SODBA SODIŠČA (veliki senat)

z dne 5. oktobra 2010*

V zadevi C-512/08,

zaradi tožbe zaradi neizpolnitve obveznosti na podlagi člena 226 ES, vložene 25. novembra 2008,

Evropska komisija, ki jo zastopajo N. Yerrell, G. Rozet in E. Traversa, zastopniki, z naslovom za vročanje v Luxembourgu,

tožeča stranka,

proti

Francoski republiki, ki jo zastopata A. Czubinski in G. de Bergues, zastopnika,

tožena stranka,

* Jezik postopka: francoščina.

ob intervenciji

Kraljevine Španije, ki jo zastopa J. M. Rodríguez Cárcamo, zastopnik,

Republike Finske, ki jo zastopa A. Guimaraes-Purokoski, zastopnica,

Združenega kraljestva Velika Britanija in Severna Irska, ki ga je sprva zastopala I. Rao, nato S. Ossowski, zastopnika, skupaj z M.-E. Demetriou, barrister,

intervenienti,

SODIŠČE (veliki senat),

v sestavi V. Skouris, predsednik, A. Tizzano, J. N. Cunha Rodrigues, K. Lenaerts (poročevalec), J.-C. Bonichot, predsedniki senatov, in C. Toader, predsednica senata, K. Schiemann, P. Kūris, E. Juhász, G. Arestis, A. Arabadžiev, J.-J. Kasel in M. Safjan, sodniki,

generalna pravobranilka: E. Sharpston,
sodni tajnik: M.-A. Gaudissart, vodja oddelka,

na podlagi pisnega postopka in obravnave z dne 2. marca 2010,

po predstavitvi sklepnih predlogov generalne pravobranilke na obravnavi 15. julija 2010

izreka naslednjo

Sodbo

1 Komisija Evropskih skupnosti s tožbo Sodišču predlaga, naj ugotovi, da je Francoska republika s tem, da je na podlagi člena R. 332-4 zakonika o socialni varnosti določila, da je za povrnitev stroškov ambulantnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo uporabo zahtevne medicinske opreme, navedene v členu R. 712-2-II zakonika o javnem zdravju (postal člen R. 6122-26 tega zakonika), potrebna predhodna odobritev, in s tem, da v navedenem členu R. 332-4 ali v drugem predpisu francoskega prava ni predvidela možnosti, da se pacientu, zavarovancu francoskega sistema socialne varnosti, odobri dodatno povračilo pod pogoji, predvidenimi v točki 53 sodbe z dne 12. julija 2001 v zadevi Vanbraekel in drugi (C-368/98, Recueil, str. I-5363), kršila obveznosti iz člena 49 Pogodbe ES.

Pravni okvir

Pravo Unije

2 Člen 22(1) Uredbe Sveta (EGS) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe, samozaposlene 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 (UL 1997, L 28, str. 1), kakor je bila nazadnje spremenjena z Uredbo Evropskega parlamenta in Sveta (ES) št. 1992/2006 z dne 18. decembra 2006 (UL L 392, str. 1; v nadaljevanju: Uredba št. 1408/71), določa:

„Zaposlena ali samozaposlena oseba, ki izpolnjuje pogoje zakonodaje pristojne države za upravičenost do dajatev, po potrebi ob upoštevanju določb člena 18, in:

(a) katere zdravstveno stanje zahteva storitve, ki postanejo med začasnim bivanjem na ozemlju druge države članice potrebne iz medicinskih razlogov, ob upoštevanju narave storitev in predvidenega trajanja začasnega bivanja; ali

[…]

(c) ki ji pristojni nosilec odobri, da odide na ozemlje druge države članice, da bo prejela zdravljenje, ki ustreza njenemu zdravstvenemu stanju,

je upravičena do:

(i) storitev, ki jih v imenu pristojnega nosilca nudi nosilec v kraju začasnega […] prebivališča 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;

[…]“

Nacionalno pravo

Zakonik o socialni varnosti

3 Plačilo zdravljenja, zagotovljenega zavarovancem francoskega sistema socialne varnosti zunaj Francije, urejata zlasti člena R. 332-3 in R. 332-4 zakonika o socialni varnosti, ki sta bila v ta zakonik uvedena z odlokom št. 2005-386 z dne 19. aprila 2005 o plačilu zdravljenja, zagotovljenega zunaj Francije, in spremembah zakonika o socialni varnosti (drugi del: odloki Conseil d'État) (JORF z dne 27. aprila 2005, str. 7321).

4 Ta člena zakonika o socialni varnosti določata:

„Člen R. 332-3

Nosilci zdravstvenega zavarovanja povrnejo stroške zdravljenja, zagotovljenega zavarovancem in po njih zavarovanim osebam v državi članici Evropske unije ali državi pogodbenici Sporazuma o Evropskem gospodarskem prostoru, pod enakimi pogoji, kot če bi bilo zdravljenje zagotovljeno v Franciji, pri čemer povračilo ne sme presegati vsote stroškov, ki jih je plačal zavarovanec, in ob upoštevanju prilagoditev, določenih v členih od R. 332-4 do R. 332-6.

Člen R. 332-4

Razen v primerih nepričakovanega zdravljenja nosilci zdravstvenega zavarovanja brez predhodne odobritve ne smejo povrniti stroškov bolnišničnega zdravljenja ali zdravljenja, ki zahteva uporabo zahtevne medicinske opreme iz oddelka II člena R. 712-2 zakonika o javnem zdravju, če se to zdravljenje zavarovancem ali po njih zavarovanim osebam zagotovi v drugi državi članici Evropske unije ali državi pogodbenici Sporazuma o Evropskem gospodarskem prostoru in je primerno glede na njihovo stanje.

To odobritev je mogoče zavrniti le, če je izpolnjen kateri od teh dveh pogojev:

1. za zadevno zdravljenje ni predvideno povračilo na podlagi francoskih predpisov;

2. zdravljenje, ki je enako ali enako učinkovito, je ob upoštevanju stanja pacienta in verjetnega razvoja njegove bolezni v ustreznem času na voljo v Franciji.

