

WYROK TRYBUNAŁU (wielka izba)

z dnia 15 czerwca 2010 r.\*

W sprawie C-211/08

mającej za przedmiot skargę o stwierdzenie, na podstawie art. 226 WE, uchybienia zobowiązaniom państwa członkowskiego, wniesioną w dniu 20 maja 2008 r.,

**Komisja europejska**, reprezentowana przez E. Traversę oraz R. Vidala Puiga, działających w charakterze pełnomocników,

strona skarżąca,

przeciwko

**Królestwu Hiszpanii**, reprezentowanemu przez J.M. Rodrígueza Cárcama, działającego w charakterze pełnomocnika,

strona pozwana,

\* Język postępowania: hiszpański.

popieranemu przez:

**Królestwo Belgii**, reprezentowane przez M. Jacobs oraz L. Van den Broeck, działające w charakterze pełnomocników,

**Królestwo Danii**, reprezentowane przez J. Beringa Liisberga oraz R. Holdgaard, działających w charakterze pełnomocników,

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

**Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej**, reprezentowane przez H. Walker, działającą w charakterze pełnomocnika, wspieraną przez M. Hoskinsa, barrister,

interwencji,

TRYBUNAŁ (wielka izba),

w składzie: A. Tizzano, prezes pierwszej izby, pełniący obowiązki prezesa, J.N. Cunha Rodrigues, K. Lenaerts (sprawozdawca), J.C. Bonichot i P. Lindh, prezesi izb, P. Kūris, G. Arestis, A. Borg Barthet, M. Ilešič, J. Malenovský, L. Bay Larsen, T. von Danwitz i A. Arabadjiev, sędziowie,

rzecznik generalny: P. Mengozzi,  
sekretarz: M.A. Gaudissart, kierownik wydziału,

uwzględniając procedurę pisemną i po przeprowadzeniu rozprawy w dniu 24 listopada 2009 r.,

po zapoznaniu się z opinią rzecznika generalnego na posiedzeniu w dniu 25 lutego 2010 r.,

wydaje następujący

## Wyrok

- 1 Komisja Wspólnot Europejskich wnosi w skardze do Trybunału o stwierdzenie, że odmawiając uprawnionym w ramach hiszpańskiego krajowego systemu opieki zdrowotnej zwrotu kosztów leczenia poniesionych w innym państwie członkowskim w przypadku leczenia szpitalnego, które zostało im zapewnione zgodnie z art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie, w wersji zmienionej i uaktualnionej rozporządzeniem Rady (WE) nr 118/97 z dnia 2 grudnia 1996 r. (Dz.U. 1997, L 28, s. 1), ze zmianami wprowadzonymi 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”), w zakresie w jakim wysokość zwrotu kosztów w państwie członkowskim, w którym przeprowadzono leczenie, jest niższa od tej przewidzianej przez ustawodawstwo hiszpańskie, Królestwo Hiszpanii uchybiło zobowiązaniom ciążącym na nim na mocy art. 49 WE.

## Ramy prawne

### *Uregulowania Unii*

- 2 Rozporządzenie nr 1408/71 stanowi w art. 22, zatytułowanym „Pobyty poza państwem właściwym – Powrót lub przeniesienie miejsca zamieszkania do innego państwa członkowskiego w okresie choroby lub macierzyństwa – Konieczność udania się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam odpowiedniej opieki”:

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

- a) której warunki wymagają [stan zdrowia 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 je stanie,

ma prawo:

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

[...]

2. [...]

Nie można odmówić udzielenia zgody wymaganej na podstawie ust. 1 lit. c) w przypadku, gdy leczenie, o którym mowa, jest jednym ze świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, [na] którego terytorium zainteresowany zamieszkuje, i jeżeli ta osoba nie może być poddana leczeniu w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia w państwie członkowskim zamieszkania, uwzględniając aktualny stan zdrowia zainteresowanego i prawdopodobny dalszy przebieg choroby.”

- 3 Artykuł 34a rozporządzenia nr 1408/1971 stanowi:

„[...] art. 22 ust. 1 lit. a) i c) [...], art. 22 ust. 2 akapit drugi [...] stosuje się odpowiednio do studentów oraz członków ich rodzin, jak jest to wymagane [tam gdzie jest to właściwe].”

- 4 Zgodnie z art. 36 ust. 1 rozporządzenia nr 1408/1971:

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

- 5 Rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie w wersji zmienionej i uaktualnionej rozporządzeniem Rady (WE) nr 118/97 z dnia 2 grudnia 1996 r., zmienione rozporządzeniem Komisji (WE) nr 311/2007 z dnia 19 marca 2007 r. (Dz.U. L 82, s. 6, zwane dalej „rozporządzeniem nr 574/72”) stanowi w art. 21 ust. 1:

„W celu otrzymania świadczeń niepieniężnych zgodnie z art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) rozporządzenia [nr 1408/71], pracownik najemny lub osoba prowadząca działalność na własny rachunek przedstawia dostawcy usług opieki zdrowotnej zaświadczenie wydane przez właściwą instytucję, potwierdzające jego uprawnienie do świadczeń niepieniężnych. Ten dokument opracowany jest zgodnie z art. 2. [...].

[...]”

