sodijo na področje uporabe člena 49 ES, čeprav se povrnitev stroškov prejetega zdravljenja zahteva v okviru NZS.

34 Vendar pa je to sodišče zavrnilo zahtevo Y. Watts. Čeprav je menilo, da „bi vsak nacionalni organ, ki se pravilno odloča na podlagi načel, ki jih je [Sodišče] določilo

predvsem v sodbah [z dne 12. julija 2001 v zadevi Smits in Peerbooms (C-157/99, Recueil, str. I-5473)] in v zadevi Müller-Fauré in van Riet, moral v oktobru oziroma novembru 2002 oceniti, da je predvidena približno enoletna čakalna doba ‚neupravičena' in torej omogoča uporabo pravice, ki izhaja iz člena 49 [ES], do povrnitve stroškov, potrebnih za zdravljenje v bolj razumnem roku v drugi državi članici", pa je vendarle presodilo, da Y. Watts po ponovnem pregledu njenega primera konec januarja 2003 ni bila več soočena z neupravičenim odlašanjem. Menilo je, da čakalna doba treh oziroma štirih mesecev ni bila tolikšna, da bi Y. Watts imela pravico do zdravljenja v tujini in da bi lahko od NZS uveljavljala povrnitev stroškov, povezanih s tem zdravljenjem.

35 Y. Watts in minister za zdravstvo so se zoper to sodbo pritožili pri Court of Appeal (England and Wales), Civil Division. Pritožba Y. Watts je temeljila predvsem na zavrnitvi njene zahteve po povračilu stroškov in na ugotovitvah v prvostopenjski sodbi, da je čakalna doba, ki se jo upošteva v nacionalni zakonodaji, upošteven dejavnik za uporabo člena 49 ES in poglaviten dejavnik v okviru člena 22 Uredbe št. 1408/71. Minister za zdravstvo je svojo pritožbo utemeljil predvsem na trditvi, da se pacienti, ki sodijo v okvir NZS, ne morejo sklicevati na člen 49 ES, tako da je treba primer Y. Watts reševati izključno z uporabo člena 22 Uredbe št. 1408/71.

36 V odločbi z dne 20. februarja 2004 je predložitveno sodišče navedlo, da na podlagi zgoraj navedenih sodb Smits in Peerbooms ter Müller-Fauré in van Riet take nacionalne zdravstvene storitve, ki jih financira država, kot je NZS, sodijo na področje uporabe člena 49 ES. Vendar pa dodaja, da iz točke 98 zgoraj navedene sodbe Müller-Fauré in van Riet izhaja, da je pravica, ki izhaja iz tega člena, do zdravljenja v tujini, pogojena z obstojem pravice zdravljenja v pristojni državi članici, ki pa je britanski pacienti v okviru NZS nimajo.

37 Meni, da zato ker so zdravstvene dejavnosti opravljanje storitev v smislu člena 49 ES, nacionalni organi, zadolženi za financiranje zdravstvenega varstva, načeloma državljanom ne morejo preprečiti, da zdravljenje prejmejo v drugi državi članici, razen če je takšno omejitev potrebna za ohranitev uravnotežene in vsem dostopne zdravstvene in bolnišnične storitve, vendar pa se na tako utemeljitev ni mogoče sklicevati, če bi to pomenilo neupravičeno odlašanje pri zdravljenju pacienta v njegovi državi članici, kjer dejansko biva.

38 Poudarja, da je v skladu s sodbo z dne 23. oktobra 2003 v zadevi Inizan (C-56/01, Recueil, str. I-12403) pojem neupravičenega odlašanja treba razlagati, tako kot drugi pogoj iz člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71, na podlagi kliničnih ugotovitev v vsakem posameznem primeru in ne na podlagi normalnih čakalnih dob in list, ki temeljijo na ekonomskih merilih. Vendar pa navaja, da Sodišče še ni dalo jasnega odgovora, kako razlagati ta pojem.

39 Prav tako si zastavlja vprašanje – ob upoštevanju zgoraj navedene sodbe Inizan – o upoštevnosti proračunskih dejavnikov v taki zadevi, kot je zadeva v postopku v glavni stvari. Sprašuje se, ali je treba šteti, da je država članica dolžna nameniti sredstva, ki njenim državljanom omogočijo zdravljenje v tujini v čim krajšem roku, pri čemer obstaja tveganje, po eni strani, da se podaljša potrebni rok za zdravljenje na nacionalnem ozemlju v najbolj nujnih primerih in, po drugi strani, da sta prizadeta upravljanje sredstev in načrtovanje zadevnega sistema zdravstvenega varstva.

40 Ob predpostavki, da taka obveznost obstaja, sprašuje, ali je zadevna država članica stroške zdravljenja v tujini dolžna v skladu s členom 22 Uredbe št. 1408/71 povrniti po zakonodaji države članice začasnega bivališča ali v skladu s členom 49 ES po lastni zakonodaji. Prav tako sprašuje, ali je v takem primeru treba upoštevati stroške potovanja in nastanitve.

41 Poudarja, da bi obveznost povrnitve stroškov po zakonodaji pristojne države članice pomenila – za tak sistem, kot je NZS, kjer je zdravstveno varstvo brezplačno – obveznost povrnitve stroškov v celoti. Po njegovem mnenju bi zato – če bi pojem neupravičenega odlašanja bilo treba presojati brez upoštevanja proračunskih dejavnikov – uporaba člena 49 ES pomenila vmešavanje prava Skupnosti v proračunsko politiko držav članic na področju javnega zdravja, kar bi povzročilo vprašanja v zvezi s členom 152(5) ES.

Vprašanja za predhodno odločanje

42 V teh okoliščinah je Court of Appeal (England and Wales), Civil Division, prekinilo odločanje in Sodišču v odločanje predložilo ta vprašanja:

„1. Ali je – ob upoštevanju narave NZS ter položaja, ki ga ima le-ta v nacionalnem pravu, in ob upoštevanju sodb Smits [in Peerbooms], Muller-Faure [in van Riet] in Inizan – člen 49 ES treba razlaga tako, da so osebe z običajnim bivališčem v Združenem kraljestvu v okviru prava Skupnosti načeloma upravičeni do bolnišničnega zdravljenja v drugih državah članicah na stroške NZS?

Podrobneje glede pravilne razlage člena 49 ES:

a) Ali obstaja razlika med tako nacionalno zdravstveno službo, kot je NZS, ki se financira iz državnih sredstev, in zavarovalnimi nosilci, kot je nizozemska

shema ZFW, še zlasti ob upoštevanju dejstva, da NZS nima sklada, iz katerega mora opravljati plačila?

b) Ali mora NZS odobriti in plačati takšno zdravljenje v drugi državi članici, čeprav ni dolžna odobriti in plačati takšnega zdravljenja, ki ga izvaja zasebni ponudnik storitev v Združenem kraljestvu?

c) Ali je dejstvo, da pacient prejme zdravljenje neodvisno od pristojnega organa NZS in brez predhodne odobritve ali obvestila, pomembno?

2. Ali je za odgovor na prvo vprašanje pomembno, ali bolnišnično zdravljenje, ki ga zagotovi NZS, pomeni opravljanje storitev v smislu člena 49 ES?

Če je tako, in v okoliščinah, predstavljenih zgoraj v navedbi dejstev, ali je člene 48 [ES], 49 [ES] in 50 ES treba razlagati tako, da načeloma:

a) bolnišnično zdravljenje, ki ga zagotavljajo organi NZS, pomeni zagotavljanje storitev v smislu člena 49 ES;

b) pacient, ki je deležen bolnišničnega zdravljenja v okviru NZS, izvršuje svojo pravico do prejemanja storitev v smislu člena 49 ES; in

c) organi NZS, ki zagotavljajo bolnišnično zdravljenje, pomenijo ponudnike storitev v smislu členov 48 [ES] in 50 ES?

3. Če se člen 49 ES uporablja za NZS, ali lahko le-ta ali minister kot objektivno utemeljitev za zavrnitev predhodne odobritve bolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici šteje:

a) dejstvo, da bi odobritev resno oslabila sistem NZS upravljanja zdravstvenih prednosti s čakalnimi listami;

b) dejstvo, da bi taka odobritev omogočila pacientom z manj nujnimi zdravstvenimi potrebami prednosti v primerjavi s pacienti z bolj nujnimi zdravstvenimi potrebami;

c) dejstvo, da bi odobritev povzročila preusmeritev sredstev za plačilo manj nujnih zdravljenj za sredstva pacientom, ki so pripravljeni potovati v tujino, kar bi negativno vplivalo na tiste, ki ne želijo ali ne morejo potovati v tujino, ali bi povečalo stroške organov NZS;

d) dejstvo, da bi odobritev lahko pomenila, da mora Združeno kraljestvo v proračunu NZS zagotoviti dodatna sredstva oziroma omejiti obseg zdravljenja, ki je na voljo v okviru NZS;

e) primerjalne stroške zdravljenja ter dodatne stroške le-tega v drugi državi članici?

4. Koliko je pri presoji, ali je zdravljenje na voljo ‚brez neupravičenega odlašanja', za potrebe člena 49 ES, treba oziroma dovoljeno upoštevati:

   a) čakalne dobe;

   b) klinično prednost, ki jo je zdravljenju dodelil pristojni organ NZS;

   c) upravljanje ponudbe bolnišničnega zdravljenja v skladu s prednostmi, katerih namen je zagotavljanje najboljšega učinka omejenih sredstev;

   d) dejstvo, da se zdravljenje v okviru NZS na kraju izvedbe zagotavlja brezplačno;

   e) individualno zdravstveno stanje pacienta, anamnezo in verjeten razvoj bolezni, zaradi katere pacient išče zdravljenje?

