WYROK TRYBUNAŁU (wielka izba)

z dnia 5 października 2010 r.*

W sprawie C-512/08

mającej za przedmiot skargę o stwierdzenie, na podstawie art. 226 WE, uchybienia zobowiązaniom państwa członkowskiego, wniesioną w dniu 25 listopada 2008 r.,

Komisja Europejska, reprezentowana przez N. Yerrell oraz przez G. Rozeta i E. Traversę, działających w charakterze pełnomocników, z adresem do doręczeń w Luksemburgu,

strona skarżąca,

przeciwko

Republice Francuskiej, reprezentowanej przez A. Czubinski oraz G. de Bergues'a, działających w charakterze pełnomocników,

strona pozwana,

* Język postępowania: francuski.

popieranej przez:

Królestwo Hiszpanii, reprezentowane przez J.M. Rodrígueza Cárcama, działającego w charakterze pełnomocnika,

Republikę Finlandii, reprezentowaną przez A. Guimaraes-Purokoski, działającą w charakterze pełnomocnika,

Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, reprezentowane przez I. Rao, a następnie przez S. Ossowskiego, działających w charakterze pełnomocników, wspieranych przez M.E. Demetriou, barrister,

interwenienci,

TRYBUNAŁ (wielka izba),

w składzie: V. Skouris, prezes, A. Tizzano, J.N. Cunha Rodrigues, K. Lenaerts (sprawozdawca), J.C. Bonichot i C. Toader, prezesi izb, K. Schiemann, P. Kūris, E. Juhász, G. Arestis, A. Arabadjiev, J.J. Kasel i M. Safjan, sędziowie,

rzecznik generalny: E. Sharpston,
sekretarz: M.A. Gaudissart, kierownik wydziału,

uwzględniając procedurę pisemną i po przeprowadzeniu rozprawy w dniu 2 marca 2010 r.,

po zapoznaniu się z opinią rzecznika generalnego na posiedzeniu w dniu 15 lipca 2010 r.,

wydaje następujący

Wyrok

1 Komisja Wspólnot Europejskich wnosi w skardze do Trybunału o stwierdzenie, że uzależniając na podstawie art. R.332-4 code de la sécurité sociale (kodeksu zabezpieczenia społecznego) refundację świadczeń zdrowotnych udzielanych poza szpitalem, do których niezbędne jest użycie aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów określonej w art. R.712-2-II code de la santé publique (kodeksu zdrowia publicznego) (obecnie art. R.6122-26 kodeksu), od uzyskania uprzedniej zgody oraz nie przewidując we wspomnianym art. R-332-4 lub w treści jakiegokolwiek innego przepisu prawa francuskiego możliwości przyznania pacjentowi objętemu francuskim systemem ubezpieczeń społecznych uzupełniającej refundacji na warunkach określonych w pkt 53 wyroku z dnia 12 lipca 2001 r. w sprawie C-368/98 Vanbraekel i in., Rec. s. I-5363, Republika Francuska uchybiła zobowiązaniom ciążącym na niej na mocy art. 49 WE.

Ramy prawne

Prawo Unii

2 Artykuł 22 ust. 1 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie, w brzmieniu zmienionym i zaktualizowanym rozporządzeniem Rady (WE) nr 118/97 z dnia 2 grudnia 1996 r. (Dz.U. 1997, L 28, s. 1), w brzmieniu zmienionym ostatnio rozporządzeniem (WE) nr 1992/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. (Dz.U. L 392, s. 1, zwanego dalej „rozporządzeniem nr 1408/71") stanowi:

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

a) której warunki [stan] wymagają [wymaga] świadczeń niepieniężnych, które stają się niezbędne z przyczyn medycznych podczas pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego, biorąc pod uwagę charakter świadczeń oraz spodziewaną długość pobytu;

lub

[…]

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

ma prawo:

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

[…]".

Prawo krajowe

Kodeks zabezpieczenia społecznego

3 Pokrywanie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom objętych francuskim systemem ubezpieczeń społecznych poza granicami Francji uregulowane jest w szczególności w art. R.332-3 i R.332-4 kodeksu zabezpieczenia społecznego, dodanych do kodeksu przez décret nº 2005-386, du 19 avril 2005, relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie: décrets en Conseil d'État) [dekret nr 2005-386 z dnia 19 kwietnia 2005 r. w sprawie pokrywania kosztów leczenia poza terytorium Francji i zmiany kodeksu zabezpieczenia społecznego (część druga: dekrety rady stanu] (JORF z dnia 27 kwietnia 2005 r., s. 7321).

4 Wymienione artykuły kodeksu zabezpieczenia społecznego stanowią:

„Artykuł R.332-3

Kasy ubezpieczeń zdrowotnych dokonują refundacji kosztów leczenia osób ubezpieczonych oraz osób objętych ich ubezpieczeniem w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub będącym stroną Porozumienia o Europejskim Obszarze Gospodarczym na takich samych warunkach, jak w przypadku gdyby leczenie takie przeprowadzone było na terenie Francji, z zastrzeżeniem, że kwota refundowana nie może przekraczać kwoty wydatków poniesionych przez ubezpieczonego oraz z zastrzeżeniem korekt określonych w art. R.332-4 do R.332-6.

Artykuł R.332-4

Z wyjątkiem leczenia w nieprzewidzianych przypadkach kasy ubezpieczeń zdrowotnych mogą dokonywać refundacji kosztów leczenia szpitalnego lub leczenia, do którego niezbędna jest aparatura medyczna wymagająca znacznych nakładów, o której mowa w części II art. R.712-2 kodeksu zdrowia publicznego, któremu poddały się osoby ubezpieczone oraz osoby objęte ich ubezpieczeniem w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie będącym stroną Porozumienia o Europejskim Obszarze Gospodarczym, odpowiedniego do ich stanu, jedynie po uzyskaniu uprzedniej zgody.

Udzielenia wspomnianej zgody można odmówić jedynie w jednej z poniższych okoliczności:

1) przewidywane leczenie nie znajduje się na liście świadczeń refundowanych zgodnie z przepisami prawa francuskiego;

2) takie samo lub równie skuteczne leczenie może zostać podjęte w odpowiednim terminie we Francji, mając na względzie stan zdrowia pacjenta i przewidywany postęp choroby.

Osoba ubezpieczona występuje z wnioskiem o udzielenie zgody do kasy chorych, do której należy. Decyzję wydaje organ ds. kontroli medycznej. Decyzję doręcza się w terminie odpowiednim w stosunku do tego, jak pilna jest sytuacja, oraz do dostępności planowanych świadczeń, najpóźniej w terminie dwóch tygodni od wpłynięcia wniosku. Brak odpowiedzi w terminie dwóch tygodni jest równoznaczny z udzieleniem zgody.