Zavarovanec pošlje zahtevo za odobritev nosilcu zdravstvenega zavarovanja, pri katerem je zavarovan. Odločitev se sprejme po zdravstvenem pregledu. Odločitev je treba sporočiti v roku, ki upošteva nujnost in razpoložljivost predvidenega zdravljenja, najkasneje pa v dveh tednih po prejemu zahteve. Če po preteku tega roka ni odgovora, se šteje, da je odobritev dana.

Odločbe o zavrnitvi morajo biti obrazložene, zoper njih pa je mogoče pod pogoji splošnega prava vložiti pravno sredstvo pri pristojnem socialnem sodišču. Če pa se ugovori zoper te odločbe nanašajo na presojo uradnega zdravnika glede bolnikovega stanja, glede tega, ali predvidena zdravljenja ustrezajo bolnikovemu stanju, in glede tega, ali je zdravljenje oziroma ali so zdravljenja, ki obstajajo v Franciji, enaka ali enako učinkovita, je treba opraviti zdravstveni pregled v skladu s pogoji iz poglavja I naslova IV knjige I tega zakonika."

5 Uporaba odloka št. 2005-386 je bila pojasnjena v okrožnici DSS/DACI/2005/235 z dne 19. maja 2005 (v nadaljevanju: okrožnica z dne 19. maja 2005), v kateri je navedeno:

„Z odlokom št. 2005-386 […] se končuje vključevanje sodne prakse Skupnosti, ki zadeva svobodo opravljanja storitev in prosti pretok blaga na področju zdravstvene oskrbe, v nacionalno pravo.

[…]

Ta odlok določa pogoje za plačilo zdravljenja, opravljenega v tujini, glede na geografsko območje, na katerem je bilo opravljeno: […] njegov člen 3 uvaja štiri nove člene (R. 332-3, R. 332-4, R. 332-5 in R. 332-6), ki se nanašajo izključno na zdravljenje, opravljeno v [Evropski uniji – Evropskem gospodarskem prostoru (EU-EGP)].

[…]

II – Plačilo zdravljenja, opravljenega v EU-EGP (členi R. 332-3, R. 332-4, R. 332-5, R. 332-6)

Ti štirje novi členi se nanašajo izključno na zdravljenje, opravljeno v EU-EGP.

Eden od členov je splošnega pomena in potrjuje načelo plačila zdravljenja, opravljenega v drugi državi članici, preostali trije pa so prilagojeni posebnim položajem.

[…]

B – Posebne prilagoditve (členi R. 332-4, R. 332-5 in R. 332-6)

Členi R. 332-4, R. 332-5 in R. 332-6 dopolnjujejo člen R. 332-3 tako, da nekoliko prilagajajo načelo, določeno v zadnjenavedenem členu, za te položaje:

1 – Bolnišnično zdravljenje (člen R. 332-4)

– Člen R. 332-4 ureja povračilo stroškov bolnišničnega zdravljenja in uporabe zahtevne medicinske opreme, kot so MRI, naprave PET itd., navedene v delu II člena R. 712-2 zakonika o javnem zdravju […], ki je na voljo tudi zunaj bolnišnice, v ambulanti.

– Ta člen se ne uporablja za nepričakovana zdravljenja med začasnim bivanjem (poslovnim, družinskim, turističnim itd.), ki jih je treba plačati na podlagi uredb [(EGS)] št. 1408/71 in št. 574/72 o koordinaciji sistemov socialne varnosti v Evropi, ne glede na to, ali je zavarovanec v državi zdravljenja predložil potrdilo Skupnosti o svojih pravicah.

– Plačilo bolnišničnega zdravljenja in uporabe zahtevne medicinske opreme ostane predmet predhodne odobritve nosilca zavarovanja zavarovanca, ki želi prejeti te storitve v EU-EGP.

[Sodišče Evropskih skupnosti] to omejitev odobrava, saj lahko bolnišnično zdravljenje in uporaba zahtevne medicinske opreme, če sta popolnoma dostopna zunaj nacionalnega ozemlja, resno škodita organizaciji zdravstvenega sistema in finančnemu ravnotežju sistema socialne varnosti v državi zavarovanja zavarovanca.

Toda nosilci zdravstvenega zavarovanja v praksi ne smejo sistematično zavračati predhodne odobritve za to vrsto storitev, ki so na voljo v drugi državi članici.

Predhodne odobritve namreč ni mogoče zavrniti, če je za predvidena zdravljenja določeno povračilo v Franciji in če enaka ali enako učinkovita zdravljenja v ustreznem času niso na voljo, to je v roku, pri katerem se upošteva stanje pacienta in verjeten razvoj njegove bolezni.

[…]

– Jasno je, da morajo biti odločbe o zavrnitvi odobritve obrazložene. [Sodišče] v primeru zavrnitve predhodne odobritve ne dovoljuje, da zavarovanec z odločbo ne bi bil jasno obveščen o razlogih, iz katerih mu ni bilo dovoljeno zdravljenje v drugi državi članici. Tako zgolj navedbe, da obstajajo zdravljenja, ki so lahko v ustreznem času na voljo v Franciji, ne da bi bila dodatno pojasnjena, ni mogoče šteti za zadostno glede na zahteve [Sodišča]. Ko vložnik zahteve dobi odgovor, da je enako učinkovito zdravljenje na voljo v Franciji, morajo torej zavrnilne odločbe vsebovati vsa dejstva, na katerih temelji ta trditev. Zlasti je lahko koristno posredovati seznam zdravstvenih ustanov ali strokovnjakov, ki bolniku lahko nudijo potrebno zdravljenje v predvidenem roku.

– V regijah, v katerih je ponudba posebnih bolnišničnih zdravljenj ali zahtevne medicinske opreme nezadostna, bodo morali nosilci zdravstvenega zavarovanja sistematično dovoljevati plačilo nekaterih načrtovanih zdravljenj v EU-EGP. V naslednji okrožnici bodo navedene regije in vrste bolnišničnih zdravljenj ali zahtevne medicinske opreme, na katere se ta določba nanaša.“

6 Okrožnica z dne 19. maja 2005 je bila spremenjena in dopolnjena z okrožnico DSS/DACI/2008/242 z dne 21. julija 2008 o plačilu zdravljenja, opravljenega v drugi državi članici EU-EGP (v nadaljevanju: okrožnica z dne 21. julija 2008), v kateri je med drugim navedeno, da „čeprav nosilci zdravstvenega zavarovanja že izvajajo sodno prakso [sodba v zadevi Vanbraekel in drugi]“, se spopadajo s številnimi konkretnimi težavami. Pristojni minister s to okrožnico „[od pristojnih oseb zadevnih nosilcev] vseeno zahteva, da nadaljujejo z obdelavo zahtev zavarovancev za dodatno povračilo.“

Zakonik o javnem zdravju

7 Člen L.6121-1 zakonika o javnem zdravju določa:

„Cilj načrta organizacije zdravstva je določiti in spodbujati potreben razvoj ponudbe preventivne, kurativne in paliativne zdravstvene oskrbe za zadovoljitev potreb fizičnega in mentalnega zdravja. Vključuje tudi ponudbo zdravstvene oskrbe za nosečnice in novorojenčke.