5) Glede pravilne razlage člena 22(1)(c) Uredbe [št.] 1408/71, še posebno izraza ‚v okviru časa, običajno potrebnega za pridobitev zadevnega zdravljenja':

   a) ali so merila, ki se uporabljajo, enaka tistim, ki so veljala pri opredelitvi vprašanja ‚neupravičenega odlašanja' za potrebe člena 49 ES?

b) če ne, koliko je treba oziroma je dovoljeno upoštevati dejavnike, naštete v četrtem vprašanju?

6. Ali se v primerih, ko mora država članica na podlagi prava Skupnosti financirati bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici oseb z običajnim bivališčem iz prve države članice, stroške takšnega zdravljenja obračuna v skladu s členom 22 Uredbe [št.] 1408/71 na podlagi zakonodaje države članice, kjer se zdravljenje zagotavlja, ali v skladu s členom 49 ES na podlagi zakonodaje države članice, kjer pacient dejansko biva?

V vsakem primeru:

a) V kolikšnem obsegu je treba plačati ali povrniti stroške bolnišničnega zdravljenja, še posebno kadar, kot je v primeru Združenega kraljestva, je zdravljenje pacientom na kraju zdravljenja zagotovljeno brezplačno in ne obstaja nacionalno dogovorjena tarifa povrnitve stroškov zdravljenja za paciente?

b) Ali je obveznost omejena na dejanske stroške zagotavljanja istega ali enakovrednega zdravljenja v prvi državi članici?

c) Ali to vključuje tudi stroške potovanja in nastanitve?

7) Ali je treba člen 49 ES in člen 22 Uredbe [št.] 1408/71 razlagati tako, da državam članicam nalagata obveznost financiranja bolnišničnega zdravljenja v drugih

državah članicah, neupoštevaje pri tem proračunske omejitve, in če je tako, ali je ta zahteva v skladu z obveznostjo držav članic, da organizirajo in zagotavljajo zdravstvene storitve in zdravstvenega varstva, kot to določa člen 152(5) ES?“

Vprašanja za predhodno odločanje

Uvodne ugotovitve

43 Predložitveno sodišče želi s svojimi vprašanji pojasnitve tako glede obsega določb Pogodbe ES o svobodi opravljanja storitev kot glede člena 22 Uredbe št. 1408/71.

44 Kot je v svojih pisnih stališčih predlagala Komisija Evropskih skupnosti, je treba najprej presojati o predlogu za razlago člena 22 Uredbe št. 1408/71.

45 Iz predložitvene odločbe namreč izhaja, da ni sporno, da je Y. Watts zahtevala odobritev, da na podlagi obrazca E 112 odide na ozemlje druge države članice, da bi v skladu s členom 22(1)(c)(i) Uredbe št. 1408/71 prejela zdravljenje, ki ustreza njenemu zdravstvenemu stanju, in to na stroške NZS. Poleg tega iz navedene odločbe izhaja, da je Bedford PCT, v katerega je vključena Y. Watts, le-tej zavrnil to odobritev, ker ni izpolnjevala pogojev iz člena 22(2) te uredbe.

46 Vendar pa uporaba navedenega člena 22 v obravnavani zadevi ne pomeni, da lahko le-ta sodi tudi na področje uporabe člena 49 ES.

47 Po eni strani namreč dejstvo morebitne skladnosti nacionalnega ukrepa z določbo sekundarnega prava – v obravnavani zadevi s členom 22 Uredbe št. 1408/71 – ne pomeni, da za ta ukrep ne veljajo določbe Pogodbe (sodba z dne 28. aprila 1998 v zadevi Kohll, C-158/96, Recueil, str. I-1931, točka 25).

48 Po drugi strani je treba opomniti, da ima člen 22(1)(c)(i) Uredbe št. 1408/71 za cilj podeliti pravico do storitev, ki jih v imenu pristojnega nosilca nudi nosilec v kraju začasnega bivališča v skladu z določbami zakonodaje države članice, kjer se storitve opravijo, kot da bi zadevna oseba sodila pod tega zadnjega nosilca (glej zgoraj navedeno sodbo Inizan, točka 20). Dejstvo, da se v obravnavani situaciji lahko uporabi člen 22 Uredbe št. 1408/71, ne izključuje možnosti, da ima zadevna oseba na podlagi člena 49 ES pravico do dostopa do zdravstvenega varstva v drugi državi članice pod drugačnimi pogoji kritja stroškov, kot so pogoji iz navedenega člena 22 (glej v tem smislu sodbo z dne 12. julija 2001 v zadevi Vanbraekel in drugi, C-368/98, Recueil, str. I-5363, točke od 37 do 53).

49 Glede na navedeno je treba najprej odgovoriti na predlog za razlago člena 22 Uredbe št. 1408/71, ki je predmet petega vprašanja, nato na predloge za razlago določb v zvezi s svobodo opravljanja storitev, ki so predmet prvih štirih vprašanj, in nazadnje na šesto in sedmo vprašanje, ki se skupaj nanašata na člen 49 ES in člen 22 Uredbe št. 1408/71.

50 Poleg tega je treba izpostaviti, da, kot je to poudarila Komisija, se obravnavana zadeva nanaša izključno na bolnišnične storitve, kjer je potreben sprejem zadevne osebe v ustanovi, kjer so opravljene omenjene storitve.

Peto vprašanje

51 S tem vprašanjem predložitveno sodišče v bistvu sprašuje, ali so merila za razlago izraza „časovno obdobje, običajno potrebno za tako zdravljenje“ iz člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71 enaka merilom za opredelitev pojma „brez nepotrebnega odlašanja“ v okviru člena 49 ES.

52 Z navezo na četrto vprašanje predložitveno sodišče prav tako želi zvedeti, ali je pri razlagi časovnega obdobja iz člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71 treba oziroma dovoljeno upoštevati dejavnike, naštete v tem četrtem vprašanju, in sicer čakalno dobo, klinične prednosti, ki jih je določil pristojni organ NZS, upravljanje ponudbe bolnišničnega zdravljenja glede na prednosti, katerih namen je zagotavljanje najboljšega učinka omejenih sredstev, brezplačnost zdravljenja v okviru NZS in individualno zdravstveno stanje pacienta, anamnezo in verjeten razvoj njegove bolezni.

53 Uvodoma je treba opomniti, da člen 22 Uredbe št. 1408/71 – umeščen v okvir splošnih ciljev Pogodbe – sodi med ukrepe, katerih namen je pacientu, ki spada pod zakonodajo ene države članice, dostop – pod pogoji, ki jih določa – do storitev v drugih državah članicah, pri čemer ni pomembno, pod katero nacionalno institucijo spada niti kje je njegovo stalno prebivališče (glej v tem smislu sodbi z dne 3. julija 2003 v zadevi Van der Duin in ANOZ Zorgverzekeringen, C-156/01, Recueil, str. I-7045, točka 50, in z dne 12. aprila 2005 v zadevi Keller, C-145/03, ZOdl., str. I-2529, točka 45).

54 Člen 22 Uredbe št. 1408/71 s tem, ko v odstavku 1(c)(i) pacientu, ki spada pod zakonodajo države članice in ki ima odobritev, zagotavlja dostop do zdravljenja v drugih državah članicah pod prav tako ugodnimi pogoji kritja stroškov, kot veljajo za osebe,

ki spadajo pod zakonodajo navedenih držav članic, in s tem, ko v odstavku 2, drugi pododstavek, določa, da pristojni nacionalni nosilec take odobritve ne sme zavrniti, če sta izpolnjena pogoja iz te zadnje določbe, prispeva k lažjemu prostemu gibanju pacientov in prav tako opravljanju čezmejnih zdravstvenih storitev med državami članicami (glej v tem smislu zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi, točka 32; Inizan, točka 21, in Keller, točka 46).

55 Člen 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71 določa dva pogoja, in če sta izpolnjena oba, mora pristojni nosilec – ne glede, kateri državi članici pripada – izdati predhodno odobritev, na katero napotuje omenjena določba (glej zgoraj navedeno sodbo Inizan, točka 37).

56 Za izpolnitev prvega pogoja je potrebno, da zadevno zdravljenje sodi med storitve, določene v zakonodaji države članice, na ozemlju katere oseba dejansko biva. Ni videti, da je v zadevi v glavni stvari zavrnitev kritja stroškov zdravljenja temeljila na nespoštovanju tega prvega pogoja.

57 Drugi pogoj je izpolnjen samo, če zdravljenja, ki ga želi pacient prejeti v drugi državi članici kot v tisti, na ozemlju katere dejansko biva, ni možno – ob upoštevanju njegovega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni – nuditi v časovnem obdobju, ki je v državi, v kateri dejansko biva, za tako zdravljenje običajno potrebno.

58 V zadevi v glavni stvari je očitno sporen ta drugi pogoj, kot to izhaja tako iz besedila petega vprašanja kot iz izrazov, s katerimi je pristojni organ obvestil zadevno osebo o tem, da ji ne bo izdal obrazca E 112 (glej točki 26 in 30 te sodbe).