Decyzji odmownych udziela się z uzasadnieniem i przysługuje od nich odwołanie na zasadach ogólnych do właściwego sądu do spraw zabezpieczeń społecznych. Jednak sprzeciwy wobec powyższych decyzji, dotyczące dokonanej przez lekarza orzecznika oceny stanu zdrowia pacjenta oraz oceny, czy charakter planowanych świadczeń jest odpowiedni do jego stanu lub czy leczenie dostępne we Francji jest takie samo lub równie skuteczne, podlegają ekspertyzie medycznej przeprowadzanej na warunkach określonych w księdze I tytuł IV rozdział I niniejszego kodeksu".

5 W przedmiocie zastosowania dekretu nr 2005-386 wydano pismo okólne DSS/DACI/2005/235 z dnia 19 maja 2005 r. (zwane dalej „pismem okólnym z dnia 19 maja 2005 r."), które stanowi, co następuje:

„Dekret nr 2005-386 […] domyka proces włączenia do prawa krajowego orzecznictwa wspólnotowego w zakresie swobody świadczenia usług oraz swobodnego przepływu towarów w dziedzinie opieki zdrowotnej.

[…]

Dekret określa warunki pokrywania kosztów świadczeń zdrowotnych uzyskanych za granicą, w zależności od obszaru geograficznego, na którym ich udzielono: […] art. 3 ustanawia cztery nowe artykuły (R.332-3, R.332-4, R.332-5 i R.332-6) zawierające szczególną regulację świadczeń zdrowotnych uzyskanych w [Unii Europejskiej – Europejskim Obszarze Gospodarczym] UE–EOG.

[…]

II — Pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych uzyskanych w UE–EOG (art. R.332-3, R.332-4, R.332-5, R.332-6)

Wymienione cztery nowe artykuły dotyczą świadczeń zdrowotnych uzyskanych w UE–EOG.

Składają się na nie: jeden artykuł będący przepisem ogólnym, potwierdzający zasadę pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych uzyskanych w innym państwie członkowskim oraz trzy artykuły dostosowujące, odnoszące się do szczególnych sytuacji.

[…]

B — Dostosowania szczególne (art. R.332-4, R.332-5 i R.332-6)

Artykuły R.332-4, R.332-5 i R.332-6 uzupełniają art. R.332-3, dostosowując zasadę zawartą w ww. artykule odpowiednio do następujących sytuacji:

1 — Szpitalne świadczenia zdrowotne (art. R.332-4)

— Artykuł R.332-4 obejmuje refundację szpitalnych świadczeń zdrowotnych i korzystania z aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów – w rodzaju MRI, skanera PET itp. – wymienionej w części II art. R.712-2 kodeksu zdrowia publicznego […], do których możliwe jest uzyskanie dostępu poza szpitalem, w gabinecie prywatnym.

— Artykuł ten nie ma zastosowania do świadczeń zdrowotnych udzielanych w nieprzewidzianych wypadkach w trakcie pobytu czasowego (w celach zawodowych, rodzinnych, turystycznych itp.), których koszt powinien zostać pokryty na podstawie rozporządzeń [(EWG)] nr 1408/71 i nr 574/72 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w Europie, bez względu na to, czy osoba ubezpieczona przedstawiła w państwie, w którym udzielono świadczeń zdrowotnych, dokument wspólnotowy zaświadczający o tym, że jest uprawniona do świadczeń.

— Pokrycie kosztów szpitalnych świadczeń zdrowotnych i korzystania z aparatury wymagającej znacznych nakładów nadal wymaga uzyskania uprzedniej zgody instytucji ubezpieczeniowej osoby ubezpieczonej, która planuje uzyskać te świadczenia w UE–EOG.

— Ograniczenie to zostało dopuszczone przez [Trybunał Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich], ponieważ szpitalne świadczenia zdrowotne, jak również korzystanie z aparatury wymagającej znacznych nakładów mogą poważnie zagrozić, w razie całkowitej swobody dostępu poza terytorium krajowym, organizacji systemu ochrony zdrowia lub równowadze finansowej systemu zabezpieczenia społecznego państwa, w którym dana osoba jest ubezpieczona.

Jednakże w praktyce kasy chorych nie powinny planowo odmawiać wydania uprzedniej zgody na tego rodzaju świadczenia zaplanowane w innym państwie członkowskim.

Nie można bowiem odmówić uprzedniej zgody, jeżeli planowane świadczenia zdrowotne znajdują się na liście świadczeń refundowanych we Francji i jeżeli wspomniane świadczenia, lub leczenie o równoważnym skutku, nie są dostępne w odpowiednim czasie, tj. w terminie możliwym do przyjęcia ze względu na stan zdrowia pacjenta lub prawdopodobny postęp jego choroby.

[…]

— Oczywiście decyzje odmowne muszą być wydane z uzasadnieniem. [Trybunał Sprawiedliwości] nie dopuszcza, aby w razie odmowy wydania uprzedniej zgody decyzja nie wskazywała dokładnie ubezpieczonemu powodów, dla których nie zezwala mu się na uzyskanie świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim. Tak więc samej tylko wzmianki, bez dodatkowych wyjaśnień, o istnieniu świadczeń zdrowotnych, które mogą zostać udzielone we Francji w odpowiednim czasie, nie można uznać za wystarczającą w świetle wymogów [Trybunału Sprawiedliwości]. W decyzjach odmownych muszą zatem zostać podane, gdy w odpowiedzi informuje się wnioskodawcę, że we Francji może zostać przeprowadzone leczenie o równoważnym skutku, fakty będące podstawą tego twierdzenia. Użyteczne może okazać się w szczególności przekazanie wykazu placówek lub specjalistów ochrony zdrowia, mogących udzielić pacjentowi niezbędnych świadczeń w wymaganym terminie.

— W regionach, w których występuje niedobór w zakresie określonych szpitalnych świadczeń zdrowotnych lub określonej aparatury wymagającej znacznych nakładów, kasy chorych powinny programowo udzielać zgody na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych niektórych kategorii, zaplanowanych w UE–EOG. Kolejne pismo okólne określi regiony i rodzaje szpitalnych świadczeń zdrowotnych lub aparatury wymagającej znacznych nakładów, których dotyczy niniejsze postanowienie".

6 Pismo okólne z dnia 19 maja 2005 r. zostało zmienione i uzupełnione pismem okólnym DSS/DACI/2008/242 z dnia 21 lipca 2008 r. w sprawie pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych uzyskanych w innym państwie członkowskim UE–EOG (zwanym dalej „pismem okólnym z dnia 21 lipca 2008 r."), w którym wskazano w szczególności, że „[…] chociaż orzeczenie [w sprawie Vanbraekel i in.] z chwilą obecną jest już stosowane przez kasy chorych", napotykają one na liczne przeszkody w konkretnych przypadkach. W omawianym piśmie okólnym właściwy minister „zwraca się jednak [do osób odpowiedzialnych za właściwe instytucje] o dalsze dokładanie niezbędnych starań, by stosować uzupełnienie pokrywające różnicę, w razie gdy ubezpieczony o to wystąpi".