Namen načrta organizacije zdravstva je spodbujati prilagoditve in dodatke k ponudbi zdravstvene oskrbe ter sodelovanje, zlasti med zdravstvenimi ustanovami. Cilje določa tako, da se izboljšujejo kakovost, dostopnost in učinkovitost organizacije zdravstva.

Načrt organizacije zdravstva upošteva povezovanje sredstev zdravstvenih ustanov in ambulant ter zdravstveno-socialnega in socialnega sektorja kot tudi ponudbo zdravstvene oskrbe v sosednjih regijah in čezmejnih ozemljih.

Z odlokom ministra za zdravje se določi seznam področij, dejavnosti zdravstvene oskrbe in zahtevne medicinske opreme, ki morajo nujno biti vključeni v načrtu organizacije zdravstva.

Načrt organizacije zdravstva se oblikuje na podlagi ocene zdravstvenih potreb prebivalcev in njihovega razvoja glede na demografske in epidemiološke podatke ter napredek zdravstvenih tehnik in po kvantitativni in kvalitativni analizi obstoječe ponudbe zdravstvene oskrbe.

Načrt organizacije zdravstva je mogoče kadar koli v celoti ali delno spremeniti. Ponovno se pregleda najmanj vsakih pet let.“

8 Člen L. 6122-1 navedenega zakonika določa:

„Za projekte, ki zadevajo ustanovitev kakršne koli zdravstvene ustanove, ustvarjanje, preoblikovanje in združevanje zdravstvenih dejavnosti, vključno z drugimi možnostmi za bolnišnično zdravljenje, in namestitev zahtevne medicinske opreme, je potrebna predhodna odobritev regionalnega bolnišničnega organa.

Seznam zdravstvenih dejavnosti in zahtevne medicinske opreme, za katere je potrebna odobritev, se določi z odlokom Conseil d’État.“

9 Člen R. 6122-26 zakonika o javnem zdravju, ki povzema določbe člena R. 712-2-II tega zakonika, določa:

„Odobritev iz člena L. 6122-1 je potrebna za namestitev te zahtevne medicinske opreme:

1. scintilacijska kamera z detektorjem koincidence pri pozitronski emisiji oziroma brez njega, emisijska tomografija ali pozitronska kamera;

2. naprava za slikanje ali za spektrometrijo z nuklearno magnetno resonanco za klinično uporabo;

3. medicinska naprava za računalniško tomografijo;

4. hiperbarična komora;

5. medicinski ciklotron."

Predhodni postopek

10 Na podlagi pritožbe je Komisija 18. oktobra 2006 Francoski republiki poslala uradni opomin, v katerem je trdila, da člen R. 332-4 zakonika o socialni varnosti ni združljiv s členom 49 ES, kot ga razlaga Sodišče. V podporo tej trditvi so bili navedeni trije različni očitki, in sicer:

– zahteva predhodne odobritve za povračilo stroškov nekaterih nebolnišničnih zdravstvenih storitev, ki se opravijo v drugi državi članici;

– neobstoj določbe, ki bi določala, da se vložniku zahteve za predhodno odobritev plačila bolnišničnih zdravstvenih storitev, opravljenih v drugi državi članici, pošlje uradno potrdilo o prejemu zahteve, in

– neobstoj določbe, ki bi omogočala, da se zavarovancu francoskega sistema socialne varnosti odobri dodatno povračilo pod pogoji, določenimi v točki 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi.

11 V točki 53 te sodbe je navedeno:

„[…]

Člen [49 ES] je treba razlagati tako, da če je povračilo stroškov za bolnišnično zdravljenje, opravljeno v državi članici začasnega bivanja, ki izhaja iz uporabe pravil v veljavi v tej državi, manjše od povračila, ki bi izhajalo iz uporabe veljavne zakonodaje v državi članici, v kateri je zadevna oseba zavarovana za primer bolnišničnega zdravljenja v njej, mora pristojni nosilec zavarovani osebi odobriti dodatno povračilo, ki ustreza tej razliki."

12 Francoska republika je na ta uradni opomin odgovorila z dopisom z dne 1. marca 2007.

13 Glede prvega očitka je ta država članica sporočila, da namerava člen R. 332-4 zakonika o socialni varnosti spremeniti v skladu z zahtevo Komisije, pred tem pa izdati okrožnico, namenjeno zagotavljanju spoštovanja zahtev prava Unije.

14 Francoska republika je izpodbijala utemeljenost drugega očitka s tem, da je zatrjevala, da morajo francoski nosilci sistema socialnega varstva kot upravni organi, določeni z nacionalno zakonodajo o pravicah državljanov v odnosih z upravo, vložniku zahteve za predhodno odobritev plačila stroškov zdravljenja, opravljenega v drugi državi članici, poslati uradno potrdilo, v katerem sta navedena zlasti datum prejema zahteve in rok, po izteku katerega se bo štelo, da je ta odobrena.

15 Francoska republika je glede tretjega očitka zatrjevala, da je bila okoliščina, na katero se je Komisija sklicevala, posledica negotovosti v zvezi z natančnim pomenom zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi, o katerem bi morale razpravljati države članice na ravni Sveta Evropske unije. Ta država članica pa je ob sklicevanju na okrožnico DSS/DACI/2003/286 z dne 16. junija 2003 o uporabi zakonodaje za zagotovitev dostopa do zdravljenja zavarovancem francoskega sistema socialne varnosti v Evropski uniji in Evropskem gospodarskem prostoru (v nadaljevanju: okrožnica z dne 16. junija 2003) dodala, da njen namen nikakor ni, da bi navedenim zavarovancem prikrila obstoj pravice do dodatnega povračila, predvidene v navedeni sodbi. Poleg tega je poudarila, da francoski upravni organi v skladu s sodno prakso Cour de cassation tej sodbi pripisujejo velik pomen.