59 V zvezi s tem je, kot so navedle Y. Watts, belgijska in francoska vlada in Komisija v svojih pisnih stališčih, Sodišče v točkah 45 in 46 zgoraj navedene sodbe podalo razlago časovnega obdobja iz člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71, in sicer je povzelo razlago, ki jo je v zgoraj navedenih sodbah Smits in Peerbooms (točki 103 in 104) in Müller-Fauré in van Riet (točki 89 in 90) – v zvezi s presojo združljivosti nacionalne določbe, ki povrnitev stroškov bolnišničnega zdravljenja, nastalih v tujini, pogojuje z nujnostjo tega zdravljenja – podalo za izraz „brez nepotrebnega odlašanja“.

60 Dejansko, kot je to poudaril generalni pravobranilec v točki 101 sklepnih predlogov, na podlagi ničesar ni mogoče resno utemeljiti različnih razlag v okviru člena 22 Uredbe št. 1408/71 po eni strani in v okviru člena 49 ES po drugi strani, saj gre v obeh primerih za vprašanje, kot je navedla belgijska vlada v pisnih stališčih, ali je zdravljenje, ki je potrebno zaradi zdravstvenega stanja zadevne osebe, na ozemlju države članice, kjer ta oseba dejansko biva, mogoče zagotoviti v sprejemljivem obdobju, ki ohranja koristnost in učinkovitost tega zdravljenja.

61 V zgoraj navedeni sodbi Inizan (točka 45) je tako Sodišče – s sklicevanjem po analogiji na točko 103 zgoraj navedene sodbe Smits in Peerbooms in na točko 89 zgoraj navedene sodbe Müller-Fauré in van Riet – presodilo, da drugi pogoj iz člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71 ni izpolnjen, kadar je enako zdravljenje ali zdravljenje, ki je za paciente enako učinkovito, mogoče prejeti brez nepotrebnega odlašanja v državi članici, kjer ta pacient stalno prebiva.

62 Sodišče se je oprlo na točko 104 zgoraj navedene sodbe Smits in Peerbooms in na točko 90 zgoraj navedene sodbe Müller-Fauré in van Riet ter navedlo, da mora pristojni nosilec – za presojo, ali je zdravljenje, ki je za paciente enako učinkovito, mogoče prejeti brez nepotrebnega odlašanja v državi članici dejanskega bivališča – upoštevati vse okoliščine, značilne za posamezen konkretni primer, in da mora upoštevati ne le zdravstveno stanje pacienta ob vložitvi zahteve za odobritev in,

odvisno od primera, stopnjo bolečin ali narave prizadetosti pacienta, ki bi lahko na primer onemogočila ali znatno otežila opravljanje poklicne dejavnosti, ampak tudi njegovo anamnezo (zgoraj navedena sodba Inizan, točka 46).

63 V zgoraj navedeni sodbi Müller-Fauré in van Riet, (točka 92) je Sodišče poleg tega poudarilo, da se pristojni nosilec – pri ugotavljanju, ali je enako zdravljenje ali zdravljenje, ki je za paciente enako učinkovito, dostopno brez nepotrebnega odlašanja v ustanovi na ozemlju države članice dejanskega bivališča – ne more opirati izključno na obstoj čakalnih list na navedenem ozemlju, ne da bi upošteval konkretne okoliščine zdravstvene situacije zadevnega pacienta.

64 To zadnje pojasnilo, dano v zvezi s členom 49 ES, je mogoče – glede na navedeno v točkah 59 in 60 te sodbe – povzeti v okviru člena 22 Uredbe št. 1408/71.

65 V zvezi s tem je treba poudariti, da člen 20 Uredbe (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti (UL L 166, str. 1), ki naj bi zamenjal člen 22 Uredbe št. 1408/71, določa obveznost izdati zadevno odobritev, zlasti kadar zdravljenja v državi članici, kjer oseba dejansko biva, „ob upoštevanju njenega trenutnega zdravstvenega stanja in verjetnega razvoja bolezni ni možno nuditi v časovnem obdobju, ki je medicinsko utemeljeno“.

66 Ob upoštevanju teh navedb je treba določiti merila, ki jih mora predložitveno sodišče izmed meril, navedenih v četrtem vprašanju, upoštevati pri presoji, ali je drugi pogoj iz člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71 izpolnjen ali ne.

67 Ob stalnem naraščanju zahtev po bolnišničnem zdravljenju, ki je posledica predvsem medicinskega napredka in daljšanja pričakovane življenjske dobe, na eni strani in ob s proračunskimi zahtevami nujno omejeno ponudbo na drugi strani, ni mogoče zanikati, da imajo nacionalni organi, pristojni za upravljanje ponudbe takega zdravljenja, pravico vzpostaviti – če to ocenijo za potrebno – sistem čakalnih list, namenjenih načrtovanju ponudbe tega zdravljenja in določitvi prednosti glede na razpoložljiva sredstva in zmogljivosti.

68 Kot izhaja iz besedila člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71 in iz sodne prakse, navedene v točkah 62 in 63 te sodbe, mora pristojni nosilec, da lahko odobritev iz člena 22(1)(c) te uredbe upravičeno zavrne iz razloga obstoja čakalne dobe, vendarle ugotoviti, da čakalna doba – ki izhaja iz ciljev načrtovanja in upravljanja ponudbe bolnišničnega zdravljenja, ki jih zasledujejo nacionalni organi glede na klinične prednosti, predhodno določene na splošno, in v kateri je mogoče bolnišnično zdravljenje, potrebno zaradi zdravstvenega stanja pacienta, nuditi v ustanovi, ki sodi v zadevni nacionalni sistem – ne presega obdobja, sprejemljivega z vidika objektivne medicinske presoje kliničnih potreb zadevne osebe glede na njeno zdravstveno stanje, njeno anamnezo, verjeten razvoj njene bolezni, stopnje njenih bolečin in/ali naravo njene prizadetosti v trenutku vložitve zahteve za odobritev.

69 Poleg tega, kot je opozorila Komisija in kot je poudaril generalni pravobranilec v točki 86 sklepnih predlogov, je treba čakalne dobe določevati spremenljivo in prilagodljivo, tako da je čakalno dobo, ki je bila sporočena zadevni osebi, mogoče ponovno preučiti ob upoštevanju morebitnega poslabšanja njenega zdravstvenega stanja, do katerega bi prišlo po prvi zahtevi za odobritev.

70 Če čakalna doba, ki izhaja iz splošnih ciljev načrtovanja, ne presega medicinsko sprejemljivega obdobja v smislu točke 68 te sodbe, lahko pristojni nosilec upravičeno meni, da drugi pogoj iz člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71 ni izpolnjen, in lahko zavrne izdajo odobritve, ki jo zadevna oseba zahteva na podlagi odstavka 1(c)(i) istega člena.

71 Če bi bilo namreč pacientom, ki sodijo v tak sistem nacionalne zdravstvene službe, kot je obravnavani v postopku v glavni stvari, treba odobriti, da odidejo na ozemlje druge države članice, da bi na stroške pristojnega nosilca prejeli bolnišnično zdravljenje, ki so ga ustanove, ki pripadajo navedeni službi, sposobne opraviti v medicinsko sprejemljivem obdobju, navedenem v točki 68 te sodbe, pri čemer bi ta obveznost odobritve obstajala samo zato, ker je enako ali enako učinkovito zdravljenje v tej drugi državi dostopno hitreje, potem bi to pripeljalo do migracijskih tokov pacientov, ki bi ogrozilo vse napore načrtovanja in racionalizacije, ki jih je pristojna država članica na osnovnem področju zdravstvenega varstva vložila v preprečitev preobremenjenosti bolnišnic, neuravnotežene ponudbe bolnišničnega zdravljenja in – tako logističnih kot finančnih – razsipavanja in izgub (glej v tem smislu zgoraj navedeni sodbi Smits in Peerbooms, točka 106, in Müller-Fauré in van Riet, točka 91).

72 V situaciji, nasprotni tisti iz točke 70 te sodbe, pa bi bilo drugi pogoj iz člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71 treba šteti za izpolnjenega.

73 Dejstvo, da bi bil strošek bolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici lahko višji od stroška zdravljenja, ki bi bilo opravljeno v ustanovi, ki sodi v zadevni nacionalni sistem, ne more biti legitimen razlog za zavrnitev odobritve.

74 V takem primeru legitimen razlog ne more biti niti dejstvo, da ima izdaja zahtevane odobritve za posledico, da je taka nacionalna zdravstvena služba, kot je ta v postopku v glavni stvari – za katero je značilna brezplačnost bolnišničnega zdravljenja, opravljenega znotraj njenih ustanov – prisiljena vzpostaviti finančni mehanizem, da bo ta služba lahko zadostila zahtevam za povrnitev, ki jih naslovi nosilec države članice začasnega bivališča in ki se nanašajo na storitve, ki jih je slednji zagotovil zadevnemu pacientu (glej v tem smislu sodbo v zadevi Müller-Fauré in van Riet, točka 105).

75 V nasprotju z bojaznijo, ki jo je v pisnih stališčih izrazila vlada Združenega kraljestva, razlaga obdobja iz člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71, kot izhaja iz točk od 59 do 72 te sodbe, ne ogroža pristojnosti pristojnih nacionalnih organov, da z razpoložljivimi bolnišničnimi zmogljivostmi na svojem ozemlju upravljajo na podlagi čakalnih list, pod pogojem, da take liste ne ovirajo upoštevanja – za vsak posamezen primer – zdravstvene situacije in kliničnih potreb zadevne osebe v trenutku, ko ta zahteva odobritev, da lahko prejme bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici na stroške sistema, ki mu pripada.