Kodeks zdrowia publicznego

7 Artykuł L. 6121-1 kodeksu zdrowia publicznego stanowi:

„Plan organizacji opieki zdrowotnej ma na celu przewidywanie i powodowanie niezbędnych zmian oferty prewencyjnych, terapeutycznych i paliatywnych świadczeń zdrowotnych, w celu zaspokajania potrzeb ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. Obejmuje również udzielanie świadczeń w celu opieki nad ciężarnymi i noworodkami.

Plan organizacji opieki zdrowotnej ma na celu spowodowanie dostosowania i uzupełnienia oferty świadczeń zdrowotnych, a także nawiązywania współpracy, zwłaszcza między placówkami opieki zdrowotnej. Określa on cele zmierzające do poprawy jakości, dostępności i wydajności służby zdrowia.

Plan uwzględnia zestawienie środków, którymi dysponują placówki opieki zdrowotnej, z prywatną praktyką lekarską i sektorem medyczno-socjalnym i socjalnym, a także świadczenia zdrowotne oferowane w regionach sąsiadujących i przygranicznych.

Minister właściwy do spraw opieki zdrowotnej określi w rozporządzeniu listę dziedzin, rodzajów działalności z zakresu opieki zdrowotnej i aparatury wymagającej znacznych nakładów, które plan organizacji opieki zdrowotnej musi obejmować.

Plan organizacji opieki zdrowotnej tworzony jest na podstawie oceny potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej ludności i ich ewolucji, z uwzględnieniem danych demograficznych i epidemiologicznych oraz postępu technicznego w medycynie, oraz po dokonaniu ilościowej i jakościowej analizy istniejącej oferty świadczeń zdrowotnych.

Plan organizacji opieki zdrowotnej może w każdej chwili zostać skorygowany w całości lub w części. Co najmniej co pięć lat poddawany jest przeglądowi".

8 Artykuł L. 6122-1 omawianego kodeksu stanowi:

„Projekty związane z tworzeniem zakładów opieki zdrowotnej, wprowadzaniem, zmianą lub łączeniem świadczeń zdrowotnych, w tym metod alternatywnych do hospitalizacji, a także wyposażaniem w aparaturę medyczną wymagającą znacznych nakładów wymagają uprzedniej zgody regionalnej agencji ds. szpitalnictwa.

Wykaz działalności z zakresu świadczeń zdrowotnych oraz aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów, podlegających wymogowi uzyskania zgody, określa się za pomocą dekretu rady stanu".

9 Artykuł R.6122-26 kodeksu zdrowia publicznego, w którym powtórzono treść przepisów art. R.712-2-II kodeksu, stanowi:

„Następująca aparatura medyczna wymagająca znacznych nakładów podlega obowiązkowi uzyskania zgody, o której mowa w art. L. 6122-1:

1) kamera scyntylacyjna z detektorem koincydencji emisji pozytonów lub bez takiego detektora, tomograf emisyjny lub kamera pozytonowa;

2) aparatura do obrazowania lub spektrometr magnetycznego rezonansu jądrowego do użytku klinicznego;

3) skaner medyczny;

4) komora hiperbaryczna;

5) cyklotron do użytku medycznego".

Postępowanie poprzedzające wniesienie skargi

10 W następstwie otrzymanej skargi Komisja skierowała dnia 18 października 2006 r. do Republiki Francuskiej wezwanie do usunięcia uchybienia, w którym zarzucała brak zgodności art. R.332-4 kodeksu zabezpieczenia społecznego z art. 49 WE, zgodnie z jego wykładnią wypracowaną przez Trybunał. Podniesiono w niej trzy konkretne zarzuty na poparcie tej tezy, a mianowicie:

— wymóg uzyskania uprzedniej zgody na refundację niektórych pozaszpitalnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w innym państwie członkowskim;

— brak przepisu wymagającego wysłania do wnioskodawcy potwierdzenia otrzymania wniosku o wydanie uprzedniej zgody na pokrycie kosztów szpitalnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w innym państwie członkowskim oraz

— brak przepisu pozwalającego przyznać osobie objętej francuskim systemem ubezpieczeń społecznych uzupełniającej refundacji na warunkach określonych w pkt 53 ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in.

11 Punkt 53 ww. wyroku brzmi następująco:

„[…]

Wykładni art. [49 WE] należy dokonywać w ten sposób, że jeżeli kwota refundowana kosztów poniesionych w związku z usługami szpitalnymi świadczonymi w państwie członkowskim pobytu, skalkulowana na podstawie przepisów obowiązujących w tym państwie, jest niższa od kwoty, która zostałaby wypłacona na podstawie ustawodawstwa obowiązującego w państwie członkowskim ubezpieczenia w przypadku hospitalizacji przeprowadzonej na jego terytorium, instytucja właściwa ma obowiązek przyznać osobie objętej ubezpieczeniem społecznym uzupełniającą refundację w wysokości równej tej różnicy".

12 Pismem z dnia 1 marca 2007 r. Republika Francuska odpowiedziała na wezwanie do usunięcia uchybienia.

13 W odniesieniu do pierwszego zarzutu wspomniane państwo członkowskie poinformowało, że zamierza zmienić art. R.332-4 kodeksu zabezpieczenia społecznego, tak jak tego wymaga Komisja, oraz wydać, na czas, zanim zmiana zostanie wprowadzona, pismo okólne w celu zapewnienia poszanowania wymogów wynikających z prawa Unii.

14 Republika Francuska zakwestionowała zasadność drugiego zarzutu, podnosząc, że francuskie instytucje ubezpieczeń społecznych mają obowiązek, jako organy administracji objęte krajowymi przepisami dotyczącymi praw obywatela wobec administracji, wydania osobie występującej z wnioskiem o udzielenie uprzedniej zgody na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych planowanych w innym państwie członkowskim potwierdzenia otrzymania wniosku zawierającego w szczególności datę otrzymania wniosku i termin, po którego upływie wniosek można uznać za rozpatrzony pozytywnie.

15 W odniesieniu do trzeciego zarzutu Republika Francuska podniosła, że wskazana przez Komisję okoliczność wynika z braku pewności co do dokładnego zakresu ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in., który powinien stać się przedmiotem dyskusji między państwami członkowskimi na szczeblu Rady Unii Europejskiej. Odsyłając do pisma okólnego DSS/DACI/2003/286 z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie stosowania przepisów w celu zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych osobom objętych francuskim systemem ubezpieczeń społecznych w Unii Europejskiej i Europejskim Obszarze Gospodarczym (zwanego dalej „pismem okólnym z dnia 16 czerwca 2003 r."), wspomniane państwo członkowskie dodało jednak, że nie ma w żadnym razie zamiaru ukrywania przed rzeczonymi ubezpieczonymi istnienia uprawnienia do uzupełniającej refundacji, proklamowanego w przytoczonym wyroku. Podkreśliło ponadto, że francuskie władze administracyjne nadają temu wyrokowi szeroki zakres zgodnie z orzecznictwem Cour de cassation (sądu kasacyjnego).