6 Zgodnie z art. 34 ust. 1 rozporządzenia nr 574/72:

„Jeżeli formalności przewidzianych w art. [...] 21 [...] rozporządzenia wykonawczego nie można było dopełnić w trakcie pobytu na terytorium państwa członkowskiego innego niż państwo właściwe, instytucja właściwa zwraca, na wniosek pracownika lub osoby prowadzącej działalność gospodarczą, poniesione koszty, zgodnie ze stawkami stosowanymi przez instytucję miejsca pobytu.”

7 Na podstawie art. 2 ust. 1 rozporządzenia nr 574/72 Komisja Administracyjna ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących, o której mowa w art. 80 rozporządzenia nr 1408/71, przyjęła wzór zaświadczenia dotyczącego stosowania art. 22 ust. 1 lit. a) i c) rozporządzenia nr 1408/71, tj. „formularz E 111”. Ten formularz został z dniem 1 czerwca 2004 r. zastąpiony „europejską kartą ubezpieczenia zdrowotnego”, a nastąpiło to na podstawie decyzji Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących z dnia 18 czerwca 2003 r.: nr 189 mającej na celu wprowadzenie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego zastępującej formularze niezbędne do zastosowania rozporządzeń Rady (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 w odniesieniu do dostępu do opieki zdrowotnej w trakcie czasowego pobytu w państwie członkowskim innym niż właściwe państwo członkowskie lub państwo pobytu (Dz.U. L 276, s. 1) oraz nr 191, dotyczącej zastąpienia formularzy E 111 i E 111B przez europejską kartę ubezpieczenia zdrowotnego (Dz.U. L 276, s. 19).

8 Zakres art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71 został sprecyzowany w decyzji nr 194 Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących z dnia 17 grudnia 2003 r. dotyczącej jednolitego stosowania art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w państwie członkowskim pobytu (Dz.U. 2004, L 104, s. 127).

## 9 Zgodnie z motywem 7 decyzji nr 194:

„Kryteria z art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) [...] nie mogą być interpretowane w taki sposób, który spowodowałby wyłączenie chorób przewlekłych lub wcześniej istniejących. Trybunał Sprawiedliwości wskazał [w wyroku z dnia 25 lutego 2003 r. w sprawie C-326/00 Ioannidis, Rec. s. I-1703], że pojęcie »niezbędnej opieki« nie może być interpretowane »w taki sposób, aby dobrodziejstwo uregulowań [tego artykułu] było ograniczone jedynie do sytuacji, gdy zapewniona opieka była konieczna z uwagi na nagłe zachorowanie. W szczególności okoliczność, że zmiana stanu zdrowia osoby ubezpieczonej podczas tymczasowego pobytu w innym państwie członkowskim jest ewentualnie związana z wcześniej istniejącą chorobą, o której ubezpieczony wiedział, na przykład z chorobą przewlekłą, nie oznacza, że przesłanki zastosowania ww. przepisów nie zostały spełnione«.”

## 10 Punkty 1 i 2 decyzji nr 194 stanowią:

„1. Przepisy art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) [...] obejmują świadczenia rzeczowe niezbędne z medycznego punktu widzenia, udzielone osobie w trakcie pobytu tymczasowego po to, by zapobiec konieczności przyspieszonego powrotu tej osoby do państwa właściwego w celu uzyskania tam opieki niezbędnej w jej stanie zdrowia.

Takie świadczenia mają na celu umożliwienie ubezpieczonemu kontynuowania pobytu w warunkach medycznie bezpiecznych, z uwzględnieniem planowanego okresu pobytu.

Przepisy te nie obejmują jednak sytuacji, gdy osoba ubezpieczona udaje się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam leczenia.

2. W celu ustalenia, czy świadczenie rzeczowe spełnia przesłanki określone w art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) [...] uwzględniane są jedynie okoliczności natury medycznej, rozpatrywane w aspekcie tymczasowego pobytu zainteresowanej osoby, z uwzględnieniem jej obecnego i przeszłego stanu zdrowia.”

### *Uregulowania krajowe*

- 11 Artykuł 43 konstytucji hiszpańskiej ustanawia prawo do ochrony zdrowia i stanowi, że do władz publicznych należy organizacja i ochrona zdrowia publicznego za pośrednictwem niezbędnych świadczeń i usług.
- 12 W tym celu Ley 14/1986, General de Sanidad (ustawa generalna nr 14/1986 o zdrowiu) z dnia 25 kwietnia 1986 r. (BOE nr 102 z dnia 29 kwietnia 1986 r., s. 15207, zwana dalej „LGS”), określa podstawy krajowego systemu opieki zdrowotnej, o charakterze publicznym, powszechnym i bezpłatnym.
- 13 Usługi świadczone z krajowego systemu opieki zdrowotnej na rzecz jego ubezpieczonych są całkowicie bezpłatne. Natomiast na podstawie art. 17 LGS koszt świadczeń udzielanych poza tym systemem co do zasady obciąża pacjentów i nie uprawnia do otrzymania zwrotu ze strony podmiotów należących do tego systemu.

- 14 Real Decreto 63/1995, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (dekret królewski nr 63/1995 o organizacji świadczeń zdrowotnych z krajowego systemu ochrony zdrowia) z dnia 20 stycznia 1995 r. (BOE nr 35 z dnia 10 lutego 1995 r., s. 4538) w art. 5 stanowił:

„1. Świadczenia są udzielane ze środków dostępnych w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej [...].

2. Z zastrzeżeniem postanowień umów międzynarodowych świadczenia [...] są wymagalne jedynie w odniesieniu do personelu, urządzeń i służb wchodzących w skład krajowego systemu opieki zdrowotnej lub powiązanych z nim na podstawie umowy.