76 Poleg tega taka razlaga prepoveduje pristojnim nacionalnim organom, da bi zavrnili zahtevano odobritev pacientu, čigar primer bi bil v skladu z objektivno medicinsko presojo toliko nujen, da bi upravičeval zdravljenje v drugi državi članici v krajši čakalni dobi kot tisti, ki bi izhajala iz čakalnih list, ki bi izražale splošne cilje načrtovanja in upravljanja, in ki bi jo pacient lahko pričakoval za prejetje zadevnega zdravljenja v lokalni ustanovi, ki pripada nacionalni zdravstveni službi. Nasprotno, ne spodkopava pravice teh organov, da nasprotujejo izdaji odobritve, kadar v klinični situaciji zadevnega pacienta ni razloga nujnosti, na podlagi katerega bi bilo čakalno dobo, ki izhaja iz teh ciljev, mogoče šteti za nerazumno glede na to situacijo.

77 Ta razlaga ne bi sprožila množične selitve pacientov, ki bi – ob za to zadostnih sredstvih – nameravali oditi v drugo državo članico, da bi na stroške nacionalne zdravstvene službe, ki ji pripadajo, ne glede na zdravstveno nujnost, prejeli zadevno bolnišnično zdravljenje prej, kot če bi bilo to zdravljenje opravljeno v nacionalni ustanovi, ki pripada tej službi. Ta razlaga namreč ohranja pravico pristojnega nosilca, da zavrne izdajo odobritve, potrebne za finančno kritje nameravanega bolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici, kadar ni posebnih okoliščin, ki bi nakazovale, da zadevni osebi naložena čakalna doba presega za njen primer medicinsko sprejemljivo obdobje.

78 V postopku v glavni stvari mora predložitveno sodišče preveriti, ali je čakalna doba – ki jo je za zavrnitev prvotne zahteve za odobritev in ponovne zahteve navedel pristojni organ NZS in ki temelji na ciljih načrtovanja – z vidika situacije in individualnih kliničnih potreb zadevne osebe ob vložitvi navedenih zahtev presegla medicinsko sprejemljivo obdobje.

79 Glede na navedeno je na četrto vprašanje treba odgovoriti, da je člen 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71 treba razlagati tako, da mora pristojni nosilec – da lahko odobritev iz odstavka 1(c) tega člena upravičeno zavrne zaradi obstoja čakalne dobe za bolnišnično zdravljenje – ugotoviti, da to obdobje ne presega obdobja, sprejemljivega z vidika objektivne medicinske presoje kliničnih potreb zadevne osebe glede na njeno celotno zdravstveno stanje ob vložitvi zahteve za odobritev ali, glede na okoliščine primera, kadar je taka zahteva ponovno vložena.

Prva štiri vprašanja

80 S prvimi štirimi vprašanji, ki jih je treba preučiti skupaj, predložitveno sodišče v bistvu sprašuje, ali in pod kakšnimi pogoji ima pacient, ki sodi v okvir NZS, pravico – iz naslova člena 49 ES – do bolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici na stroške te nacionalne službe.

81 S prvim vprašanjem sprašuje, ali lahko – glede na posebne značilnosti NZS – oseba z dejanskim bivališčem v Združenem kraljestvu na podlagi navedenega člena uveljavlja bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici kot v Združenem kraljestvu, in sicer na stroške NZS. V okviru tega vprašanja predložitveno sodišče podrobneje sprašuje, ali je za razlago člena 49 ES v tem okviru treba upoštevati, da po eni strani organi NZS nimajo na voljo sklada za finančno kritje takega zdravljenja in po drugi strani

da NZS ni dolžna plačati bolnišničnega zdravljenja, ki ga pacient, ki pripada NZS, prejme v zasebni ustanovi v Angliji ali Walesu. Prav tako želi vedeti, ali dejstvo, da ni bilo predhodne odobritve ali predhodnega obvestila pristojnemu organu NZS, vpliva na razlago člena 49 ES.

82 Z drugim vprašanjem sprašuje, ali je za odgovor na prvo vprašanje pomembno ugotoviti, ali bolnišnično zdravljenje, ki ga zagotovi NZS, pomeni opravljanje storitev v smislu člena 49 ES.

83 V tretjem vprašanju našteva – za primer, če se člen 49 ES uporablja – vrsto dejavnikov, za katere sprašuje, ali jih pristojni nacionalni organi lahko navajajo za zavrnitev izdaje predhodne odobritve, potrebne za to, da NZS plača načrtovano bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici.

84 S četrtim vprašanjem, ki se prepleta s tretjim, sprašuje, katere dejavnike je pri presoji, ali je bolnišnično zdravljenje, potrebno zaradi pacientovega zdravstvenega stanja, mogoče zagotoviti brez neupravičenega odlašanja v ustanovah, ki pripadajo NZS, in ali lahko pristojni nosilec posledično zavrne načrtovano zdravljenje v drugi državi članici.

85 Pri odgovorih na ta vprašanja je treba najprej ugotoviti, ali se člen 49 ES uporablja za taka dejstva, kot so dejstva v postopku v glavni stvari.

86 V zvezi s tem je treba opomniti, da v skladu z ustaljeno sodno prakso zdravstvene storitve, opravljene proti plačilu, sodijo na področje uporabe določb o svobodi opravljanja storitev (glej zlasti sodbo z dne 4. oktobra 1991 v zadevi Society for the Protection of Unborn Children Ireland, C-159/90, Recueil, str. I-4685, točka 18, in zgoraj navedeno sodbo Kohll, točka 29), pri čemer ni treba razlikovati med zdravljenjem znotraj bolnišnice in zdravljenjem zunaj nje (zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi, točka 41; Smits in Peerbooms, točka 53; Müller-Fauré in van Riet, točka 38, in Inizan, točka 16).

87 Prav tako je bilo presojeno, da svoboda opravljanja storitev vključuje svobodo za prejemnike storitev, predvsem osebe, ki potrebujejo zdravljenje, da gredo v drugo državo članico, da prejmejo te storitve (glej sodbo z dne 31. januarja 1984 v združenih zadevah Luisi in Carbone, 286/82 in 26/83, Recueil, str. 377, točka 16).

88 Glede postopka v glavni stvari je treba ugotoviti, da je Y. Watts plačala neposredno ustanovi s sedežem v drugi državi članici, v kateri je prejela zdravljenje.

89 Okoliščina, da je povrnitev stroškov zadevnega bolnišničnega zdravljenja naknadno zahtevana pri taki nacionalni zdravstveni službi, kot je ta v postopku v glavni stvari, ne izključuje uporabe pravil svobode opravljanja storitev, ki jo zagotavlja Pogodba (glej v tem smislu zgoraj navedeni sodbi Smits in Peerbooms, točka 55, in Müller-Fauré in van Riet, točka 39). Sodišče je že presodilo, da opravljanje zdravstvene storitve ne izgubi značaja opravljanja storitve v smislu člena 49 ES zato, ker bi pacient – po plačilu prejetega zdravljenja tujemu ponudniku – naknadno zahteval, da to zdravljenje krije nacionalna zdravstvena služba (glej zgoraj navedeno sodbo Müller-Fauré in van Riet, točka 103).

90 Tako je torej treba ugotoviti, da se člen 49 ES uporablja v primeru takega pacienta, kot je Y. Watts, ki prejme v državi članici, ki ni država članica njegovega dejanskega bivališča, zdravstvene storitve v bolnišničnem okolju proti plačilu, pri čemer ni pomemben način delovanja nacionalnega sistema, kateremu ta oseba pripada in od katerega je naknadno zahtevano kritje teh storitev.

91 V obravnavani zadevi ni treba določiti, ali so storitve bolnišničnega zdravljenja, opravljene v okviru take nacionalne zdravstvene službe, kot je NZS, storitve v smislu določb Pogodbe o svobodi opravljanja storitev, in je zato treba ugotoviti, da situacija – kot ta, ki je pripeljala do spora o glavni stvari – kjer oseba, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebuje bolnišnično zdravljenje, odide v drugo državo članico in tam prejme zadevno zdravljenje proti plačilu, sodi na področje uporabe navedenih določb.

92 Čeprav ni sporno, prvič, da pravo Skupnosti ne vpliva na pristojnost držav članic, da organizirajo svoje sisteme socialne varnosti, in, drugič, da ob neusklajenosti na ravni Skupnosti vsaka država članica določi pogoje pridobitve storitev s področja socialne varnosti, morajo države članice pri izvrševanju te pristojnosti vendarle spoštovati pravo Skupnosti, predvsem določbe o svobodi opravljanja storitev (glej zlasti zgoraj navedene sodbe Smits in Peerbooms, točke od 44 do 46; Müller-Fauré in van Riet, točka 100, in Inizan, točka 17). Omenjene določbe predvsem prepovedujejo državam članicam, da bi ohranile neupravičene omejitve pri izvrševanju te svobode na področju zdravstvenega varstva.

93 Ugotoviti je torej treba, ali taka omejitev obstaja v taki situaciji, kot je ta v postopku v glavni stvari.

94 V zvezi s tem je treba opomniti, da v skladu z usklajeno sodno prakso člen 49 ES nasprotuje uporabi vsakršnega nacionalnega predpisa, katerega posledica je, da opravljanje storitev med državami članicami postane težavnejše kot opravljanje storitev samo znotraj države članice (sodba z dne 5. oktobra 1994 v zadevi Komisija proti Franciji, C-381/93, Recueil, str. I-5145, točka 17; zgoraj navedeni sodbi Kohll, točka 33, in Smits in Peerbooms, točka 61).