16 W świetle zawartych w odpowiedzi informacji Komisja skierowała w dniu 23 października 2007 r. do Republiki Francuskiej uzasadnioną opinię, w której wskazała po pierwsze, że odstępuje od drugiego zarzutu przedstawionego w wezwaniu do usunięcia uchybienia, a po drugie, że podtrzymuje pozostałe dwa zarzuty, oraz wezwała wspomniane państwo członkowskie do podjęcia niezbędnych środków w celu zastosowania się do uzasadnionej opinii w terminie dwóch miesięcy od jej otrzymania.

17 W odpowiedzi na uzasadnioną opinię z dnia 13 grudnia 2007 r. Republika Francuska poinformowała o mającym wkrótce nastąpić wydaniu dekretu zmierzającego do dostosowania art. R.332-4 kodeksu zabezpieczenia społecznego do wymogów prawa Unii oraz uzupełnienia art. od R.332-2 do R.332-6 tegoż kodeksu w zakresie prawa

do uzupełniającej refundacji przewidzianego w ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in. Wskazała ona również, że dobiegają końca prace nad pismem okólnym mającym zastąpić pismo okólne z dnia 19 maja 2005 r.

18 W następstwie ponaglenia skierowanego przez Komisję w dniu 10 czerwca 2008 r. Republika Francuska przekazała jej pismo okólne z dnia 21 lipca 2008 r. Ponadto poinformowała ona o szeregu problemów technicznych opóźniających ostateczne przyjęcie reformy kodeksu zabezpieczenia społecznego, którą zapowiadała w odpowiedzi na uzasadnioną opinię.

19 Ponieważ Komisja nie uznała powyższych wyjaśnień za zadowalające, postanowiła ona wnieść skargę w niniejszej sprawie.

W przedmiocie skargi

W przedmiocie pierwszego zarzutu, dotyczącego wymogu uzyskania uprzedniej zgody na pokrycie kosztów pozaszpitalnych świadczeń zdrowotnych zaplanowanych w innym państwie członkowskim oraz świadczeń, do których niezbędne jest użycie aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów

Argumentacja stron

20 Komisja podnosi, że wymóg uzyskania uprzedniej zgody w celu pokrycia przez właściwą instytucję kosztów świadczeń zdrowotnych dostępnych w prywatnym gabinecie w innym państwie członkowskim, do których niezbędne jest użycie aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów, stanowi ograniczenie swobody świadczenia usług.

21 Komisja utrzymuje, że choć cele związane z planowaniem mogą uzasadniać tego rodzaju wymóg przy objęciu przez ubezpieczenie społeczne szpitalnych świadczeń zdrowotnych zaplanowanych w innym państwie członkowskim, to wspomniany wymóg nie jest natomiast uzasadniony w obszarze pozaszpitalnych świadczeń zdrowotnych, jak to orzekł Trybunał w wyrokach z dnia 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-158/96 Kohll, Rec. s. I-1931; z dnia 13 maja 2003 r. w sprawie C-385/99 Müller-Fauré i van Riet, Rec. s. I-4509.

22 Uznając w świetle pkt 75 ww. wyroku w sprawie Müller-Fauré i van Riet, że charakterystycznym elementem świadczenia szpitalnego jest to, iż dane świadczenie zdrowotne nie może być udzielane poza strukturą szpitalną, Komisja utrzymuje, że w przypadku świadczeń zdrowotnych, do których niezbędne jest użycie aparatury wymagającej znacznych nakładów, dostępnych poza strukturami szpitalnymi, utrzymywanie wymogu uzyskania uprzedniej zgody nie jest obiektywnie uzasadnione.

23 Dodaje ona, że szereg czynników – takich jak: stosowanie limitów dotyczących zakresu ubezpieczenia oraz warunków przyznania świadczeń zabezpieczenia społecznego obowiązujące w państwie członkowskim ubezpieczenia, czynniki językowe i geograficzne, brak informacji o rodzaju świadczeń dostępnych w innych państwach członkowskich czy też koszty pobytu związane z przemieszczeniem się do innego państwa członkowskiego w celach zdrowotnych – pozwala uznać, że zniesienie wymogu uzyskania uprzedniej zgody w dziedzinie świadczeń zdrowotnych wiążących się z zastosowaniem aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów nie prowadziłoby do masowych wyjazdów osób objętych francuskim systemem ubezpieczeń społecznych do innych państw członkowskich i nie zagroziłoby równowadze finansowej krajowego systemu zabezpieczenia społecznego.

24 Republika Francuska popierana przez Królestwo Hiszpanii, Republikę Finlandii i Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej kwestionuje zasadność przedstawionego pierwszego zarzutu.

25 Wymienione państwa członkowskie podnoszą, że orzecznictwo Trybunału dopuszczające w imię celów dotyczących ogólnego planowania środek polegający na uprzednim zezwoleniu na pokrycie kosztów przez właściwą instytucję szpitalnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w innym państwie członkowskim (zob. ww. wyrok w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 67, 77–80; wyrok z dnia 16 maja 2006 r. w sprawie C-372/04 Watts, Zb.Orz. s. I-4325, pkt 104, 108–111) można zastosować do sytuacji świadczeń medycznych, do których niezbędne jest użycie aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów poza strukturami szpitalnymi, ze względu na bardzo wysoki koszt tej aparatury, a także na wpływ tych świadczeń na budżet systemów zabezpieczenia społecznego.

Ocena Trybunału

26 Tytułem wstępu należy stwierdzić, że po pierwsze zgodnie z art. R.332-4 kodeksu zabezpieczenia społecznego sporny wymóg uzyskania uprzedniej zgody nie dotyczy sytuacji „leczenia w nieprzewidzianych przypadkach", tj. świadczeń zdrowotnych, które okażą się niezbędne podczas czasowego pobytu objętej ubezpieczeniem społecznym osoby w innym państwie członkowskim. Jak wynika z pism procesowych przedłożonych przez Komisję, pierwszy zarzut ograniczony jest zatem do sytuacji leczenia „planowego", tj. świadczeń zdrowotnych, z których ubezpieczony zamierza skorzystać w innym państwie członkowskim.

27 Po drugie, należy zwrócić uwagę, że omawiany zarzut nie dotyczy domniemanego uchybienia art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71, na mocy którego poza szczególnymi sytuacjami związanymi w szczególności ze stanem zdrowia ubezpieczonego lub pilnym charakterem wymaganych świadczeń zdrowotnych (zob. podobnie wyrok z dnia 5 października 2010 r. w sprawie C-173/09 Ełczinow, Zb.Orz. s. I-8889, pkt 45, 51) właściwa instytucja ma prawo uzależnić od uzyskania uprzedniej zgody pokrycie z jej własnych środków przez instytucję państwa członkowskiego pobytu zgodnie z systemem określającym zakres ubezpieczenia obowiązującym w tym ostatnim państwie członkowskim kosztów zaplanowanych w innym państwie członkowskim świadczeń zdrowotnych.