3. W przypadku świadczeń zdrowotnych o charakterze nagłym, bezpośrednim i ratującym życie, udzielonych poza krajowym systemem opieki zdrowotnej, związane z nimi wydatki podlegają zwrotowi, o ile zostanie wykazane, że skorzystanie z usług krajowego systemu nie mogło nastąpić w stosownym czasie i że świadczenia te nie zostały uzyskane w sposób stanowiący obejście lub nadużycie niniejszego wyjątku.”

- 15 Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (ustawa nr 16/2003 dotycząca spójności i jakości krajowego systemu opieki zdrowotnej) z dnia 28 maja 2003 r. (BOE nr 128 z dnia 23 maja 2003 r., s. 20567) ustanawia nomenklaturę świadczeń z tego systemu.

16 W zgodzie z art. 14 LGS, art. 9 ustawy nr 16/2003 stanowi:

„Świadczenia medyczne z krajowego systemu opieki zdrowotnej są udzielane wyłącznie przez ustawowo upoważniony personel w ośrodkach i służbach wchodzących w skład krajowego systemu opieki zdrowotnej lub powiązanych z nim na podstawie umowy, z wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia, jeżeli zostało wykazane, że nie jest możliwe skorzystanie ze środków tego systemu, z zastrzeżeniem postanowień umów międzynarodowych, których Hiszpania jest stroną.”

17 Do ustawy nr 16/2003 zostały wydane przepisy wykonawcze, zawarte w Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (dekrecie królewskim nr 1030/2006 ustanawiającym nomenklaturę powszechnych świadczeń z krajowego systemu opieki zdrowotnej oraz procedurę jej uaktualniania) z dnia 15 września 2006 r. (BOE nr 222 z dnia 16 września 2006 r., s. 32650). Ten dekret królewski uchylił i zastąpił dekret królewski nr 63/1995.

18 Artykuł 4 ust. 3 dekretu królewskiego nr 1030/2006 stanowi:

„Ogół świadczeń powszechnych zostaje powierzony centrom, strukturom i służbom należącym do krajowego systemu opieki zdrowotnej lub posiadającym zawarte w ramach tego systemu umowy z wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia, gdy zostało udowodnione, iż nie jest możliwe skorzystanie z usług tego systemu. W przypadku leczenia nagłego, natychmiastowego i ratującego życie podjętego poza krajowym systemem ochrony zdrowia, poniesione koszty zostają zwrócone po przedstawieniu dowodów, że nie było możliwości skorzystania w odpowiednim czasie ze świadczeń tego systemu i że nie miało miejsca nieprawidłowe wykorzystanie lub nadużycie niniejszego odstępstwa, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w umowach międzynarodowych, których stroną jest Hiszpania lub przepisów prawa krajowego dotyczących leczenia w przypadku usług świadczonych za granicą.”

- 19 Z przepisów tych wynika, że jeżeli ubezpieczony w hiszpańskim systemie opieki zdrowotnej uzyska w innym państwie członkowskim opiekę szpitalną, która okazała się konieczna z uwagi na zmianę jego stanu zdrowia podczas tymczasowego pobytu w tym państwie członkowskim, instytucja, do której należy, nie uczestniczy w pokryciu kosztów tego leczenia ponad to, co wynika z obowiązku ciążącego na niej na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) w zw. z art. 36 rozporządzenia nr 1408/71, z wyjątkiem sytuacji i przesłanek z art. 4 ust. 3 dekretu królewskiego nr 1030/2006. W konsekwencji – i z zastrzeżeniem tego wyjątku – taki ubezpieczony nie jest uprawniony do tego, by instytucja hiszpańska przejęła tę część kosztów tego leczenia, której nie pokryła instytucja państwa członkowskiego pobytu.

### **Postępowanie poprzedzające wniesienie skargi**

- 20 Do Komisji wpłynęła skarga obywatela francuskiego, zamieszkującego wcześniej w Hiszpanii i należącego do hiszpańskiego systemu opieki zdrowotnej. Podczas pobytu we Francji zainteresowany, zaopatrzony w formularz E 111, został hospitalizowany, a następnie, po powrocie do Hiszpanii, napotkał odmowę ze strony instytucji hiszpańskiej zwrotu części kosztów hospitalizacji, którą instytucja francuska obciążyła go zgodnie z przepisami francuskimi.
- 21 Wobec bezskuteczności żądania od Królestwa Hiszpanii informacji dotyczących jego przepisów dotyczących zwrotu kosztów opieki zdrowotnej uzyskanej w innym państwie członkowskim, pismem z dnia 19 grudnia 2005 r. Komisja zażądała od tego państwa udzielenia zadowalającej odpowiedzi w terminie dwóch miesięcy.