95 V obravnavani zadevi iz odločbe predložitvenega sodišča z dne 20. februarja 2004 in iz predložitvene odločbe, natančneje iz tretjega vprašanja, izhaja, da čeprav imajo pacienti, ki pripadajo NZS, možnost dostopa do bolnišničnega zdravljenja v ustanovi v drugi državi članici, kljub temu pacient – brez predhodne odobritve – ne more prejeti zdravstvenih storitev take ustanove na stroške NZS.

96 Res je – kot so navedle vlada Združenega kraljestva, španska, irska, malteška in finska vlada – da pacient, ki pripada NZS, ne more izbirati trenutka in kraja, kdaj in kje bo v okviru ustanov NZS prejel storitve bolnišničnega zdravljenja, potrebnega zaradi svojega zdravstvenega stanja. Vendar ni sporno, da je posledica obveznosti, ki jo ima minister na podlagi členov 1 in 3 zakona o NZS (glej točko 6 te sodbe), brezplačno prejetje – v ustanovah, ki pripadajo NZS – storitev, ki so na voljo v okviru NZS, ne da bi bila potrebna predhodna odobritev.

97 Medtem ko – kot izhaja iz odločbe z dne 20. februarja 2004 in iz predložitvene odločbe – je predhodna odobritev pogoj za to, da NZS krije stroške bolnišničnega zdravljenja, ki je na voljo v drugi državi članici, pa brezplačno prejetje storitev, ki so na voljo v okviru NZS, nasprotno ni pogojeno s tako odobritvijo, saj so samo podrobna pravila tega prejetja predmet predhodne odločbe pristojnih nacionalnih organov.

98 Ugotoviti je torej treba, da sistem predhodne odobritve, naveden v točki 95 te sodbe, odvrača zadevne paciente od tega, ali jim celo preprečuje, da bi se obrnili na ponudnike bolnišničnih storitev s sedežem v drugi državi članici, in pomeni – tako za paciente, kakor za te ponudnike storitev – oviro svobode opravljanja storitev (glej v tem smislu zgoraj navedeni sodbi Smits in Peerbooms, točka 69, in Müller-Fauré in van Riet, točka 44).

99 Te analize ne omaja dejstvo, navedeno v prvem vprašanju pod točko b, da NZS ni dolžna odobriti in plačati bolnišničnega zdravljenja, ki bi bilo pacientom na voljo v Angliji in Walesu v zasebnih ustanovah, ki ne pripadajo NZS.

100 Za uporabo sodne prakse, navedene v točki 94 te sodbe, se pogojev, da NZS prevzame stroške načrtovanega bolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici, ne sme primerjati s situacijo v nacionalnem pravu glede bolnišničnega zdravljenja pacientov v zasebnih krajevnih ustanovah. Nasprotno, primerjati jih je treba s pogoji, pod katerimi NZS te storitve omogoča v ustanovah, ki ji pripadajo.

101 Ker je bil ugotovljen obstoj omejitve svobode opravljanja storitev, je pred odločanjem o vprašanju, ali ima pacient, ki pripada NZS, na podlagi člena 49 ES pravico, da na stroške zadevne nacionalne službe brez take omejitve prejme bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici, treba ugotoviti, ali je to omejitev mogoče objektivno upravičiti.

102 V zvezi s tem je treba opomniti, kot je bilo to storjeno v veliko stališčih, predloženih Sodišču, na potrebne zahteve, da se lahko upravičijo ovire svobode opravljanja bolnišničnih zdravstvenih storitev.

103 Sodišče je že presodilo, da je mogoče, da nevarnost resnega porušenja finančnega ravnovesja sistema socialne varnosti pomeni višji razlog v javnem interesu, ki upravičuje oviranje načela svobode opravljanja storitev (zgoraj navedene sodbe Kohll, točka 41; Smits in Peerbooms, točka 72, in Müller-Fauré in van Riet, točka 73).

104 Sodišče je prav tako potrdilo, da je tudi od cilja po zagotavljanju uravnotežene in vsem dostopne zdravstvene in bolnišnične službe mogoče odstopiti iz razlogov javnega zdravja iz naslova člena 46 ES, če ta cilj prispeva k povečanju varstva zdravja (zgoraj navedene sodbe Kohll, točka 50; Smits in Peerbooms, točka 73, in Müller-Fauré in van Riet, točka 67).

105 Sodišče je prav tako pojasnilo, da člen 46 ES državam članicam omogoča omejiti svobodo opravljanja zdravstvenih in bolnišničnih storitev, če je ohranitev zdravstvene zmogljivosti ali zdravstvene pristojnosti na nacionalnem ozemlju pomembna za javno zdravje ali celo za preživetje njenih prebivalcev (zgoraj navedene sodbe Kohll, točka 51; Smits in Peerbooms, točka 74, in Müller-Fauré in van Riet, točka 67).

106 Zato je treba preveriti, ali je zadevno omejitev dejansko mogoče upravičiti glede na take višje razloge, ter se v takem primeru prepričati – upoštevajoč pri tem ustaljeno sodno prakso – da omejitev ne presega tega, kar je objektivno potrebno za ta namen, in da istega rezultata ni mogoče doseči z manj omejujočimi pravili (glej zgoraj navedeno sodbo Smits in Peerbooms, točka 75 in navedena sodna praksa).

107 V zvezi z zdravstvenimi storitvami, ki se zagotavljajo v bolnišnični ustanovi, je Sodišče v točkah od 76 do 80 zgoraj navedene sodbe Smits in Peerbooms že podalo naslednje ugotovitve.

108 Splošno znano je, da morajo biti število bolnišničnih ustanov, njihova geografska porazdelitev, njihova organizacija, oprema, ki jo imajo na voljo, in narava zdravstvenih storitev, ki jih lahko ponujajo, predmet načrtovanja, ki praviloma ustreza različnim potrebam.

109 Po eni strani to načrtovanje zasleduje cilj, da se na celotnem ozemlju zadevne države zagotovi zadostna in stalna dostopnost do uravnoteženega visokokakovostnega bolnišničnega zdravljenja. Po drugi strani to zdravljenje prispeva k nadzorovanju stroškov in preprečevanju, kolikor je to mogoče, razsipavanja finančnih, tehničnih in človeških virov. Tako razsipavanje bi bilo še toliko škodljivejše, ker je splošno znano, da sektor bolnišničnega zdravljenja povzroča visoke stroške in se mora odzivati na rastoče potrebe, medtem ko finančni viri sredstev, ki so na voljo zdravstvenemu varstvu, ne glede na način financiranja niso omejeni.

110 Ob tem dvojnem cilju se izkaže zahteva po tem, da je za prevzem stroškov s strani nacionalnega sistema za nameravano bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici potrebna predhodna odobritev, povsem potreben in razumen ukrep.

111 Glede nizozemskega sistema zdravstvenega zavarovanja, obravnavanega v zadevah, ki sta pripeljali do zgoraj navedene sodbe Smits in Peerbooms, je Sodišče v točki 81 navedene sodbe ugotovilo, da bi bili ogroženi vsi poskusi načrtovanja s sistemom konvencij, namenjenega zagotovitvi racionalne, stabilne, uravnotežene in dostopne ponudbe bolnišničnih storitev, če bi se pacienti prosto in v vseh okoliščinah lahko obračali na bolnišnične ustanove, s katerimi njihov nosilec zdravstvenega zavarovanja ni sklenil nobene konvencije, pa naj gre pri tem za ustanove s sedežem na Nizozemskem ali v drugi državi članici.

112 Te ugotovitve – podane glede sistema socialne varnosti, ki temelji na ureditvi s konvencijami med javnimi zdravstvenimi nosilci in ponudniki bolnišničnega zdravljenja – ki v imenu potreb načrtovanja dovoljujejo omejitev pravice pacientov do tega, da gredo na stroške nacionalnega sistema, ki mu pripadajo, k ponudniku bolnišničnih storitev, ki ne pripada navedenemu sistemu, je mogoče povzeti za tako nacionalno zdravstveno službo, kot je NZS.

113 Glede na navedeno je kot odgovor na prvo vprašanje pod točko c treba ugotoviti, da pravo Skupnosti, natančneje člen 49 ES, torej ne nasprotju temu, da je pravica pacienta, da na stroške sistema, ki mu pripada, v drugi državi članici prejme bolnišnično zdravljenje, pogojena s predhodno odobritvijo.

114 Vendar je nujno, da so pogoji za izdajo take odobritve utemeljeni z zgoraj navedenimi potrebami in morajo ustrezati zahtevi po sorazmernosti, na katero je bilo opozorjeno v točki 106 te sodbe (glej v tem smislu zgoraj navedeni sodbi Smits in Peerbooms, točka 82, in Müller-Fauré in van Riet, točka 83).

115 Iz ustaljene sodne prakse izhaja, da sistem predhodne odobritve ne more upravičiti ravnanja državnih organov po prostem preudarku, kadar zaradi takega ravnanja določbe Skupnosti – predvsem tiste v zvezi s tako temeljno svobodo, kot je obravnavana v postopku v glavni stvari – izgubijo svoj polni učinek (glej zgoraj navedeni sodbi Smits in Peerbooms, točka 90, in Müller-Fauré in van Riet, točka 84, in v teh točkah navedeno sodno prakso).