28 Pierwszy zarzut, na podstawie art. 49 WE, ma zatem na celu wskazanie braku zgodności z tym postanowieniem wymogu uzyskania uprzedniej zgody w celu pokrycia przez właściwą instytucję kosztów, zgodnie z systemem określającym zakres ubezpieczenia obowiązującym w państwie członkowskim ubezpieczenia, świadczeń zdrowotnych zaplanowanych w placówce pozaszpitalnej znajdującej się w innym państwie członkowskim, wiążących się z użyciem aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów.

29 Po powyższych wstępnych wyjaśnieniach należy podkreślić, że wobec braku harmonizacji na szczeblu Unii do ustawodawstwa poszczególnych państw członkowskich należy określenie w szczególności przesłanek przyznania świadczeń zabezpieczenia społecznego obejmujących takie świadczenia zdrowotne jak te, których dotyczy pierwszy zarzut. Niemniej jednak przy wykonywaniu tej prerogatywy państwa członkowskie powinny przestrzegać prawa Unii, a zwłaszcza przepisów z zakresu swobody świadczenia usług (zob. podobnie wyrok z dnia 15 czerwca 2010 r. w sprawie C-211/08 Komisja przeciwko Hiszpanii, Zb.Orz. s. I-5276, pkt 53 i przytoczone tam orzecznictwo).

30 Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem świadczenia medyczne udzielane za wynagrodzeniem wchodzą w zakres stosowania wspomnianych przepisów bez potrzeby dokonywania rozróżnienia, czy opieka została udzielona w ramach opieki szpitalnej, czy też poza szpitalem (zob. w szczególności wyrok z dnia 18 marca 2004 r. w sprawie C-8/02 Leichtle, Rec. s. I-2641, pkt 28; ww. wyrok w sprawie Watts, pkt 86; wyrok z dnia 19 kwietnia 2007 r. w sprawie C-444/05 Stamatelaki, Zb.Orz. s. I-3185, pkt 19).

31 Trybunał orzekł również w szeregu wyroków, że swobodne świadczenie usług obejmuje swobodę usługobiorców, a konkretnie osób wymagających opieki medycznej, do tego, by bez przeszkód udały się do innego państwa członkowskiego w celu skorzystania tam ze wspomnianych usług (zob. w szczególności podobnie ww. wyroki: w sprawie Watts, pkt 87; w sprawie Komisja przeciwko Hiszpanii, pkt 49).

32 Tymczasem w niniejszym przypadku wymóg uzyskania uprzedniej zgody, któremu na mocy spornego uregulowania krajowego podlega pokrycie przez właściwą instytucję kosztów, zgodnie z systemem określającym zakres ubezpieczenia obowiązującym w państwie członkowskim tej instytucji, świadczeń zdrowotnych zaplanowanych w innym państwie członkowskim wiążących się z użyciem aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów poza placówką szpitalną może zniechęcić osoby objęte francuskim systemem ubezpieczeń społecznych do zwracania się do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych mających siedzibę w innym państwie członkowskim w celu uzyskania danych świadczeń, a nawet im to uniemożliwić. Tym samym stanowi ono zarówno dla ubezpieczonych, jak i dla usługodawców ograniczenie swobody świadczenia usług (zob. podobnie ww. wyroki: w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 44, 103; w sprawie Watts, pkt 98).

33 Jeśli chodzi o obiektywnie uzasadniony charakter tego rodzaju ograniczenia, należy przypomnieć, że Trybunał w szeregu spraw orzekał, iż względy planowania oparte po pierwsze na dążeniu do celu polegającego na zapewnieniu na terytorium danego państwa członkowskiego wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonej gamy świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie, a po drugie na woli utrzymania kosztów pod kontrolą i uniknięcia na tyle, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa finansowych, technicznych i kadrowych zasobów mogą uzasadniać wymóg w postaci uzależnienia pokrycia przez właściwą instytucję kosztów zaplanowanych w innym państwie członkowskim świadczeń zdrowotnych od uzyskania uprzedniej zgody (zob. podobnie wyrok z dnia 12 lipca 2001 r. w sprawie C-157/99 Smits i Peerbooms, Rec. s. I-5473, pkt 76–81; ww. wyroki: w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 76–81; w sprawie Watts, pkt 108–110).

34 Tego typu rozważania przedstawione w przedmiocie świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalu można zastosować w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych wiążących się z użyciem aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów, nawet jeśli te ostatnie, tak jak świadczenia, których dotyczy pierwszy zarzut Komisji, udzielane są poza placówką szpitalną.

35 W tym względzie należy stwierdzić, że w pkt 75 ww. wyroku w sprawie Müller-Fauré i van Riet Trybunał, zwróciwszy uwagę na trudności w przeprowadzeniu rozdziału pojęć: „szpitalne świadczenia zdrowotne" i „pozaszpitalne świadczenia zdrowotne", rzeczywiście stwierdził, że świadczenia udzielane w placówkach szpitalnych, ale które mogą również być udzielane przez lekarza w gabinecie lub w przychodni, mogą być w tym celu zrównane ze świadczeniami udzielanymi poza szpitalem.

36 Jednakże wbrew stanowisku Komisji nie można z przytoczonego fragmentu ww. wyroku wyciągnąć wniosku, iż fakt, że świadczenia zdrowotne wiążące się z użyciem aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów mogą być udzielane poza szpitalem, sprawia, że nieistotne stają się argumenty dotyczące względów planowania.

37 Otóż niezależnie od miejsca, będącego lub niebędącego szpitalem, w którym może być zainstalowana i użytkowana aparatura medyczna wymagająca znacznych nakładów, urządzenia te, których zamknięty wykaz znajduje się w art. R.6122-26 kodeksu zdrowia publicznego, powinny móc podlegać polityce planowania tego rodzaju, jak polityka określona w spornych przepisach krajowych, zwłaszcza jeśli chodzi o liczbę tych urządzeń i ich rozmieszczenie, co ma przyczyniać się do zapewnienia wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, których oferta jest zracjonalizowana, stała, zrównoważona i dostępna na całym obszarze kraju, a także ma na celu uniknięcie na tyle, na ile jest to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa środków finansowych, technicznych i kadrowych.

38 Marnotrawstwo takie byłoby tym bardziej szkodliwe, że warunki instalacji, funkcjonowania i użytkowania pięciu typów urządzeń wymienionych w art. R.6122-26 kodeksu zdrowia publicznego wymagają szczególnie dużych nakładów, a jednocześnie zasoby budżetowe, jakie państwa członkowskie są w stanie wyasygnować na wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne, w szczególności zaś na dotowanie tego typu aparatury, nie są, bez względu na obrany model finansowania, nieograniczone (zob. analogicznie, w zakresie produktów leczniczych, wyroki z dnia 19 maja 2009 r.: w sprawie C-531/06 Komisja przeciwko Włochom, Zb.Orz. s. I-4103, pkt 57; w sprawach połączonych C-171/07 i C-172/07 Apothekerkammer des Saarlandes i in., Zb.Orz. s. I-4171, pkt 33).