- 22 Pismem z dnia 13 lutego 2006 r. Królestwo Hiszpanii odpowiedziało, że jego przepisy nie przewidują możliwości uzyskania przez osobę ubezpieczoną w krajowym systemie opieki zdrowotnej zwrotu od instytucji właściwej wydatków zdrowotnych poniesionych poza tym systemem, z wyjątkiem okoliczności nadzwyczajnych, określonych w tamtym czasie w art. 5 dekretu królewskiego nr 63/1995.
- 23 W dniu 18 października 2006 r. Komisja wystosowała do Królestwa Hiszpanii wezwanie do usunięcia uchybienia, w którym zwróciła uwagę tego państwa na niezgodność jego uregulowań krajowych z art. 49 WE w zakresie, w jakim uregulowania te – poza wyjątkami – wykluczały zwrot ubezpieczonemu w krajowym systemie opieki zdrowotnej przez instytucję właściwą kosztów poniesionych przez niego w związku z opieką szpitalną uzyskaną w innym państwie członkowskim na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71 w sytuacji, gdy istnieje pozytywna różnica między poziomem pokrywania kosztów stosowanym w Hiszpanii i tym innym państwie członkowskim.
- 24 Pismem z dnia 29 grudnia 2006 r. Królestwo Hiszpanii udzieliło na to wezwanie do usunięcia uchybienia odpowiedzi, w której podniosło zasadniczo, że zachowanie jego administracji wobec autora wskazanej w pkt 20 niniejszego wyroku skargi do Komisji było zgodne z rozporządzeniem nr 1408/71, że przypadek osoby zainteresowanej był odmienny niż w sprawie C-368/98 Vanbraekel i in., zakończonej wyrokiem z dnia 12 lipca 2001 r., Rec. s. I-5363, oraz że skutkiem wykładni prezentowanej przez Komisję byłoby naruszenie równowagi finansowej jego krajowego systemu opieki zdrowotnej.
- 25 Odpowiedź ta nie zadowoliła Komisji, która w dniu 19 lipca 2007 r. skierowała do Królestwa Hiszpanii uzasadnioną opinię. W opinii tej Komisja potwierdziła swoje stanowisko w kwestii sprzeczności uregulowania hiszpańskiego z art. 49 WE oraz wezwała powyższe państwo członkowskie do wprowadzenia środków niezbędnych do usunięcia naruszenia w terminie dwóch miesięcy od dnia otrzymania uzasadnionej opinii.

- 26 Z uwagi na to, że w odpowiedzi z dnia 19 września 2007 r. na tę uzasadnioną opinię Królestwo Hiszpanii podtrzymało swoje stanowisko, Komisja postanowiła wnieść niniejszą skargę.

## **W przedmiocie dopuszczalności**

- 27 Królestwo Hiszpanii kwestionuje dopuszczalność skargi.
- 28 Podnosi ono niejasność żądań Komisji, która zarzuca naruszenie art. 49 WE, przyznając jednocześnie, że praktyka administracji hiszpańskiej jest zgodna z rozporządzeniami nr 1408/71 i 574/72. Ponadto zdaniem tego państwa skarga zawiera zarzut dotyczący naruszenia tego postanowienia przez art. 4 ust. 3 dekretu królewskiego nr 1030/2006, podczas gdy sytuacje takie jak ta, w której znalazł się autor skargi do Komisji wskazanej w pkt 20 niniejszego wyroku, wchodzi w zakres zastosowania ostatniego zdania art. 4 ust. 3, które odsyła do prawa Unii.
- 29 Królestwo Hiszpanii twierdzi także, że mimo iż Komisja zarzuca mu naruszenie art. 34 rozporządzenia nr 574/72 związane z odmową ze strony administracji hiszpańskiej wypłaty ubezpieczonemu w krajowym systemie opieki zdrowotnej różnicy między pełnym kosztem leczenia szpitalnego uzyskanego w innym państwie członkowskim a kwotą, do której koszty te zostały pokryte przez instytucję tego państwa członkowskiego, spóźnione podniesienie tego zarzutu czyni go niedopuszczalnym.
- 30 Królestwo Hiszpanii podnosi ponadto, że skarga zawiera zarzut nieobjęty postępowaniem poprzedzającym wniesienie skargi, a dotyczący niezgodności art. 4 ust. 3 dekretu królewskiego nr 1030/2006 z art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia nr 1408/71.

- 31 Królestwo Belgii twierdzi, że art. 49 WE nie został w żaden sposób wskazany w uzasadnionej opinii, a zatem skarga nie może zawierać argumentacji opartej o to postanowienie.
- 32 W tej kwestii należy przypomnieć, że z art. 38 § 1 lit. c) regulaminu postępowania przed Trybunałem, jak i z odnoszącego się do niego orzecznictwa wynika, że skarga wszczynająca postępowanie musi wskazywać przedmiot sporu oraz zawierać związane przedstawienie zarzutów, zaś owo przedstawienie przedmiotu sporu i zarzutów musi być wystarczająco zrozumiałe i precyzyjne, tak aby pozwalało stronie pozwanej na przygotowanie obrony, a Trybunałowi na dokonanie kontroli. Wynika z tego, że istotne okoliczności faktyczne i prawne, na których opiera się skarga, muszą wynikać w sposób spójny i zrozumiały z tekstu samej skargi oraz że żądania w niej zawarte powinny być sformułowane w sposób pozbawiony dwuznaczności w celu uniknięcia orzekania przez Trybunał ultra petita lub z pominięciem któregoś zarzutu (zob. w szczególności wyroki: z dnia 26 kwietnia 2007 r. w sprawie C-195/04 Komisja przeciwko Finlandii, Zb.Orz. s. I-3351, pkt 22 i przytoczone tam orzecznictwo; z dnia 14 stycznia 2010 r. w sprawie C-343/08 Komisja przeciwko Republice Czeskiej, Zb.Orz. s. I-275, pkt 26).
- 33 Ponadto przedmiot postępowania wszczętego zgodnie z art. 226 WE jest ograniczony przez postępowanie poprzedzające wniesienie skargi. W konsekwencji skarga Komisji powinna być oparta na tych samych zarzutach, które znajdowały się w uzasadnionej opinii (zob. podobnie ww. wyrok w sprawie Komisja przeciwko Finlandii, pkt 18).
- 34 W niniejszej sprawie skarga i żądania Komisji spełniają te poszczególne wymogi.