116 Da je sistem predhodne odobritve, čeprav odstopa od take temeljne svobode, upravičen, mora torej v vsakem primeru temeljiti na objektivnih, nediskriminatornih in vnaprej poznanih merilih, ki določajo meje pooblastila nacionalnih organov za odločanje po prostemu preudarku, zato da to odločanje ni samovoljno. Tak sistem

predhodne odobritve mora poleg tega temeljiti na postopku, ki je preprosto dostopen in ki zadevnim osebam zagotavlja, da bo njihova zahteva objektivno in nepristransko obravnavana v razumnem roku, pri čemer mora ob morebitni zavrnitvi zahteve za odobritev obstajati možnost izpodbijanja s pravnim sredstvom (zgoraj navedeni sodbi Smits in Peerbooms, točka 90, in Müller-Fauré in van Riet, točka 85).

117 V ta namen morajo zavrnitve odobritve ali mnenja, na katerih morda te zavrnitve temeljijo, navajati posebne določbe, na katerih temeljijo, in morajo biti pravilno obrazloženi glede na te določbe. Prav tako morajo imeti sodišča, ki odločajo o tožbah zoper take odločbe o zavrnitvi, možnost pridobiti mnenja objektivnih in nepristranskih neodvisnih izvedencev (glej v tem smislu zgoraj navedeno sodbo Inizan, točka 49).

118 Glede spora o glavni stvari pa je treba poudariti, kot je to storila Komisija, da ureditev v zvezi z NZS ne določa podrobno meril za izdajo ali zavrnitev predhodne odobritve, potrebne za povrnitev stroškov bolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici. Navedena ureditev glede tega torej ne omejuje pooblastila pristojnih nacionalnih organov za odločanje po prostem preudarku. Navedeni neobstoj pravne ureditve poleg tega otežuje sodni nadzor nad odločbami o zavrnitvi odobritve.

119 Glede okoliščin in dejavnikov, navedenih v tretjem in četrtem vprašanju, je treba – ob upoštevanju analize iz točk od 59 do 77 te sodbe – ugotoviti, da zavrnitev predhodne odobritve ne more temeljiti samo na obstoju čakalnih list, namenjenih načrtovanju in upravljanju bolnišnične ponudbe glede na klinične prednosti, predhodno določene na splošno, ne da bi se – za posamezni zadevni primer – opravila medicinsko objektivna presoja zdravstvenega stanja zadevne osebe, njene anamneze, verjetnega razvoj njene bolezni, stopnje njenih bolečin in/ali narave njene prizadetosti ob vložitvi zahteve za odobritev ali ponovitvi take zahteve.

120 Iz navedenega izhaja, da pristojni nosilec – če čakalna doba, ki izhaja iz takih čakalnih list v posameznem zadevnem primeru, presega obdobje, ki je glede na objektivno medicinsko presojo in vse značilnosti situacije in kliničnih potreb zadevne osebe primerno – ne more zavrniti zahtevane odobritve, sklicujoč se pri tem na obstoj teh čakalnih list, na domnevno porušenje normalnega vrstnega reda prednosti, povezanih s stopnjo nujnosti glede na posamezne primere, na brezplačnost bolnišničnega zdravljenja, zagotovljenega v okviru zadevnega nacionalnega sistema, na obveznost zagotoviti posebna finančna sredstva za povrnitev stroškov načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici in/ali na primerjavo stroškov tega zdravljenja s stroški primerljivega zdravljenja v pristojni državi članici.

121 Glede dejavnikov, omenjenih v prvem vprašanju pod točko a in v tretjem vprašanju pod točko d, je treba k analizi iz točk od 59 do 77 te sodbe dodati, da – čeprav pravo Skupnosti ne posega v pristojnost držav članic, da organizirajo svoje sisteme socialne varnosti in določijo višino sredstev, namenjenih za njihovo delovanje – uresničevanje temeljnih svobod, ki jih zagotavlja Pogodba, vendarle nujno zavezuje države članice, naj te sisteme prilagodijo, ne da bi to vplivalo na njihovo suvereno pristojnost na tem področju njihovih sistemov socialnega varstva (glej zgoraj navedeno sodbo Müller-Fauré in van Riet, točki 100 in 102).

122 Kot je poudaril generalni pravobranilec v točki 88 sklepnih predlogov, je treba torej ugotoviti, da iz obveznosti držav članic, naj uskladijo načela in namen svojega sistema zdravstvenega varstva na eni strani in zahteve, ki izhajajo iz svobod Skupnosti, na drugi strani, izhaja obveznost organov, odgovornih za take nacionalne zdravstvene službe, kot je NZS, določiti mehanizme finančnega kritja bolnišničnega zdravljenja, zagotovljenega v drugi državi članici pacientom, katerim navedena služba ne more zagotoviti zdravljenja v medicinsko sprejemljivem obdobju v smislu člena 68 te sodbe.

123 Glede na navedeno je na prva štiri vprašanja treba odgovoriti:

– člen 49 ES se uporablja v situaciji, v kateri oseba, ki zaradi zdravstvenega stanja potrebuje bolnišnično zdravljenje, odide v drugo državo članico in tam prejme tako zdravljenje proti plačilu, ne da bi bilo pri tem treba presojati, ali so storitve bolnišničnega zdravljenja, opravljene v okviru nacionalnega sistema, ki mu pripada ta oseba, storitve v smislu določb o svobodi opravljanja storitev;

– člen 49 ES je treba razlagati tako, da ne nasprotuje temu, da je povrnitev stroškov bolnišničnega zdravljenja, zagotovljenega v ustanovi s sedežem v drugi državi članici, odvisna od predhodne odobritve pristojnega nosilca;

– zavrnitev predhodne odobritve ne more temeljiti samo na obstoju čakalnih list, namenjenih načrtovanju in upravljanju bolnišnične ponudbe glede na klinične prednosti, predhodno določene na splošno, ne da bi se opravila medicinsko objektivna presoja zdravstvenega stanja pacienta, njegove anamneze, verjetnega razvoja njegove bolezni, stopnje njegovih bolečin in/ali narave njegove prizadetosti ob vložitvi zahteve za odobritev ali ponovitvi take zahteve.

Če čakalna doba, ki izhaja iz takih čakalnih list, presega obdobje, ki je glede na objektivno medicinsko presojo navedenih dejavnikov primerno, pristojni nosilec ne more zavrniti zahtevane odobritve, sklicujoč se pri tem na obstoj teh čakalnih list, na domnevno porušenje normalnega vrstnega reda prednosti, povezanih s stopnjo nujnosti glede na posamezne primere, na brezplačnost bolnišničnega zdravljenja, zagotovljenega v okviru zadevnega nacionalnega sistema, na

obveznost zagotoviti posebna finančna sredstva za kritje stroškov načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici in/ali na primerjavo stroškov tega zdravljenja s stroški primerljivega zdravljenja v pristojni državi članici.

Šesto vprašanje

124 S tem vprašanjem predložitveno sodišče v bistvu sprašuje, ali je stroške, ki jih mora kriti na podlagi prava Skupnosti država članica za bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici, treba obračunati v skladu s členom 22 Uredbe [št.] 1408/71 na podlagi zakonodaje države članice, v kateri se zdravljenje zagotavlja (država začasnega bivališča), ali v skladu s členom 49 ES na podlagi zakonodaje države članice, v kateri ima pacient dejansko bivališče (pristojna država članica). Prav tako želi vedeti, koliko na to kritje vpliva brezplačnost bolnišničnega zdravljenja, zagotovljenega v okviru zadevne nacionalne zdravstvene službe, in dejstvo, da v pristojni državi članici ne obstaja ustrezna dogovorjena tarifa povrnitve stroškov. Prav tako sprašuje, ali obveznost kritja stroškov zdravljenja v državi članici začasnega bivališča zajema stroške potovanja in nastanitve.

125 V zvezi s tem je treba najprej poudariti, da mora pacient, čigar zahteva za odobritev na podlagi člena 22(1)(c)(i) Uredbe št. 1408/71 je bila odobrena ali pa zavrnjena, pri čemer je bila kasneje ta zavrnitev ugotovljena za neupravičeno, imeti pravico – kot izhaja iz samega besedila te določbe – do storitev, ki jih v imenu pristojnega nosilca zagotovi nosilec države članice začasnega bivališča v skladu z določbami zakonodaje te zadnje države članice, kot če bi pacient pripadal temu zadnjemu nosilcu (glej zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi, točka 32; Inizan, točka 20, in Keller, točka 65).

126 Iz navedenega izhaja, da je v takem primeru treba uporabiti postopek povrnitve stroškov, določen z zakonodajo države članice začasnega bivališča, pri čemer je pristojni nosilec odgovoren za naknadno povrnitev stroškov pristojnemu nosilcu navedene države pod pogoji iz člena 36 Uredbe št. 1408/71 (glej zgoraj navedeno sodbo Vanbraekel in drugi, točka 33).

127 Dejstvo, da – zaradi brezplačnosti bolnišničnega zdravljenja v okviru nacionalne zdravstvene službe – zakonodaja pristojne države članice ne določa tarife povrnitve stroškov, ne preprečuje uporabe določb členov 22(1)(c)(i) in 36 Uredbe št. 1408/71. Obveznost, ki jo ima pristojni nosilec v okviru s tema določbama vzpostavljenega sistema, je obveznost povrniti stroške nosilcu v državi začasnega bivališča v višini storitev, ki jih je zadnji zagotovil, in sicer ob uporabi določb te navedene države, pri čemer se za to ni treba sklicevati na tarifo povrnitve stroškov pristojne države članice.

128 Dalje je treba preučiti, ali je pacient, ki pripada NZS, na podlagi člena 49 ES upravičen do tega, da od pristojnega nosilca dobi za povrnitev stroškov bolnišničnega zdravljenja v državi članici začasnega bivališča višji znesek od zneska, kot bi ga dobil na podlagi določb zakonodaje te države.