39 Republika Francuska i Zjednoczone Królestwo podniosły, czemu nie sprzeciwiła się Komisja, stawiając za przykład pozytonowy tomograf emisyjny, stosowany przy wykrywaniu i leczeniu nowotworów, że omawiane urządzenia przedstawiają koszt liczony w setkach tysięcy, czy wręcz w milionach euro, zarówno przy zakupie, jak i instalacji oraz użytkowaniu.

40 Tymczasem, gdyby osoby objęte francuskim systemem ubezpieczeń społecznych mogły swobodnie i w każdych okolicznościach uzyskać świadczenia zdrowotne z użyciem aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów wymienionej w kodeksie zdrowia publicznego od usługodawców mających siedzibę w innych państwach członkowskich na koszt właściwej instytucji, mogłoby to zniweczyć wysiłki krajowych organów włożone w planowanie, a także zagrozić równowadze finansowej oferty wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

41 Opisana możliwość mogłaby bowiem doprowadzić do braku wykorzystania w wystarczającym stopniu aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów znajdującej się w państwie członkowskim ubezpieczenia i przez nie dotowanej, a także do nadmiernego obciążenia budżetu przeznaczonego na zabezpieczenie społeczne omawianego państwa członkowskiego.

42 W świetle powyższych zagrożeń dla organizacji polityki ochrony zdrowia publicznego i równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego wymóg w postaci uzależnienia od uzyskania uprzedniej zgody, poza szczególnymi przypadkami, o których mowa w pkt 27 niniejszego wyroku, pokrycia przez właściwą instytucję kosztów zgodnie z systemem określającym zakres ubezpieczenia obowiązującym w państwie członkowskim tej instytucji świadczeń zdrowotnych zaplanowanych w placówce pozaszpitalnej znajdującej się w innym państwie członkowskim, wiążących się z użyciem aparatury medycznej wymagającej znacznych nakładów określonej w art. R.6122-26 kodeksu zdrowia publicznego okazuje się być w obecnym stanie prawnym Unii ograniczeniem uzasadnionym (zob. analogicznie ww. wyrok w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 81).

43 Należy jeszcze przypomnieć, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem system uprzedniej zgody powinien opierać się na obiektywnych, niedyskryminacyjnych i znanych z góry kryteriach, w celu zakreślenia ram uznania władz krajowych, aby nie był on stosowany w sposób arbitralny. Taki system musi ponadto opierać się na łatwo dostępnym systemie proceduralnym gwarantującym zainteresowanym, że ich wniosek będzie rozpatrzony obiektywnie i bezstronnie w rozsądnym terminie, a ewentualna odmowa udzielenia zgody będzie ponadto mogła zostać zaskarżona do sądu (zob. podobnie ww. wyroki: w sprawie Smits i Peerbooms, pkt 90; w sprawie Müller-Fauré i van Riet, pkt 85; w sprawie Watts, pkt 116).

44 W niniejszym przypadku Komisja nie wystąpiła z żadnym konkretnym zarzutem odnośnie do proceduralnych i materialnych przepisów regulujących ramy spornego środka dotyczącego uprzedniej zgody, w szczególności zaś do enumeratywnie określonych przesłanek, na których podstawie zgodnie z art. R.332-4 kodeksu zabezpieczenia społecznego można odmówić udzielenia wspomnianej zgody.

45 W tych okolicznościach podnoszony w ramach pierwszego zarzutu zarzut uchybienia art. 49 WE nie jest uzasadniony. Należy go więc oddalić.

W przedmiocie drugiego zarzutu, dotyczącego braku w prawie francuskim przepisu uprawniającego osobę objętą francuskim systemem ubezpieczeń społecznych do uzupełniającej refundacji na warunkach określonych w pkt 53 wyroku w sprawie Vanbraekel i in.

Argumentacja stron

46 Komisja utrzymuje, że wobec braku w prawie francuskim przepisu przewidującego możliwość uzupełniającej refundacji na warunkach określonych w pkt 53 ww. wyroku

w sprawie Vanbraekel i in. osoba objęta francuskim systemem ubezpieczeń społecznych nie może skorzystać z tego rodzaju refundacji. W związku z tym nie można jej zdaniem uznać, że rozwiązanie przyjęte w przytoczonym wyroku zostało w prawie francuskim wdrożone.

47 Komisja dodaje, że zwykła praktyka administracyjna nie może być postrzegana jako ważne wykonanie zobowiązań wynikających z traktatu WE. Ponadto pisma okólne z dni: 16 czerwca 2003 r., 19 maja 2005 r. i 21 lipca 2008 r., skierowane przez ministère de la Santé (ministerstwo zdrowia) do francuskich instytucji ubezpieczeń społecznych, świadczą zdaniem Komisji o istnieniu niejasności we francuskim ustawodawstwie, która może powodować u osób objętych francuskim systemem ubezpieczeń społecznych brak wiedzy, a tym samym niemożność skutecznego skorzystania z uprawnienia wynikającego z ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in.

48 Komisja utrzymuje również, że przytoczone przez Republikę Francuską przykłady osób ubezpieczonych, którym umożliwiono skorzystanie z uzupełniającej refundacji zgodnie z ww. wyrokiem lub mających właśnie skorzystać z takiej refundacji, nie są wystarczające, by wykazać skuteczne przestrzeganie praw ogółu osób objętych francuskim systemem ubezpieczeń społecznych.

49 Republika Francuska popierana przez Królestwo Hiszpanii podnosi, że mając na uwadze bezpośrednią skuteczność art. 49 WE, jak również ciążący na sądach krajowych obowiązek ochrony nadanych przez przywołane postanowienie jednostkom praw, przyznanie przez wspomniany artykuł uprawnienia do uzupełniającej refundacji na warunkach określonych w pkt 53 ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in. nie wymaga szczególnego przepisu wdrażającego w akcie normatywnym prawa krajowego. Dodaje ona, że art. R.332-3 kodeksu zabezpieczenia społecznego obejmuje w szczególności okoliczności, o których mowa w przytoczonym pkt 53. Rozstrzygnięcie przyjęte w omawianym wyroku zostało zresztą faktycznie zastosowane przez Cour de cassation (sąd kasacyjny) w wyroku z dnia 28 marca 2002 r.

50 Republika Francuska podnosi, że w tych okolicznościach pismo okólne wydane w celu przypomnienia właściwym instytucjom powyższego rozstrzygnięcia wystarczy do zapewnienia jego wdrożenia. Rozesłane w tym celu pisma okólne wywołały poza tym skutki w praktyce, o czym świadczyć może utworzenie w roku 2006 Centre national des soins à l'étranger (krajowego centrum ds. świadczeń zdrowotnych za granicą), odpowiedzialnego za rozpatrywanie, w szczególności zgodnie ze wspomnianym rozstrzygnięciem, wniosków o refundację świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom objętym francuskim systemem ubezpieczeń społecznych w innym państwie członkowskim lub w kraju trzecim.