- 35 Podobnie bowiem jak uzasadniona opinia, skarga nie przedstawia zarzutu związanego z domniemanym uchybieniem przez Królestwo Hiszpanii zobowiązaniom, które na nim ciążyą na mocy rozporządzeń nr 1408/71 i 574/72. Kontynuując stanowisko prezentowane przez Komisję niezmiennie w trakcie postępowania poprzedzającego wniesienie skargi, sama skarga ma na celu wyłącznie stwierdzenie naruszenia przez to państwo członkowskie art. 49 WE.
- 36 Ze skargi i z żądań Komisji wynika w sposób jednoznaczny, że zarzucane przez nią uchybienie opiera się na fakcie, że – w odniesieniu do ubezpieczonych w hiszpańskim systemie opieki zdrowotnej, których stan zdrowia wymaga opieki szpitalnej podczas pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego w rozumieniu art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71 – sporne uregulowanie odmawia im wynikającego z art. 49 WE prawa do uzupełniającego zwrotu ze strony instytucji hiszpańskiej, jeżeli poziom pokrycia kosztów stosowany w państwie pobytu jest niższy niż stosowany w Hiszpanii, chyba że chodzi o nagłe zabiegi ratujące życie, o których mowa w art. 4 ust. 3 dekretu królewskiego nr 1030/2006.
- 37 W tym kontekście odwołanie się, w szczególności w żądaniach Komisji, do art. 22 ust. 1 ppkt i) ma na celu nie sformułowanie odrębnego zarzutu, lecz określenie kręgu ubezpieczonych, z których pokrzywdzeniem sporne uregulowanie stanowi, zdaniem Komisji, naruszenie art. 49 WE.
- 38 Wynika stąd, że skarga jest dopuszczalna.

## Co do istoty

### *Argumentacja stron*

- 39 Komisja twierdzi, że art. 49 WE ma zastosowanie do usług opieki zdrowotnej objętych uregulowaniem hiszpańskim także wtedy, gdy konieczność takiej opieki pojawia się podczas tymczasowego pobytu w innym państwie członkowskim.
- 40 Podkreśliliśmy komplementarność art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 oraz art. 49 WE, Komisja podnosi, że w niniejszej sprawie uregulowanie hiszpańskie może ograniczyć zarówno świadczenie usług opieki szpitalnej, jak i świadczenie usług turystycznych lub edukacyjnych, których uzyskanie może uzasadniać tymczasowy pobyt w innym państwie członkowskim.
- 41 Podkreślając, że hipoteza art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia nr 1408/71 obejmuje każdą sytuację, gdy opieka staje się niezbędna w trakcie tymczasowego pobytu w innym państwie członkowskim z powodu pogorszenia stanu zdrowia ubezpieczonego, Komisja twierdzi, że sporne uregulowanie może skłaniać osobę ubezpieczoną w hiszpańskim systemie opieki zdrowotnej, która znajduje się w takiej sytuacji i ma możliwość wyboru między hospitalizacją w państwie członkowskim pobytu a przyspieszonym powrotem do Hiszpanii, by tam uzyskać leczenie, do tego, by zdecydować się na drugie rozwiązanie za każdym razem, gdy poziom pokrycia kosztów stosowany w państwie pobytu jest mniej korzystny niż stosowany w Hiszpanii.

- 42 Komisja dodaje, że sporne uregulowanie może odwozić ubezpieczonych w starszym wieku lub cierpiących na przewlekłe choroby wiążące się z ryzykiem hospitalizacji od udawania się w charakterze turystów lub studentów do państw członkowskich, w których warunki pokrywania kosztów opieki szpitalnej są mniej korzystne niż w Hiszpanii.
- 43 Komisja dodaje, że ograniczenie wynikające z tego uregulowania nie jest uzasadnione. W szczególności konieczność jego istnienia w świetle celu polegającego na zapewnieniu równowagi finansowej krajowego systemu opieki zdrowotnej nie została jej zdaniem wykazana, mając na uwadze okoliczność, że koszt generowany dla tego systemu przez leczenie szpitalne zapewnione w innym państwie członkowskim osobie ubezpieczonej w tym systemie nie mogły w żadnym razie przekroczyć kosztu równoważnego leczenia zapewnionego w Hiszpanii.
- 44 Rząd hiszpański, popierany przez rządy belgijski, fiński i Zjednoczonego Królestwa, zaprzecza, by sporne uregulowanie stwarzało ograniczenie swobody świadczenia usług medycznych, turystycznych lub edukacyjnych, i twierdzi, że w każdym razie to domniemane ograniczenie jest uzasadnione nadrzędnymi względami interesu ogólnego polegającymi na zachowaniu równowagi finansowej spornego krajowego systemu opieki zdrowotnej.