129 V zvezi s tem je treba opomniti, da je Sodišče že presodilo, da dejstvo, da pristojna država članica pacientu, ki pripada tej zakonodaji in ki mu je bilo v skladu s členom 22(1)(c) Uredbe št. 1408/71 odobreno bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici, ne zagotavlja enake ravni plačila, do katere bi bil upravičen, če bi bolnišnično zdravljenje prejel v pristojni državi članici, pomeni neupravičeno omejitev svobode opravljanja storitev v smislu člena 49 ES (glej zgoraj navedeno sodbo Vanbraekel in drugi, točke od 43 do 52).

130 Ob upoštevanju te sodne prakse – v okviru take nacionalne ureditve, ki tako kot ta v postopku v glavni stvari določa brezplačnost bolnišničnega zdravljenja v ustanovah, ki pripadajo nacionalni zdravstveni službi, ustanovljene s to zakonodajo – je treba ugotoviti, da ne gre za oviranje svobode opravljanja storitev, kadar ima pacient, ki pripada navedeni službi, ki mu je bilo v skladu s členom 22(1)(c)(i) Uredbe št. 1408/71 odobreno bolnišnično zdravljenje v drugi državi članici ali je bila njegova zahteva zavrnjena, pa se je kasneje izkazalo, da je zavrnitev neupravičena, pravico do celotne povrnitve stroškov tega zdravljenja ob upoštevanju določb zakonodaje države članice začasnega bivališča. Zadevni pacient namreč v tem primeru ni dolžan finančno prispevati za stroške tega zdravljenja.

131 Nasprotno je pristojni nosilec – če zakonodaja države članice začasnega bivališča ne določa celotne povrnitve stroškov bolnišničnega zdravljenja v tej državi članici, povrnitev pacientu glede na položaj, v katerem bi bil, če bi mu bila nacionalna zdravstvena služba v medicinsko sprejemljivem obdobju sposobna brezplačno zagotoviti zdravljenje, enakovredno tistemu v državi članici začasnega bivališča – dodatno dolžan pacientu plačati razliko med objektivno izračunanim stroškom tega enakovrednega zdravljenja do višine celotnega zneska, plačanega za prejeto zdravljenje v državi članici začasnega bivališča, na eni strani in višino povrnitve stroškov nosilca te države članice, opravljenega na podlagi zakonodaje te države, na drugi strani, in sicer kadar je prvi znesek višji od drugega.

132 V nasprotju s trditvami Y. Watts iz njenih pisnih stališč bi obveznost pristojnega nosilca, da v vseh okoliščinah krije celotno razliko med zneskom stroška bolnišničnega zdravljenja v državi članici začasnega bivališča in zneskom povrnitve nosilca te države članice ob uporabi določb le-te – vključno v primeru, ko je strošek tega zdravljenja višji od stroška v pristojni državi članici enakovrednega stroška – bi pacientu dajalo večje kritje, kot izhaja iz pravice, ki jo ima na podlagi nacionalne zdravstvene službe, ki ji pripada.

133 V okviru take zakonodaje, kot je ta v postopku v glavni stvari, ki – kot izhaja iz predložitvene odločbe (glej točko 22 te sodbe) – vsebuje pravila za določitev višine stroškov, ki jih je načeloma treba zaračunati določenim tujim pacientom in pobrati od njih za opravljeno zdravljenje v bolnišničnih ustanovah, ki pripadajo nacionalni zdravstveni službi, so navedena pravila lahko koristni napotki za določitev – le-ta je potrebna za izračun, naveden v točki 131 te sodbe – stroška, ki ga v pristojni državi članici predstavlja v ustanovi, ki pripada tej službi, opravljeno bolnišnično zdravljenje, enakovredno opravljenemu zdravljenju pacienta v državi članici začasnega bivališča.

134 V zvezi s stroški potovanja in nastanitve je treba glede ureditve odobritve, določene v členu 22(1)(c)(i) Uredbe št. 1408/71, poudariti, da ta določba daje pacientu pravico do „storitev“, ki jih v imenu pristojnega nosilca ponuja nosilec države članice začasnega bivališča v skladu z določbami, ki jih izvaja navedena država.

135 Kot izhaja iz besedila člena 22(2), drugi pododstavek, Uredbe št. 1408/71, ima odstavek 1(c)(i) istega člena za edini cilj pacientom, ki pripadajo zakonodaji države članice in imajo odobritev pristojnega nosilca, omogočiti dostop do „zdravljenja“ v drugi državi članici pod prav tako ugodnimi pogoji povrnitve stroškov, kot veljajo za paciente, za katere velja zakonodaja te druge države članice (glej zgoraj navedeni sodbi Vanbraekel in drugi, točka 32, in Inizan, točka 21).

136 Obveznost, ki jo ima na podlagi členov 22 in 36 Uredbe št. 1408/71 pristojni nosilec, se torej nanaša izključno na stroške, povezane z zdravstvenim varstvom, ki ga je pacient prejel v državi članici začasnega bivališča, in sicer – v primeru bolnišničnega zdravljenja – same stroške zdravniške storitve in stroške, neločljivo povezane z bivanjem pacienta v bolnišnici za potrebe njegovega zdravljenja.

137 Bistvena značilnost „storitev“ v smislu Uredbe št. 1408/71 je namreč ta, da so le-te namenjene „kritju zdravljenja, ki ga je prejel zavarovanec“, in sicer z neposrednim plačilom ali povrnitvijo „medicinskih stroškov“, nastalih v pacientovi državi (glej, v okviru zakonske ureditve socialnega zavarovanja za primer odvisnosti od pomoči, sodbo z dne 5. marca 1998 v zadevi Molenaar, C-160/96, Recueil, str. I-843, točki 32 in 34).

138 Cilj člena 22 Uredbe št. 1408/71 torej ni urejanje vprašanja takih dodatnih stroškov, kot so stroški potovanja in morebitna zunajbolnišnična nastanitev, ki jih ima pacient, ki mu pristojni nosilec odobri, da gre na zdravljenje, ustrezno njegovemu zdravstvenemu stanju, v drugo državo članico; zato ta člen ne določa – vendar tudi ne prepoveduje – povrnitve takih stroškov. V takih okoliščinah je treba preučiti, ali obveznost takega kritja izhaja iz člena 49 ES (glej po analogiji zgoraj navedeno sodbo Vanbraekel in drugi, točka 37).

139 V zvezi s tem iz sodne prakse, navedene v točki 94 te sodbe, izhaja, da zakonodaja države članice ne sme – sicer bi kršila člen 49 ES – izključiti povrnitve dodatnih stroškov, ki so nastali pacientu, ki mu je bilo odobreno, da gre na bolnišnično zdravljenje v drugo državo članico, medtem ko ta zakonodaja določa povrnitev teh stroškov, če gre za zdravljenje v ustanovi, ki pripada zadevnemu nacionalnemu sistemu.

140 Nasprotno država članica na podlagi člena 49 ES ni dolžna svojim pristojnim nosilcem naložiti obveznosti povrnitve dodatnih stroškov, nastalih zaradi čezmejnega potovanja, odobrenega iz zdravstvenih razlogov, medtem ko taka obveznost glede takih stroškov ne obstaja, če so ti povezani z gibanjem znotraj nacionalnega ozemlja.

141 V teh okoliščinah mora predložitveno sodišče preveriti, ali britanska ureditev določa povrnitev dodatnih stroškov, povezanih s takim gibanjem znotraj Združenega kraljestva.

142 Če je tako, ima pacient, ki mu je bilo odobreno, da gre na bolnišnično zdravljenje v drugo državo članico, ali čigar zahteva za odobritev je bila zavrnjena, pa se je pozneje izkazalo, da zavrnitev ni upravičena, pravico – kot je poudarila belgijska vlada v pisnih stališčih in kot je navedel generalni pravobranilec v točki 118 sklepnih predlogov – zahtevati povrnitev dodatnih stroškov, povezanih s tem čezmejnim medicinskim potovanjem, pod enakimi objektivnimi in transparentnimi pogoji in omejitvami, kot jih pristojna zakonodaja določa za povrnitev dodatnih stroškov, povezanih z zdravljenjem v pristojni državi članici (glej v tem smislu sodbo z dne 18. marca 2004 v zadevi Leichtle, C-8/02, Recueil, str. I-2641, predvsem točke od 41 do 48).

143 Glede na navedeno je na šesto vprašanje treba odgovoriti:

– člen 49 ES je treba razlagati tako, da je pristojni nosilec v primeru, da zakonodaja pristojne države članice določa brezplačnost bolnišničnega zdravljenja, zagotovljenega v okviru nacionalne zdravstvene službe, in da zakonodaja države članice – v kateri je bilo pacientu, ki pripada navedeni službi, odobreno ali bi mu moralo biti odobreno bolnišnično zdravljenje na stroške te službe – ne določa celotne povrnitve stroškov navedenega zdravljenja, dolžan pacientu plačati morebitno razliko med objektivno izračunanim stroškom tega enakovrednega zdravljenja v ustanovi, ki pripada zadevni službi, do višine celotnega zneska, plačanega za prejeto zdravljenje v državi članici začasnega bivališča, na eni strani in višino stroškov, ki jo je nosilec te zadnje države članice na podlagi člena 22(1)(c)(i) Uredbe št. 1408/71 dolžan povrniti v imenu pristojnega nosilca v skladu z zakonodajo te države članice, na drugi strani;

– člen 22(1)(c)(i) Uredbe št. 1408/71 je treba razlagati tako, da se pravica, ki jo ta določba daje pacientu, nanaša izključno na stroške, povezane z zdravljenjem, ki ga je ta pacient prejel v državi članici začasnega bivališča, in sicer – v primeru

bolnišničnega zdravljenja – stroške same zdravniške storitve in stroške, neločljivo povezane z bivanjem pacienta v bolnišnici;

– člen 49 ES je treba razlagati tako, da ima pacient, ki mu je bilo odobreno, da gre na bolnišnično zdravljenje v drugo državo članico, ali čigar zahteva za odobritev je bila zavrnjena, pa se je kasneje izkazalo, da zavrnitev ni upravičena, pravico od pristojnega nosilca zahtevati povrnitev dodatnih stroškov, povezanih s tem čezmejnim potovanjem iz medicinskih razlogov, samo v primeru, da zakonodaja pristojne države članice nacionalnemu sistemu določa obveznost temu ustrezne povrnitve v okviru zdravljenja, zagotovljenega v lokalni ustanovi, ki pripada navedenemu sistemu.