Ocena Trybunału

51 W pkt 53 ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in., w nawiązaniu do planowanych świadczeń zdrowotnych udzielanych w innym państwie członkowskim, na które niesłusznie odmówiono wydania zgody niezbędnej do pokrycia ich kosztów przez właściwą instytucję, Trybunał zinterpretował art. 49 WE w ten sposób, że jeżeli kwota refundowana kosztów poniesionych w związku z usługami szpitalnymi świadczonymi w państwie członkowskim pobytu, skalkulowana na podstawie przepisów obowiązujących w tym państwie członkowskim, jest niższa od kwoty, która zostałaby wypłacona na podstawie ustawodawstwa obowiązującego w państwie członkowskim ubezpieczenia w przypadku hospitalizacji przeprowadzonej na jego terytorium, instytucja właściwa ma obowiązek przyznać osobie objętej ubezpieczeniem społecznym uzupełniającą refundację w wysokości równej tej różnicy.

52 Jak później wyjaśnił Trybunał, prawo osoby objętej ubezpieczeniem społecznym do uzupełniającej refundacji tego rodzaju ograniczone jest do kwoty kosztów rzeczywiście poniesionych w państwie członkowskim pobytu (zob. podobnie ww. wyrok w sprawie Watts, pkt 131, 143).

53 W tym względzie należy zwrócić uwagę, że art. 49 WE zgodnie z jego wykładnią udzieloną w pkt 53 ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in. jest wiążący, jako bezpośrednio stosowane postanowienie traktatu, dla wszystkich organów władzy państw członkowskich, w tym dla organów administracyjnych i sądów, które w związku z tym są zobowiązane do jego przestrzegania, bez potrzeby wydania krajowych przepisów

wykonawczych (zob. podobnie wyroki: z dnia 15 października 1986 r. w sprawie 168/85 Komisja przeciwko Włochom, Rec. s. 2945, pkt 11; z dnia 21 lutego 2008 r. w sprawie C-412/04 Komisja przeciwko Włochom, Zb.Orz. s. I-619, pkt 67, 68).

54 Możliwość powoływania się przez podmioty prawa przed sądami krajowymi na postanowienia powyższego artykułu zgodnie z jego wykładnią wypracowaną przez Trybunał stanowi jedynie gwarancję minimalną i nie jest sama w sobie wystarczająca do zapewnienia pełnego i całkowitego stosowania omawianego postanowienia (zob. podobnie wyrok z dnia 20 marca 1986 r. w sprawie 72/85 Komisja przeciwko Niderlandom, Rec. s. 1219, pkt 20; ww. wyrok z dnia 15 października 1986 r. w sprawie Komisja przeciwko Włochom, pkt 11; wyrok z dnia 5 marca 1996 r. w sprawach połączonych C-46/93 i C-48/93 Brasserie du pêcheur i Factortame, Rec. s. I-1029, pkt 20).

55 Trzeba bowiem jeszcze, by porządek prawny danego państwa członkowskiego nie pozostawiał niejasności, które mogłyby utrzymywać uprawnione w danym przypadku podmioty w niepewności co do możliwości powołania się na wspomniany przepis prawa Unii, który cechuje bezpośrednia skuteczność (zob. podobnie ww. wyrok z dnia 15 października 1986 r. w sprawie Komisja przeciwko Włochom, pkt 11; wyroki z dnia 26 lutego 1991 r.: w sprawie C-120/88 Komisja przeciwko Włochom, Rec. s. I-621, pkt 9; w sprawie C-119/89 Komisja przeciwko Hiszpanii, Rec. s. I-641, pkt 8).

56 W tym względzie należy bowiem przypomnieć, że w ramach postępowania w sprawie uchybienia zobowiązaniom państwa członkowskiego w trybie art. 226 WE obowiązek wykazania domniemanego uchybienia spoczywa na Komisji, która powinna przedstawić Trybunałowi dowody niezbędne do ustalenia istnienia wspomnianego uchybienia (zob. w szczególności wyrok z dnia 29 kwietnia 2010 r. w sprawie C-160/08 Komisja przeciwko Niemcom, Zb.Orz. s. I-3713, pkt 116 i przytoczone tam orzecznictwo).

57 W niniejszym przypadku należy po pierwsze zauważyć, że, jak potwierdza to pismo okólne z dnia 19 maja 2005 r., art. R.332-3 kodeksu zabezpieczenia społecznego ustanawia ogólną zasadę pokrywania przez właściwą francuską instytucję kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w innym państwie członkowskim lub w państwie

będącym stroną Porozumienia o Europejskim Obszarze Gospodarczym osobie objętej francuskim systemem ubezpieczeń społecznych „na takich samych warunkach, jak w przypadku gdyby leczenie takie przeprowadzone było na terenie Francji", z ograniczeniem do wysokości wydatków faktycznie poniesionych przez osobę objętą ubezpieczeniem społecznym.

58 Ze względu na swój ogólny charakter przepis ten obejmuje prawo do uzupełniającej refundacji na koszt właściwej instytucji francuskiej w okolicznościach określonych w pkt 53 ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in., co zresztą Komisja odnotowała w toku postępowania przed Trybunałem.

59 Na prawdziwość tego spostrzeżenia nie wpływają „korekty określone w art. od R.332-4 do R.332-6" kodeksu zabezpieczenia społecznego, do których odesłanie zawiera art. R.332-3 ww. kodeksu, a które dotyczą, odpowiednio, wymogu uzyskania uprzedniej zgody na pokrycie kosztów określonych rodzajów świadczeń zdrowotnych udzielanych w innym państwie członkowskim; przyznania francuskim instytucjom ubezpieczeń społecznych możliwości zawierania z placówkami opieki zdrowotnej z siedzibą w innym państwie członkowskim lub w państwie będącym stroną Porozumienia o Europejskim Obszarze Gospodarczym umów określających warunki pobytu osób objętych francuskim systemem ubezpieczeń społecznych w tychże placówkach; system refundacji świadczeń zdrowotnych udzielanych w nich wskazanym osobom; warunki refundacji analiz przeprowadzonych przez laboratorium biologii medycznej mieszczące się w innym państwie członkowskim lub państwie będącym stroną Porozumienia o Europejskim Obszarze Gospodarczym.

60 Jak zwróciła uwagę Republika Francuska na rozprawie, Komisja nie wskazała ponadto przepisu prawa francuskiego, który stanowiłby przeszkodę dla zastosowania rozstrzygnięcia przyjętego w pkt 53 ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in.

61 Po drugie, należy zauważyć, że w niniejszym przypadku Komisja nie zaprezentowała orzeczeń sądów krajowych prowadzących do odmowy osobom objętym francuskim systemem ubezpieczeń społecznych wynikającego z art. 49 WE prawa w okolicznościach określonych w pkt 53 ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in.