### *Ocena Trybunału*

- 45 Tytułem wstępu należy przypomnieć, że możliwość zastosowania art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, w niniejszej sprawie jego ust. 1 lit. a) ppkt i), nie wyłącza możliwości zastosowania równoległe art. 49 WE. Okoliczność bowiem, że uregulowanie krajowe może być zgodne z rozporządzeniem nr 1408/71, nie skutkuje tym, że znajduje się ono poza zakresem stosowania postanowień traktatu WE (zob. podobnie wyrok z dnia 16 maja 2004 r. w sprawie C-372/04 Watts, Zb.Orz. s. I-4325, pkt 46, 47).

- 46 Po tym przypomnieniu należy przede wszystkim ustalić, czy usługi wskazane w skardze przez Komisję mają – w przypadku osoby ubezpieczonej w krajowym systemie opieki zdrowotnej, których stan zdrowia wymaga opieki szpitalnej podczas tymczasowego pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego – charakter transgraniczny, który powodowałby objęcie ich zakresem zastosowania art. 49 WE (zob. podobnie wyrok z dnia 26 kwietnia 1988 r. w sprawie 352/85 Bond van Adverteerders i in., Rec. s. 2085, pkt 13).
- 47 Co się tyczy z jednej strony usług z zakresu opieki zdrowotnej, należy przypomnieć, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem świadczenia medyczne udzielane za wynagrodzeniem wchodzą w zakres stosowania przepisów dotyczących swobodnego świadczenia usług, także wtedy, gdy opieka została udzielona w ramach hospitalizacji (zob. podobnie wyroki: z dnia 16 maja 2006 r. w sprawie C-372/04 Watts, Zb.Orz. s. I-4325, pkt 86 i przytoczone tam orzecznictwo; z dnia 19 kwietnia 2007 r. w sprawie C-445/05 Stamatelaki, Zb.Orz. s. I-3185, pkt 19). Ponadto świadczenie medyczne nie traci swego przymiotu świadczenia usług w rozumieniu art. 49 WE dlatego, że pacjent, zapłaciwszy wynagrodzenie za opiekę usługodawcy zagranicznemu, ubiega się później o pokrycie kosztów tej opieki przez krajowy system opieki zdrowotnej (zob. ww. wyrok w sprawie Watts, pkt 89 i przytoczone tam orzecznictwo).
- 48 Trybunał orzekł zresztą, że art. 49 WE ma zastosowanie, jeżeli usługodawca i usługobiorca mają siedziby w różnych państwach członkowskich (zob. wyrok z dnia 28 października 1999 r. w sprawie C-55/98 Vestergaard, Rec. s. I-7641, pkt 19). Usługi świadczone przez usługodawcę posiadającego siedzibę w jednym państwie członkowskim, bez przemieszczania się, usługobiorcy posiadającemu siedzibę lub miejsce zamieszkania w innym państwie członkowskim, stanowią transgraniczne świadczenie usług w rozumieniu art. 49 WE (zob. w szczególności wyroki: z dnia 10 maja 1995 r. w sprawie C-384/93 Alpine Investments, Rec. s. I-1141, pkt 21, 22; z dnia 6 listopada 2003 r. w sprawie C-243/01 Gambelli i in., Rec. s. I-13031, pkt 53).

49 Ponadto, zgodnie z równie utrwalonym orzecznictwem Trybunału, swobodne świadczenie usług obejmuje nie tylko swobodę usługodawcy w oferowaniu i wykonywaniu usług dla usługobiorców zamieszkałych lub mających siedzibę w państwie członkowskim innym niż państwo, na którego terytorium znajduje się usługodawca, lecz także swobodę przyjmowania usług lub korzystania, jako usługobiorca nieskrępowany ograniczeniami, z usług oferowanych przez usługodawcę mającego siedzibę w innym państwie członkowskim (zob. w szczególności ww. wyrok w sprawie Gambelli i in., pkt 55 i przytoczone tam orzecznictwo).

50 Z powyższego wynika, że usługi z zakresu opieki szpitalnej, które usługodawca mający siedzibę w jednym państwie członkowskim świadczy w tym państwie usługobiorcy mającemu siedzibę lub miejsce zamieszkania wchodzi w zakres pojęcia świadczenia usług w rozumieniu art. 49 WE; dotyczy to także sytuacji gdy, jak w niniejszej sprawie, tymczasowy pobyt odbiorcy tych usług zdrowotnych w państwie członkowskim siedziby usługodawcy wynika z przyczyn innych niż medyczne.

51 Co się tyczy, z drugiej strony, usług innych niż medyczne, takich jak usługi turystyczne i edukacyjne, konkretnie wskazanych w skardze przez Komisję, należy przypomnieć, poza orzecznictwem wspomnianym w pkt 48 niniejszego wyroku, że osoby mające siedzibę lub miejsce zamieszkania w jednym państwie członkowskim, które udają się do innego państwa członkowskiego jako turyści lub w celach naukowych powinny być uważane za odbiorców usługi w rozumieniu art. 49 WE (zob. wyroki z dnia 31 stycznia 1984 r. w sprawach połączonych 286/82 i 26/83 Luisi i Carbone, Rec. s. 377, pkt 16; z dnia 2 lutego 1989 r. w sprawie 186/87, Cowan, Rec. s. 195, pkt 15 oraz z dnia 19 stycznia 1999 r. w sprawie C-348/96 Calfa, Rec. s. I-11, pkt 16).