16 Glede na vsebino tega odgovora je Komisija 23. oktobra 2007 Francoski republiki poslala obrazloženo mnenje, v katerem je navedla, da po eni strani umika drugi očitek, naveden v uradnem opominu, po drugi strani pa vztraja pri preostalih dveh očitkih in poziva to državo članico, naj v dveh mesecih od prejema obrazloženega mnenja sprejme ukrepe, potrebne za uskladitev z njim.

17 Francoska republika se je v svojem odgovoru z dne 13. decembra 2007 na navedeno obrazloženo mnenje sklicevala na skorajšnje sprejetje odloka, s katerim naj bi bil člen R. 332-4 zakonika o socialni varnosti usklajen z zahtevami prava Unije in naj bi bili dopolnjeni členi od R. 332-2 do R. 332-6 navedenega zakonika glede pravice

do dodatnega povračila, predvidenega z zgoraj navedeno sodbo Vanbraekel in drugi. Prav tako je navedla, da je okrožnica, ki naj bi nadomestila okrožnico z dne 19. maja 2005, v postopku dokončnega sprejetja.

18 Francoska republika je po opozorilu, ki ji ga je poslala Komisija 10. junija 2008, tej predložila okrožnico z dne 21. julija 2008. Prav tako se je sklicevala na številne tehnične težave, zaradi katerih je zamujala z dokončnim sprejetjem sprememb zakonika o socialni varnosti, na katere se je sklicevala v odgovoru na obrazloženo mnenje.

19 Ker Komisija s temi obrazložitvami ni bila zadovoljna, se je odločila vložiti to tožbo.

Tožba

Prvi očitek: zahteva predhodne odobritve plačila stroškov nebolnišničnega zdravljenja, ki se opravi v drugi državi članici in vključuje uporabo zahtevne medicinske opreme

Trditve strank

20 Komisija zatrjuje, da zahteva, da pristojni nosilec predhodno odobri plačilo ambulantnega zdravljenja v drugi državi članici, ki vključuje uporabo zahtevne medicinske opreme, pomeni omejitev svobode opravljanja storitev.

21 Komisija trdi, da čeprav je res, da je podobno zahtevo glede socialnega kritja bolnišničnega zdravljenja, opravljenega v drugi državi članici, mogoče upravičiti s cilji načrtovanja, pa ta zahteva ni upravičena na področju nebolnišničnega zdravljenja, kot je razsodilo Sodišče v sodbah z dne 28. aprila 1998 v zadevi Kohll (C-158/96, Recueil, str. I-1931) in z dne 13. maja 2003 v zadevi Müller-Fauré in van Riet (C-385/99, Recueil, str. I-4509).

22 Ob upoštevanju, da je glede na točko 75 zgoraj navedene sodbe Müller-Fauré in van Riet značilnost bolnišnične storitve v tem, da je ni mogoče opraviti zunaj bolnišnice, Komisija trdi, da pri zdravljenju, ki vključuje uporabo zahtevne medicinske opreme, ki je dostopna zunaj bolnišničnih infrastruktur, zahteva predhodne odobritve ni objektivno upravičena.

23 Dodaja, da je na podlagi več okoliščin, kot so uporaba omejitev kritja in pogoji za dodelitev dajatev iz naslova socialne varnosti, veljavni v državi članici zavarovanja, jezikovni in geografski dejavniki, pomanjkanje informacij glede narave zdravstvenih storitev, ki so na voljo v drugih državah članicah, ali pa stroški bivanja, povezani z odhodom v drugo državo članico zaradi zdravljenja, mogoče sklepati, da odprava zahteve predhodne odobritve na področju zdravljenja, ki vključuje uporabo zahtevne medicinske opreme, ne bi povzročila množičnih odhodov zavarovancev francoskega sistema socialne varnosti v druge države članice in ne bi ogrozila finančnega ravnotežja nacionalnega sistema socialne varnosti.

24 Francoska republika, ki jo podpirajo Kraljevina Španija, Republika Finska in Združeno kraljestvo Velika Britanija in Severna Irska, izpodbija utemeljenost tega prvega očitka.

25 Te države članice zatrjujejo, da je sodno prakso Sodišča, ki zaradi ciljev splošnega načrtovanja priznava ukrep predhodne odobritve plačila bolnišničnega zdravljenja, zagotovljenega v drugi državi članici, s strani pristojnega nosilca (glej zgoraj navedeno sodbo Müller-Fauré in van Riet, točke 67 in od 77 do 80, in sodbo z dne 16. maja 2006 v zadevi Watts, C-372/04, ZOdl., str. I-4325, točke 104 in od 108 do 111), mogoče prenesti v kontekst zdravstvenih storitev, ki vključujejo uporabo zahtevne medicinske opreme zunaj bolnišničnih infrastruktur, glede na zelo visoke stroške v zvezi s to opremo in na njen vpliv na proračun sistemov socialne varnosti.

Presoja Sodišča

26 Najprej je treba poudariti, da se po eni strani na podlagi člena R. 332-4 zakonika o socialni varnosti sporna zahteva predhodne odobritve ne nanaša na primere „nepričakovanega zdravljenja“, to je zdravljenja, ki je nujno med začasnim bivanjem zavarovanca sistema socialne varnosti v drugi državi članici. Kot je razvidno iz vlog Komisije, se prvi očitek nanaša na tako imenovana „načrtovana“ zdravljenja, to je tista, ki jih zavarovanec sistema socialne varnosti namerava opraviti v drugi državi članici.

27 Po drugi strani je treba poudariti, da se navedeni očitek ne nanaša na domnevno kršitev člena 22(1)(c) Uredbe št. 1408/71, na podlagi katerega lahko pristojni nosilec, razen v posebnih primerih, povezanih zlasti z zdravstvenim stanjem zavarovanca ali nujnostjo potrebnega zdravljenja (glej v tem smislu sodbo z dne 5. oktobra 2010 v zadevi Elčinov, C-173/09, ZOdl., str. I-8889, točki 45 in 51), plačilo načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici podredi predhodni odobritvi nosilca v državi začasnega bivanja v skladu s sistemom kritja, ki velja v tej državi članici.