Sedmo vprašanje

144 Predložitveno sodišče s tem vprašanjem sprašuje, ali je člen 49 ES in člen 22 Uredbe št. 1408/71 treba razumeti tako, da državam članicam nalagata obveznost financiranja bolnišničnega zdravljenja v drugih državah članicah, neupoštevaje pri tem proračunske omejitve, in če je tako, ali je ta zahteva v skladu s členom 152(5) ES.

145 V zvezi s tem je treba najprej poudariti, da – kot je razvidno iz ugotovitev v okviru odgovorov na prvih šest vprašanj – se zahteve, ki izhajajo iz člena 49 ES in člena 22 Uredbe št. 1408/71 ne smejo razumeti tako, da državam članicam nalagajo obveznost povrnitve stroškov bolnišničnega zdravljenja v drugih državah članicah, neupoštevaje pri tem vsakršne proračunske dejavnike, ampak nasprotno temeljijo na uravnoteženosti med ciljem prostega gibanja pacientov na eni strani in nacionalne potrebe po upravljanju razpoložljivih bolnišničnih zmogljivosti, nadzoru zdravstvenih stroškov in finančnem ravnotežju sistema socialne varnosti na drugi strani.

146 Dalje je treba poudariti, da člen 152(5) ES določa, da je pri dejavnosti Skupnosti na področju javnega zdravja v celoti upoštevana odgovornost držav članic za organizacijo in zagotavljanje zdravstvenih storitev in zdravstvenega varstva.

147 Ta določba pa vendar ne izključuje možnosti, da so države članice na podlagi takih drugih določb Pogodbe, kot je člen 49 ES, ali na podlagi takih ukrepov Skupnosti, sprejetih na podlagi drugih določb Pogodbe, kot je člen 22 Uredbe št. 1408/71, dolžne prilagoditi svoj nacionalni sistem socialne varnosti, ne da bi to posegalo v njihovo suvereno pristojnost na tem področju (glej v tem smislu zgoraj navedeno sodbo Müller-Fauré in van Riet, točka 102; glej tudi po analogiji sodbo z dne 5. oktobra 2000 v zadevi Nemčija proti Parlamentu in Svetu, C-376/98, Recueil, str. I-8419, točka 78).

148 Glede na navedeno je na sedmo vprašanje treba odgovoriti tako, da obveznost pristojnega nosilca – ki jo ima ta tako na podlagi člena 22 Uredbe št. 1408/71 kot člena 49 ES – da pacientu, ki pripada nacionalni zdravstveni službi, odobri bolnišnično zdravljenje, na stroške tega nosilca, v drugi državi članici, kadar čakalna doba presega z vidika medicinsko objektivne presoje zdravstvenega stanja in kliničnih potreb zadevnega pacienta sprejemljivo obdobje, ne krši člena 152(5) ES.

Stroški

149 Ker je ta postopek za stranki v postopku v glavni stvari ena od stopenj v postopku pred predložitvenim sodiščem, to odloči o stroških. Stroški, priglašeni za predložitev stališč Sodišču, ki niso stroški omenjenih strank, se ne povrnejo.

Iz teh razlogov je Sodišče (veliki senat) razsodilo:

1. **Člen 22(2), drugi pododstavek, Uredbe Sveta (EGS) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti, kakor je bila spremenjena in posodobljena z Uredbo Sveta (ES) št. 118/97 z dne 2. decembra 1996, je treba razlagati tako, da mora pristojni nosilec – da lahko odobritev iz odstavka 1(c) tega člena upravičeno zavrne zaradi obstoja čakalne dobe za bolnišnično zdravljenje – ugotoviti, da to obdobje ne presega obdobja, sprejemljivega z vidika objektivne medicinske presoje kliničnih potreb zadevne osebe glede na njeno celotno zdravstveno stanje ob vložitvi zahteve za odobritev ali ponovitvi take zahteve.**

2. **Člen 49 ES se uporablja v situaciji, v kateri oseba, ki zaradi zdravstvenega stanja potrebuje bolnišnično zdravljenje, odide v drugo državo članico in tam prejme tako zdravljenje proti plačilu, ne da bi bilo pri tem treba presojati, ali so storitve bolnišničnega zdravljenja, opravljene v okviru nacionalnega sistema, ki mu pripada ta oseba, storitve v smislu določb o svobodi opravljanja storitev.**

   Člen 49 ES je treba razlagati tako, da ne nasprotuje temu, da je povrnitev stroškov bolnišničnega zdravljenja, zagotovljenega v ustanovi s sedežem v drugi državi članici, pogojena s predhodno odobritvijo pristojnega nosilca.

   Zavrnitev predhodne odobritve ne more temeljiti samo na obstoju čakalnih list, namenjenih načrtovanju in upravljanju bolnišnične ponudbe glede na klinične prednosti, predhodno določene na splošno, ne da bi se

opravila medicinsko objektivna presoja zdravstvenega stanja pacienta, njegove anamneze, verjetnega razvoja njegove bolezni, stopnje njegovih bolečin in/ali narave njegove prizadetosti ob vložitvi zahteve za odobritev ali ponovitvi take zahteve.

Če čakalna doba, ki izhaja iz takih čakalnih list, presega obdobje, ki je glede na objektivno medicinsko presojo navedenih dejavnikov primerno, pristojni nosilec ne more zavrniti zahtevane odobritve, sklicujoč se pri tem na obstoj teh čakalnih list, na domnevno porušenje normalnega vrstnega reda prednosti, povezanih s stopnjo nujnosti glede na posamezne primere, na brezplačnost bolnišničnega zdravljenja, zagotovljenega v okviru zadevnega nacionalnega sistema, na obveznost zagotoviti posebna finančna sredstva za povrnitev stroškov načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici in/ali na primerjavo stroškov tega zdravljenja s stroški primerljivega zdravljenja v pristojni državi članici.

3. **Člen 49 ES je treba razlagati tako, da je pristojni nosilec v primeru, da zakonodaja pristojne države članice določa brezplačnost bolnišničnega zdravljenja, zagotovljenega v okviru nacionalne zdravstvene službe, in da zakonodaja države članice – v kateri je bilo pacientu, ki pripada navedeni službi, odobreno ali bi mu moralo biti odobreno bolnišnično zdravljenje na stroške te službe – ne določa celotne povrnitve stroškov navedenega zdravljenja, dolžan pacientu plačati morebitno razliko med objektivno izračunanim stroškom tega enakovrednega zdravljenja v ustanovi, ki pripada zadevni službi, do višine celotnega zneska, plačanega za prejeto zdravljenje v državi članici začasnega bivališča, na eni strani in višino stroškov, ki jo je nosilec te zadnje države članice na podlagi člena 22(1)(c)(i) Uredbe št. 1408/71 dolžan povrniti v imenu pristojnega nosilca v skladu z zakonodajo te države članice, na drugi strani.**

Člen 22(1)(c)(i) Uredbe št. 1408/71 je treba razlagati tako, da se pravica, ki jo ta določba daje pacientu, nanaša izključno na stroške, povezane z zdravstvenim varstvom, ki ga je ta pacient prejel v državi članici začasnega bivališča, in sicer – pri bolnišničnem zdravljenju – stroške same zdravniške storitve in stroške, neločljivo povezane z bivanjem pacienta v bolnišnici.

Člen 49 ES je treba razlagati tako, da ima pacient, ki mu je bilo odobreno, da gre na bolnišnično zdravljenje v drugo državo članico, ali čigar zahteva za odobritev je bila zavrnjena, pa se je pozneje izkazalo, da zavrnitev ni upravičena, pravico od pristojnega nosilca zahtevati povrnitev dodatnih stroškov, povezanih s tem čezmejnim potovanjem iz medicinskih razlogov, samo če zakonodaja pristojne države članice nacionalnemu sistemu določa obveznost temu ustrezne povrnitve v okviru zdravljenja, zagotovljenega v lokalni ustanovi, ki pripada navedenemu sistemu.

4. **Obveznost pristojnega nosilca – ki jo ima ta tako na podlagi člena 22 Uredbe št. 1408/71, kakor je bila spremenjena in posodobljena z Uredbo št. 118/97, kot člena 49 ES – da pacientu, ki pripada nacionalni zdravstveni službi, odobri bolnišnično zdravljenje na stroške tega nosilca v drugi državi članici, kadar čakalna doba presega z vidika medicinsko objektivne presoje zdravstvenega stanja in kliničnih potreb zadevnega pacienta sprejemljivo obdobje, ne krši člena 152(5) ES.**

Podpisi