- 52 Z powyższych rozważań wynika, że swobodne świadczenie usług obejmuje swobodę ubezpieczonego zamieszkałego w jednym państwie członkowskim udania się do innego państwa członkowskiego w celu tymczasowego pobytu i uzyskania tam opieki szpitalnej ze strony usługodawcy mającego siedzibę w tym innym państwie członkowskim, jeżeli jego stan zdrowia będzie wymagał takiej opieki w trakcie pobytu.
- 53 Oczywiście, o ile bezsporne jest, że prawo wspólnotowe nie narusza kompetencji państw członkowskich w zakresie organizacji systemów zabezpieczenia społecznego i przy braku harmonizacji na szczeblu Unii Europejskiej przepisy prawne każdego państwa członkowskiego muszą określać warunki przyznania świadczeń z dziedziny zabezpieczenia społecznego, to jednak przy wykonywaniu tej kompetencji państwa członkowskie powinny przestrzegać prawa Unii, w szczególności zaś postanowień dotyczących swobodnego świadczenia usług (zob. w szczególności ww. wyrok w sprawie Watts, pkt 92 i przytoczone tam orzecznictwo).
- 54 W tych okolicznościach należy, po drugie, ustalić, czy sporne uregulowanie uchybia tym postanowieniom.
- 55 Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem art. 49 WE stoi na przeszkodzie stosowaniu wszelkich przepisów krajowych, które świadczenie usług między państwami członkowskimi czynią trudniejszym niż świadczenie usług wyłącznie wewnątrz jednego państwa członkowskiego (zob. w szczególności ww. wyrok w sprawie Stamatelaki, pkt 25 i przytoczone tam orzecznictwo).
- 56 W tym względzie Trybunał orzekł już, iż fakt, że uregulowanie krajowe nie zapewnia ubezpieczonemu, któremu udzielono zgody na poddanie się hospitalizacji w innym państwie członkowskim zgodnie z art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71, poziomowi pokrycia kosztów równie korzystnego jak to, do którego byłby on uprawniony,

gdyby poddał się hospitalizacji w państwie członkowskim ubezpieczenia, stanowi ograniczenie swobody świadczenia usług w rozumieniu art. 49 WE, ponieważ może zniechęcać tego ubezpieczonego do zwracania się do usługodawców mających siedzibę w innych państwach członkowskich, a nawet mu to uniemożliwiać (zob. podobnie ww. wyrok w sprawie Vanbraekel i in., pkt 45). Odnośnie do uregulowania krajowego przewidującego bezpłatną opiekę szpitalną zapewnianą w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej Trybunał wskazał, że taki poziom pokrycia kosztów odpowiada, w systemie państwa członkowskiego ubezpieczenia, kosztom leczenia równoważnego temu, które zostało zapewnione ubezpieczonemu w państwie członkowskim pobytu (zob. podobnie ww. wyrok w sprawie Watts, pkt 131, 133).

57 Trybunał uznał, że w zakresie, w jakim takie uzupełnienie zwrotu, będące pochodną systemu pokrycia kosztów stosowanego w państwie ubezpieczenia, nie nakłada teoretycznie na obowiązujący w tym państwie system ubezpieczenia na wypadek choroby żadnego dodatkowego obciążenia finansowego w stosunku do zwrotu, który miałby zostać dokonany w przypadku hospitalizacji na jego terytorium, nie można utrzymywać, że fakt obciążenia systemu zabezpieczenia na wypadek choroby takim uzupełnieniem miałby istotny wpływ na finansowanie systemu zabezpieczenia społecznego (ww. wyrok w sprawie Vanbraekel i in., pkt 52).

58 Jednak w odniesieniu przynajmniej do opieki zdrowotnej o charakterze szpitalnym, której wyłącznie dotyczy niniejsza sprawa, tzw. przypadek „opieki nieplanowanej”, o którym mowa w art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia nr 1408/71, i będący tu przedmiotem sporu, różni się od przypadku „opieki planowanej”, o którym mowa w art. 22 ust. 1 lit. c) tego rozporządzenia, a będącego przedmiotem sporu w ww. sprawach Vanbraekel i in., jak również Watts.

59 Przede wszystkim należy zauważyć, że przypadki korzystania z planowanej opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim na podstawie art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71 są rezultatem – jak wynika z art. 22 ust. 2 akapit drugi – obiektywnego stwierdzenia, że taka opieka lub opieka o takim samym stopniu skuteczności

jest niedostępna w państwie członkowskim ubezpieczenia w akceptowalnym z medycznego punktu widzenia terminie (zob. podobnie ww. wyrok w sprawie Watts, pkt 57, 79). W takiej sytuacji to ostatnie państwo członkowskie powinno, poza obowiązkami wynikającymi z zastosowania art. 22 ust. 1 lit. c) w zw. z art. 36 rozporządzenia nr 1408/71, zapewnić ubezpieczonemu w razie potrzeby poziom pokrycia kosztów równie korzystny jak ten, który zostałby mu przyznany w razie dostępności tej opieki w takim terminie w jego własnym systemie opieki zdrowotnej; w przeciwnym razie, jak orzekł Trybunał w ww. wyroku Vanbraekel i in., doszłoby do naruszenia norm dotyczących swobodnego świadczenia usług.

<sup>60</sup> Sytuacja jest jednak odmienna w przypadku opieki nieplanowanej, o której mowa w art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia nr 1408/71.