28 Zato je namen prvega očitka, ki temelji na členu 49 ES, pokazati, da zahteva predhodne odobritve, preden pristojni nosilec v skladu z veljavnim sistemom kritja v državi članici zavarovanja plača načrtovano nebolnišnično zdravljenje v drugi državi članici, ki vključuje uporabo zahtevne medicinske opreme, ni v skladu z navedenim členom.

29 Glede na ta uvodna pojasnila je treba poudariti, da ob neusklajenosti na ravni Unije zakonodaja vsake države članice določi zlasti pogoje odobritve dajatev s področja socialne varnosti, ki pokrivajo zdravljenja, kot so tista, na katera se nanaša prvi očitek. Vendar pa morajo države članice pri izvajanju te pristojnosti spoštovati pravo Unije, predvsem določbe o svobodi opravljanja storitev (glej v tem smislu sodbo z dne 15. junija 2010 v zadevi Komisija proti Španiji, C-211/08, ZOdl., str. I-5267, točka 53 in navedena sodna praksa).

30 V skladu z ustaljeno sodno prakso zdravstvene storitve, opravljene proti plačilu, spadajo na področje uporabe navedenih določb, pri čemer ni treba razlikovati med zdravljenjem v okviru bolnišnice in zdravljenjem zunaj nje (glej zlasti sodbo z dne 18. marca 2004 v zadevi Leichtle, C-8/02, Recueil, str. I-2641, točka 28; zgoraj navedeno sodbo Watts, točka 86, in sodbo z dne 19. aprila 2007 v zadevi Stamatelaki, C-444/05, ZOdl., str. I-3185, točka 19).

31 Prav tako je bilo večkrat razsojeno, da svoboda opravljanja storitev vključuje svobodo za prejemnike storitev, predvsem za osebe, ki potrebujejo zdravljenje, da gredo v drugo državo članico, da tam prejmejo te storitve, ne da bi jih pri tem ovirale omejitve (glej v tem smislu zlasti zgoraj navedeni sodbi Watts, točka 87, in Komisija proti Španiji, točka 49).

32 V obravnavani zadevi pa zahteva predhodne odobritve, ki ji je na podlagi zadevnih nacionalnih predpisov podrejeno plačilo načrtovanega nebolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici, ki vključuje uporabo zahtevne medicinske opreme zunaj bolnišničnih infrastruktur, s strani pristojnega nosilca v skladu z veljavnim sistemom kritja v državi članici, pod katero ta spada, zavarovance francoskega sistema socialne varnosti odvrača od tega, da bi se zato, da bi prejeli zadevne zdravstvene storitve, obrnili na ponudnike zdravstvenih storitev s sedežem v drugi državi članici, ali jim to celo preprečuje. Tako pomeni – tako za zavarovance kakor za te ponudnike storitev – omejitev svobode opravljanja storitev (glej v tem smislu zgoraj navedeni sodbi Müller-Fauré in van Riet, točki 44 in 103, in Watts, točka 98).

33 Glede objektivne upravičenosti take omejitve je treba opozoriti, da je Sodišče večkrat razsodilo, da potrebe načrtovanja, ki po eni strani sledijo cilju, da se na ozemlju zadevne države članice zagotovi zadosten in stalen dostop do uravnotežene ponudbe kakovostne zdravstvene oskrbe, po drugi strani pa želji po zagotavljanju obvladovanja stroškov in kar največjem onemogočanju nenamenske porabe finančnih, tehničnih in človeških virov, lahko upravičijo zahtevo predhodne odobritve plačila zdravljenja, opravljenega v drugi državi članici, s strani pristojnega nosilca (glej v tem smislu sodbo z dne 12. julija 2001 v zadevi Smits in Peerbooms, C-157/99, Recueil, str. I-5473, točke od 76 do 81, ter zgoraj navedeni sodbi Müller-Fauré in Van Riet, točke od 76 do 81, in Watts, točke od 108 do 110).

34 Take ugotovitve glede bolnišničnih zdravstvenih storitev je mogoče prenesti na zdravstvene storitve, ki vključujejo uporabo zahtevne medicinske opreme, tudi če so te – tako kot tiste, na katere se nanaša prvi očitek Komisije – opravljene zunaj takega okolja.

35 V zvezi s tem je treba ugotoviti, da je res, da je Sodišče v točki 75 zgoraj navedene sodbe Müller-Fauré in van Riet, potem ko je opozorilo na težavo pri razlikovanju med pojmoma „bolnišnične storitve“ in „nebolnišnične storitve“, poudarilo, da je storitve, ki se opravljajo v bolnišnicah, ki pa jih lahko opravlja tudi zdravnik v ordinaciji ali v medicinskem centru, zato mogoče izenačiti s storitvami, ki se opravljajo zunaj bolnišnice.

36 Toda v nasprotju s stališčem Komisije iz tega dela navedene sodbe ni mogoče sklepati, da okoliščina, da je zdravljenje, ki vključuje uporabo zahtevne medicinske opreme, mogoče zagotavljati zunaj bolnišnice, odvzema ves pomen ugotovitvam glede potreb načrtovanja.

37 Tako ne glede na to, ali je zahtevna medicinska oprema, izčrpno navedena v členu R. 6122-26 zakonika o javnem zdravju, nameščena in uporabljena v bolnišničnem ali nebolnišničnem okolju, mora biti ta oprema predmet politike načrtovanja, kot je politika, opredeljena v zadevni nacionalni ureditvi, zlasti glede količine te opreme in njene geografske porazdelitve, to pa ne samo zato, da se na celotnem nacionalnem ozemlju zagotovi racionalna, stabilna, uravnotežena in dostopna ponudba sodobnih zdravstvenih storitev, temveč tudi zato, da se karseda onemogoči nenamenska poraba finančnih, tehničnih in človeških virov.