62 Wręcz przeciwnie, skarżąca instytucja odnotowała w toku postępowania istnienie wyroku Cour de cassation z dnia 28 marca 2002 r., w którym orzekł on, iż „z postanowień art. 49 [WE], zgodnie z jego wykładnią wypracowaną przez Trybunał Sprawiedliwości [w ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in.] wynika, że kasa właściwa dla miejsca, w którym ubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia, jest zobowiązana do pokrycia kosztów medycznych poniesionych przez ubezpieczoną w niej osobę w innym państwie członkowskim zgodnie z obowiązującym cennikiem identycznych świadczeń zdrowotnych udzielanych we Francji, tak że jeżeli kwota refundowana na zasadach obowiązujących w państwie pobytu jest niższa od kwoty refundacji wynikającej z zastosowania przepisów obowiązujących w państwie ubezpieczenia, właściwa instytucja powinna przyznać osobie objętej ubezpieczeniem społecznym uzupełniającą refundację pokrywającą tę różnicę".

63 Po trzecie, Komisja nie wykazała w niniejszym przypadku istnienia jakiejkolwiek praktyki administracyjnej polegającej na pozbawianiu osób objętych francuskim systemem ubezpieczeń społecznych prawa do uzupełniającej refundacji w okolicznościach określonych w pkt 53 ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in.

64 Przeciwnie, w uzasadnionej opinii odnotowała ona informacje zawarte w odpowiedzi Republiki Francuskiej na wezwanie do usunięcia uchybienia o tym, że zgodnie z wyrokiem Cour de cassation z dnia 28 marca 2002 r., o którym mowa w pkt 62 niniejszego wyroku, francuskie instytucje ubezpieczeń społecznych nadają rozstrzygnięciu przyjętemu w ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in. szerokie zastosowanie.

65 Jeśli chodzi o pisma okólne z dni: 16 czerwca 2003 r., 19 maja 2005 r. i 21 lipca 2008 r. wydane przez właściwy organ na szczeblu ministerialnym, nie miały one na celu wbrew temu, co utrzymuje Komisja przed Trybunałem, wyjaśnienia rzekomo niejasnej sytuacji. Tym bardziej nie było ich celem zlikwidowanie domniemanych rozbieżności w praktykach francuskich instytucji ubezpieczeń społecznych, prowadzących jakoby niekiedy do niestosowania rozstrzygnięcia ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in.

66 Jak Komisja sama stwierdziła w uzasadnionej opinii, pismo okólne z dnia 16 czerwca 2003 r. zawierało po prostu opis rozstrzygnięcia przyjętego w omawianym wyroku przeznaczony dla zainteresowanych instytucji. Jeśli chodzi o pismo okólne z dnia 19 maja 2005 r., to jak wynika z jego urywków znajdujących się w aktach, miało ono za przedmiot wyjaśnienie zakresu art. od R.332-3 do R.332-6 kodeksu zabezpieczenia społecznego dodanych dekretem nr 2005-386. Pismo okólne z dnia 21 lipca 2008 r. zawiera z kolei stwierdzenie faktu, iż omawiane rozstrzygnięcie „z chwilą obecną jest już stosowane przez kasy chorych" i wzywa kasy do „dalszego dokładania niezbędnych starań, by stosować uzupełnienie pokrywające różnicę", nawet mimo iż przy obliczaniu uzupełniającej refundacji napotykają one w konkretnych przypadkach na przeszkody wynikające w szczególności z braku mechanizmu służącego do porównania kosztów tych samych świadczeń we Francji i w innych państwach członkowskich, a także z opieszałości we współpracy między zainteresowanymi instytucjami krajowymi.

67 W tych okolicznościach jakkolwiek zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału przytoczonym przez Komisję zwykła praktyka administracyjna mogąca ze swej natury ulegać modyfikacji wedle woli organów administracji nie może, w obliczu krajowych przepisów niezgodnych z prawem Unii, być uznana za ważne wykonanie zobowiązań wynikających z traktatu (zob. w szczególności wyroki: z dnia 13 marca 1997 r. w sprawie C-197/96 Komisja przeciwko Francji, Rec. s. I-1489, pkt 14; z dnia 9 marca 2000 r. w sprawie C-358/98 Komisja przeciwko Włochom, Rec. s. I-1255, pkt 17; z dnia 10 marca 2005 r. w sprawie C-33/03 Komisja przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, Zb.Orz. s. I-1865, pkt 25), niemniej w niniejszym przypadku brak dowodu na istnienie praktyki administracyjnej niezgodnej z prawem Unii służy na potwierdzenie spostrzeżenia, że francuskie ustawodawstwo, a w szczególności art. R.332-3 kodeksu zabezpieczenia społecznego, nie rodzi sytuacji, w której osoby objęte francuskim

systemem ubezpieczeń społecznych mogłyby zostać pozbawione uprawnień przysługujących im na mocy art. 49 WE zgodnie z jego wykładnią udzieloną w ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in.

68 Po czwarte, Komisja nie odnotowała w niniejszym przypadku żadnych skarg związanych z domniemaną odmową uznania prawa osoby objętej ubezpieczeniem społecznym do uzupełniającej refundacji ze strony instytucji francuskiej w okolicznościach określonych w pkt 53 ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in. Przeciwnie, Republika Francuska podała w toku postępowania przed Trybunałem szereg przykładów osób objętych francuskim systemem ubezpieczeń społecznych, które znalazły się w sytuacji opisanej w pkt 53 ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in., a które otrzymały możliwość skorzystania z uzupełniającej refundacji zgodnie z ww. wyrokiem lub mających właśnie z takiej refundacji skorzystać.

69 Z powyższych rozważań wynika, że Komisja nie wykazała, iż francuski porządek prawny rodzi sytuację, w której osoby objęte francuskim systemem ubezpieczeń społecznych mogłyby zostać pozbawione prawa do uzupełniającej refundacji w okolicznościach określonych w pkt 53 ww. wyroku w sprawie Vanbraekel i in.

70 W związku z tym należy oddalić drugi zarzut.

71 Z tego wynika, że skargę należy oddalić w całości.

W przedmiocie kosztów

72 Zgodnie z art. 69 § 2 regulaminu postępowania kosztami zostaje obciążona, na żądanie strony przeciwnej, strona przegrywająca sprawę. Ponieważ Republika Francuska wniosła o obciążenie Komisji kosztami postępowania, a Komisja przegrała sprawę, należy obciążyć ją kosztami postępowania. Zgodnie z art. 69 § 4 akapit pierwszy regulaminu postępowania Królestwo Hiszpanii, Republika Finlandii i Zjednoczone Królestwo, które przystąpiły do sprawy w charakterze interwenientów, ponoszą własne koszty.

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

1) Skarga zostaje oddalona.

2) Komisja Europejska zostaje obciążona kosztami postępowania.

3) Królestwo Hiszpanii, Republika Finlandii i Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej ponoszą własne koszty.

Podpisy