38 Taka nenamenska poraba bi bila še toliko škodljivejša, saj so stroški namestitve, delovanja in uporabe petih vrst zahtevne medicinske opreme, izčrpno navedenih v členu R. 6122-26 zakonika o javnem zdravju, posebno visoki, medtem ko proračunska sredstva, ki jih države članice lahko namenijo sodobnim zdravstvenim storitvam, zlasti pa subvencioniranju take opreme, ne glede na način financiranja niso neomejena (glej po analogiji glede zdravil sodbi z dne 19. maja 2009 v zadevi Komisija proti Italiji, C-531/06, ZOdl., str. I-4103, točka 57, in v združenih zadevah Apothekerkammer des Saarlandes in drugi, C-171/07 in C-172/07, ZOdl., str. I-4171, točka 33).

39 Ne da bi jima Komisija ugovarjala, sta Francoska republika in Združeno kraljestvo na primeru pozitronske emisijske tomografije, ki se uporablja za odkrivanje in zdravljenje raka, tako poudarila, da nakup, namestitev in uporaba te opreme stane več sto tisoč ali celo več milijonov eurov.

40 Če bi se torej zavarovanci francoskega sistema socialne varnosti lahko svobodno in v vseh okoliščinah na račun pristojnega nosilca zdravili pri ponudnikih s sedežem v drugi državi članici, to zdravljenje pa bi vključevalo uporabo zahtevne medicinske opreme, ki ustreza opremi, izčrpno navedeni v zakoniku o javnem zdravju, bi tako bila ogrožena načrtovanje s strani nacionalnih organov ter finančno ravnotežje ponudbe sodobnih zdravstvenih storitev.

41 Taka možnost bi namreč lahko povzročila redko uporabo zahtevne medicinske opreme, ki se nahaja v državi članici zavarovanja in ki jo ta država članica subvencionira, ali pa nesorazmerne stroške za proračun socialne varnosti te države članice.

42 Glede na ta tveganja za organizacijo politike javnega zdravja in finančno ravnotežje sistema socialne varnosti se v trenutnem stanju prava Unije zahteva, da mora biti plačilo načrtovanega nebolnišničnega zdravljenja v drugi državi članici, ki vključuje uporabo zahtevne medicinske opreme iz člena R. 6122-26 zakonika o javnem zdravju, s strani pristojnega nosilca v skladu s sistemom kritja, ki je veljaven v državi članici, pod katero ta nosilec spada, predhodno odobreno s strani tega pristojnega nosilca, razen v posebnih primerih, kot so primeri iz točke 27 te sodbe, zdi upravičena omejitev (glej po analogiji zgoraj navedeno sodbo Müller-Fauré in van Riet, točka 81).

43 Prav tako je treba spomniti, da mora v skladu z ustaljeno sodno prakso sistem predhodne odobritve temeljiti na objektivnih, nediskriminatornih in vnaprej znanih merilih, ki določajo meje diskrecijske pravice nacionalnih organov, zato da to odločanje ni samovoljno. Tak sistem odobritve mora poleg tega temeljiti na postopku, ki je lahko dostopen in ki zainteresiranim 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 (glej v tem smislu zgoraj navedene sodbe Smits in Peerbooms, točka 90; Müller-Fauré in van Riet, točka 85, in Watts, točka 116).

44 Komisija v obravnavani zadevi ni navedla nobenega posebnega očitka glede postopkovnih in materialnopravnih pravil, ki urejajo zadevni ukrep predhodne odobritve, zlasti pa glede omejevalnih pogojev, pod katerimi je na podlagi člena R. 332-4 zakonika o socialni varnosti navedeno odobritev mogoče zavrniti.

45 Glede na to prvi očitek, ki se nanaša na kršitev člena 49 ES, ni utemeljen. Zato je treba ta očitek zavrniti.

Drugi očitek: neobstoj določbe francoskega prava, ki bi določala pravico zavarovanca francoskega sistema socialne varnosti do dodatnega povračila pod pogoji, določenimi v točki 53 sodbe Vanbraekel in drugi

Trditve strank

46 Komisija trdi, da če ni določbe francoskega prava, ki bi določala možnost dodatnega povračila pod pogoji, določenimi v točki 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in

drugi, zavarovanec francoskega sistema socialne varnosti nima pravice do takega povračila. Zato ni mogoče šteti, da je bila rešitev, ki izhaja iz navedene sodbe, izvedena v francoskem pravu.

47 Komisija dodaja, da za običajne upravne prakse ni mogoče šteti, da pomenijo veljavno izvrševanje obveznosti iz Pogodbe ES. Poleg tega okrožnice z dne 16. junija 2003, 19. maja 2005 in 21. julija 2008, ki jih je ministrstvo za zdravje naslovilo na francoske nosilce sistema socialne varnosti, kažejo na obstoj dvoumnosti v francoski zakonodaji, ki lahko povzroči, da se zavarovancem francoskega sistema socialne varnosti prikrije možnost in torej onemogoči učinkovito izvrševanje pravice, ki izhaja iz zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi.

48 Komisija tudi trdi, da primeri zavarovancev sistema socialne varnosti, ki so lahko dobili dodatno povračilo v skladu s to sodbo ali ki bi ga lahko dobili in ki jih je navedla Francoska republika, ne dokazujejo, da so pravice zavarovancev francoskega sistema socialne varnosti v celoti dejansko spoštovane.

49 Francoska republika, ki jo je na obravnavi podprla Kraljevina Španija, zatrjuje, da glede na neposredni učinek člena 49 ES in na obveznost nacionalnih sodišč, da varujejo pravice, ki jih ta člen podeljuje posameznikom, pridobitev pravice do dodatnega povračila pod pogoji, navedenimi v točki 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi, z navedenim členom ne zahteva sprejetja posebnih izvedbenih ukrepov v zakonodaji nacionalnega prava. Dodaja, da člen R. 332-3 zakonika o socialni varnosti pokriva tudi primer iz navedene točke 53. Poleg tega naj bi rešitev iz te sodbe Cour de cassation učinkovito uporabilo v sodbi z dne 28. marca 2002.

50 Francoska republika zatrjuje, da v teh okoliščinah okrožnica, ki pristojne nosilce opozarja na to rešitev, zadostuje za zagotovitev izvršitve. Poleg tega naj bi okrožnicam, sprejetim v ta namen, sledil učinek v praksi, saj je bil leta 2006 ustanovljen nacionalni center za zdravljenje v tujini, katerega naloga je, da zlasti v skladu z navedeno rešitvijo obravnava zahteve za povračilo stroškov zdravljenja, zagotovljenega zavarovancem francoskega sistema socialne varnosti v drugi državi članici ali tretji državi.

Presoja Sodišča

51 Sodišče je v točki 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi v okviru načrtovanih zdravljenj, zagotovljenih v drugi državi članici, za katere je bila zahteva za odobritev plačila s strani pristojnega nosilca neupravičeno zavrnjena, člen 49 ES razlagalo tako, da če je povračilo stroškov bolnišničnega zdravljenja, opravljenega v državi članici začasnega bivanja, ki izhaja iz uporabe pravil v veljavi v tej državi članici, manjše od povračila, ki bi izhajalo iz uporabe veljavne zakonodaje v državi članici, v kateri je zadevna oseba zavarovana za primer bolnišničnega zdravljenja v njej, mora navedeni nosilec zavarovani osebi odobriti dodatno povračilo, ki ustreza tej razliki.

52 Kot je Sodišče že pojasnilo, je pravica zavarovanca sistema socialne varnosti do takega dodatnega povračila omejena z višino dejanskih stroškov, nastalih v državi članici začasnega bivanja (glej v tem smislu zgoraj navedeno sodbo Watts, točki 131 in 143).

53 V zvezi s tem je treba poudariti, da člen 49 ES, kot je razložen v točki 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi, kot neposredno uporabljiva določba Pogodbe zavezuje vse organe držav članic, vključno z upravnimi in sodnimi organi, ki so torej zavezani, da ga spoštujejo, ne da bi bilo treba sprejeti nacionalne izvedbene določbe

(glej v tem smislu sodbi z dne 15. oktobra 1986 v zadevi Komisija proti Italiji, 168/85, Recueil, str. 2945, točka 11, in z dne 21. februarja 2008 v zadevi Komisija proti Italiji, C-412/04, ZOdl., str. I-619, točki 67 in 68).

54 Možnost posameznikov, da se pred nacionalnimi organi sklicujejo na ta člen, kot ga razlaga Sodišče, je le najmanjše jamstvo in samo po sebi ne zadostuje za zagotovitev popolnega in dokončnega izvajanja te določbe (glej v tem smislu sodbo z dne 20. marca 1986 v zadevi Komisija proti Nizozemski, 72/85, Recueil, str. 1219, točka 20; zgoraj navedeno sodbo Komisija proti Italiji z dne 15. oktobra 1986, točka 11, in sodbo z dne 5. marca 1996 v združenih zadevah Brasserie du pêcheur in Factortame, C-46/93 in C-48/93, Recueil, str. I-1029, točka 20).

55 Pravni red zadevne države članice prav tako namreč ne sme povzročiti dvoumnega položaja, v katerem bi bili zadevni pravni subjekti v negotovosti glede tega, ali se lahko sklicujejo na to določbo prava Unije, ki ima neposredni učinek (glej v tem smislu zgoraj navedeno sodbo Komisija proti Italiji z dne 15. oktobra 1986, točka 11, ter sodbi z dne 26. februarja 1991 v zadevi Komisija proti Italiji, C-120/88, Recueil., str. I-621, točka 9, in v zadevi Komisija proti Španiji, C-119/89, Recueil, str. I-641, točka 8).

56 V zvezi s tem je treba vseeno spomniti, da mora Komisija v postopku zaradi neizpolnitve obveznosti na podlagi člena 226 ES dokazati obstoj zatrjevane neizpolnitve obveznosti, tako da predloži vse dokaze, ki jih Sodišče potrebuje za preizkus, ali je ta neizpolnitev podana (glej zlasti sodbo z dne 29. aprila 2010 v zadevi Komisija proti Nemčiji, C-160/08, ZOdl., str. I-3713, točka 116 in navedena sodna praksa).

57 V obravnavani zadevi je treba najprej poudariti, da je, kot potrjuje okrožnica z dne 19. maja 2005, v členu R. 332-3 zakonika o socialni varnosti določeno splošno načelo, da pristojni francoski nosilec plača zdravljenje, ki ga zavarovanec francoskega sistema

socialne varnosti prejme v drugi državi članici ali v državi pogodbenici Sporazuma o Evropskem gospodarskem prostoru, „pod enakimi pogoji, kot če bi bilo zdravljenje zagotovljeno v Franciji“ in v okviru stroškov, ki jih je zavarovanec sistema socialne varnosti dejansko imel.

58 Glede na splošnost besedila ta določba vključuje pravico do dodatnega povračila, ki ga mora plačati pristojni francoski nosilec v primerih iz točke 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi, kar je Komisija tudi upoštevala med postopkom pred Sodiščem.

59 Te ugotovitve ne omajejo „prilagoditve, določene v členih od R. 332-4 do R. 332-6“ zakonika o socialni varnosti, na katere se sklicuje člen R. 332-3 tega zakonika in ki se nanašajo na zahtevo predhodne odobritve plačila nekaterih vrst zdravljenj, zagotovljenih v drugi državi članici, na možnost, ki jo imajo francoski nosilci sistema socialne varnosti, da z zdravstvenimi ustanovami s sedežem v drugi državi članici ali državi pogodbenici Sporazuma o Evropskem gospodarskem prostoru sklenejo dogovore, v katerih opredelijo pogoje začasnega bivanja zavarovancev francoskega sistema socialne varnosti v teh ustanovah in načine povračila stroškov zdravljenja, ki je bilo zagotovljeno v teh ustanovah, in na pogoje povračila stroškov analiz, izvedenih v laboratoriju za biomedicinske analize v drugi državi članici ali državi pogodbenici Sporazuma o Evropskem gospodarskem prostoru.

60 Kot je na obravnavi navedla Francoska republika, Komisija prav tako ni navedla določb francoskega prava, ki naj bi ovirale uporabo rešitve iz točke 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi.

61 Drugič, poudariti je treba, da se Komisija v obravnavani zadevi ni sklicevala na odločitve nacionalnih sodišč, ki naj bi zanikale pravico zavarovancev francoskega sistema socialne varnosti, ki v primerih iz točke 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi izhaja iz člena 49 ES.

62 Nasprotno, tožeča institucija je med postopkom pred Sodiščem opozorila na sodbo Cour de cassation z dne 28. marca 2002, v kateri je to razsodilo, da „iz določb člena 49 [ES], kot ga razlaga Sodišče [v zgoraj navedeni sodbi Vanbraekel in drugi], izhaja, da mora nosilec zdravstvenega zavarovanja plačati stroške zdravstvenih storitev, ki jih je imel njegov zavarovanec v drugi državi članici, po tarifi, ki velja za enake zdravstvene storitve, opravljene v Franciji, tako da če je povračilo, ki izhaja iz uporabe pravil v veljavi v državi začasnega bivanja, manjše od povračila, ki bi izhajalo iz uporabe veljavne zakonodaje v državi članici, v kateri je zadevna oseba zavarovana, mora pristojni nosilec zavarovancu odobriti dodatno povračilo, ki ustreza tej razliki“.

63 Tretjič, Komisija v obravnavani zadevi ni dokazala obstoja nikakršne upravne prakse, ki naj bi zavarovancem francoskega sistema socialne varnosti odrekala pravico do dodatnega povračila v primerih iz točke 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi.

64 Nasprotno, Komisija je v obrazloženem mnenju upoštevala navedbe iz odgovora Francoske republike na uradni opomin, v skladu s katerimi francoski nosilci sistema socialne varnosti v skladu s sodbo Cour de cassation z dne 28. marca 2002, navedeno v točki 62 te sodbe, rešitvi iz zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi pripisujejo velik pomen.

65 Cilj okrožnic z dne 16. junija 2003, 19. maja 2005 in 21. julija 2008, ki jih je izdalo pristojno ministrstvo, ni bil, v nasprotju s stališčem Komisije pred Sodiščem, pojasniti domneven dvoumni položaj. Prav tako ni bil njihov namen ustaviti domnevno neenotne prakse francoskih nosilcev sistema socialne varnosti, med katerimi naj bi nekatere odstopale od rešitve iz zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi.

66 Kot je tudi sama Komisija ugotovila v svojem obrazloženem mnenju, je okrožnica z dne 16. junija 2003 vsebovala zgolj preprost opis rešitve iz navedene sodbe za zadevne nosilce. Cilj okrožnice z dne 19. maja 2005 pa je bil, kot je razvidno iz njenih izvlečkov, ki so v spisu, pojasniti pomen členov od R. 332-3 do R. 332-6 zakonika o socialni varnosti, ki so bili sprejeti z odlokom št. 2005-386. Okrožnica z dne 21. julija 2008 pa vsebuje ugotovitev, da „nosilci zdravstvenega zavarovanja že izvajajo" to rešitev, in zahtevo, da „nadaljujejo obdelavo zahtev zavarovancev za dodatno povračilo", čeprav se spopadajo s številnimi konkretnimi težavami pri izračunavanju tega dodatka, zlasti ker ni instrumentov za primerjavo stroškov enakega zdravljenja v Franciji in v drugih državah članicah, ter zaradi počasnosti sodelovanja med zadevnimi nacionalnimi nosilci.

67 Čeprav je v teh okoliščinah seveda jasno, da v skladu z ustaljeno sodno prakso Sodišča, na katero opozarja Komisija, za običajne upravne prakse, ki se spreminjajo glede na voljo upravnega organa, v okviru nacionalne zakonodaje, ki ni združljiva s pravom Unije, ni mogoče šteti, da pomenijo veljavno izvrševanje obveznosti iz Pogodbe (glej zlasti sodbe z dne 13. marca 1997 v zadevi Komisija proti Franciji, C-197/96, Recueil, str. I-1489, točka 14; z dne 9. marca 2000 v zadevi Komisija proti Italiji, C-358/98, Recueil, str. I-1255, točka 17, in z dne 10. marca 2005 v zadevi Komisija proti Združenemu kraljestvu, C-33/03, ZOdl., str. I-1865, točka 25), pa v obravnavani zadevi neobstoj dokaza o upravnih praksah, ki bi bile v nasprotju s pravom Unije, podpira ugotovitev, da francoska zakonodaja, zlasti člen R. 332-3 zakonika o socialni varnosti, ne povzroča položaja, v katerem bi bile zavarovancem francoskega sistema socialne

varnosti odvzete pravice, ki jih imajo na podlagi člena 49 ES, kot je razložen v zgoraj navedeni sodbi Vanbraekel in drugi.

68 Četrtič, Komisija se v obravnavani zadevi ni sklicevala na nobeno pritožbo, da naj francoski nosilec sistema socialne varnosti zavarovancu sistema socialne varnosti domnevno ne bi priznal pravice do dodatnega povračila v primerih iz točke 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi. Nasprotno, Francoska republika je v postopku pred Sodiščem predložila več primerov zavarovancev francoskega sistema socialne varnosti, ki so bili v položaju, navedenem v točki 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi, in so dobili dodatno povračilo v skladu s to sodbo ali pa so bili tik pred tem, da ga dobijo.

69 Iz zgoraj navedenih ugotovitev izhaja, da Komisija ni dokazala, da francoski pravni red povzroča položaj, v katerem bi bila zavarovancem francoskega sistema socialne varnosti odvzeta pravica do dodatnega povračila v primerih iz točke 53 zgoraj navedene sodbe Vanbraekel in drugi.

70 Zato je treba drugi očitek zavrniti.

71 Zato je treba tožbo v celoti zavrniti.

Stroški

72 V skladu s členom 69(2) Poslovnika se neuspeli stranki naloži plačilo stroškov, če so bili ti priglašeni. Francoska republika je predlagala, naj se Komisiji naloži plačilo stroškov, in ker ta s predlogi ni uspela, se ji naloži plačilo stroškov. V skladu z odstavkom 4, prvi pododstavek, istega člena Kraljevina Španija, Republika Finska in Združeno kraljestvo, ki so se kot intervenienti udeležili postopka, nosijo svoje stroške.

Iz teh razlogov je Sodišče (veliki senat) razsodilo:

1. **Tožba se zavrne.**

2. **Evropski komisiji se naloži plačilo stroškov.**

3. **Kraljevina Španija, Republika Finska in Združeno kraljestvo Velika Britanija in Severna Irska nosijo svoje stroške.**

Podpisi