<sup>61</sup> Co się tyczy bowiem ubezpieczonego, który przemieszcza się do innego państwa członkowskiego z powodów przykładowo turystycznych lub edukacyjnych, a nie z powodu jakichkolwiek niedostatków oferty systemu opieki zdrowotnej, do którego należy, postanowienia traktatu w dziedzinie swobodnego przepływu nie gwarantują mu neutralności odnośnie do wszystkich usług z zakresu opieki szpitalnej, które mogłyby zostać na jego rzecz wykonane, w sposób nieplanowany, w państwie członkowskim pobytu. Mając na względzie z jednej strony różnice między państwami w zakresie ochrony socjalnej, a z drugiej strony cel rozporządzenia nr 1408/71, polegający na koordynowaniu ustawodawstw krajowych, a nie ich harmonizacji, warunki wiążące się z pobytem w szpitalu w innym państwie członkowskim mogą być, w zależności od przypadku, mniej lub bardziej korzystne lub mniej lub bardziej niekorzystne dla ubezpieczonego (zob. analogicznie wyroki: z dnia 19 marca 2002 r. w sprawach połączonych C-393/99 i C-394/99 Hervein i in, Rec. s. I-2829, pkt 50–52; z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie C-387/01 Weigel, Rec. s. I-4981, pkt 55; a także z dnia 26 kwietnia 2007 r. w sprawie C-392/05 Alevizos, Zb.Orz. s. I-3505, pkt 76).

- 62 Następnie należy podkreślić, że w przypadku planowanej opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim ubezpieczony co do zasady może uzyskać szacunkowy całkowity koszt danego leczenia szpitalnego w postaci kosztorysu, co pozwala mu porównać poziomy pokrywania kosztów mające zastosowanie odpowiednio w państwie członkowskim, w którym pobyt w szpitalu jest planowany oraz w państwie członkowskim ubezpieczenia.
- 63 W takim kontekście okoliczność, że uregulowanie tego ostatniego państwa członkowskiego nie gwarantuje ubezpieczonemu prawa do zwrotu przez instytucję właściwą pozytywnej różnicy między poziomem pokrywania kosztów stosowanym w tym państwie członkowskim oraz w państwie członkowskim, w którym leczenie szpitalne zostało zaplanowane, może skłonić tego ubezpieczonego do rezygnacji z leczenia planowanego w tym innym państwie członkowskim, co oznacza – jak orzekł Trybunał w ww. wyrokach Vanbraekel i in. oraz Watts – ograniczenie swobody świadczenia usług.
- 64 Natomiast, jak podkreślił rząd hiszpański, sytuacja związana z opieką nieplanowaną, o której mowa w art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia nr 1408/71, obejmuje m.in. nieokreśloną liczbę przypadków, gdy stan zdrowia ubezpieczonego przebywającego tymczasowo w innym państwie członkowskim wymaga opieki szpitalnej w okolicznościach związanych w szczególności z nagłością sytuacji, poważnym charakterem choroby lub wypadku bądź medyczną niemożnością powrotu do państwa członkowskiego ubezpieczenia, które to przypadki nie pozostawiają innej możliwości jak jedynie zapewnienie zainteresowanemu leczeniu szpitalnego w zakładzie położonym w państwie członkowskim pobytu.
- 65 We wszystkich tych przypadkach jest wykluczona możliwość przypisania spornemu uregulowaniu wywierania jakiegokolwiek skutku ograniczającego na świadczenie usług opieki szpitalnej przez usługodawców posiadających siedzibę w innym państwie członkowskim.

- 66 Z pewnością, jak zauważyła Komisja, sytuacja opisana w art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia nr 1408/71 dotyczy również przypadków, gdy pogorszenie stanu zdrowia ubezpieczonego podczas pobytu w innym państwie członkowskim, choć ma charakter nieplanowany, nie pozbawia go możliwości wyboru między hospitalizacją w tym państwie członkowskim, a przyspieszonym powrotem do Hiszpanii w celu uzyskania tam koniecznej opieki szpitalnej.
- 67 Jak jednak podkreślono w pkt 1 decyzji nr 194, celem systemu ustanowionego w art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71 jest właśnie uniknięcie w takich wypadkach sytuacji, gdy ubezpieczony jest zmuszony do przyspieszonego powrotu do państwa członkowskiego ubezpieczenia w celu uzyskania tam niezbędnej opieki poprzez przyznanie mu prawa – które w inny sposób by mu nie przysługiwało – dostępu do opieki szpitalnej państwa członkowskiego miejsca pobytu na warunkach pokrywania kosztów równie korzystnych jak te, które przysługują ubezpieczonym podlegającym uregulowaniom państwa członkowskiego pobytu (zob. analogicznie wyrok z dnia 23 października 2003 r. w sprawie C-56/01 Inizan, Rec. s. I-12403, pkt 21, 22).
- 68 Ponadto należy wskazać, że potencjalny wpływ spornego uregulowania na sytuację takiego ubezpieczonego jest zależny od okoliczności, która w chwili, gdy ten ubezpieczony zostaje postawiony przed takim wyborem, ma charakter przypadkowy, tj. od ewentualności, że stosowany w państwie członkowskim pobytu poziom pokrycia kosztów leczenia szpitalnego, któremu zamierza się poddać, a którego całkowity koszt nie jest w tym momencie znany, okaże się niższy od kosztu hipotetycznego równoważnego leczenia w Hiszpanii.
- 69 Odnosnie do usług innych niż medyczne, jak usługi turystyczne lub edukacyjne, należy podkreślić, że przypadek opieki nieplanowanej w rozumieniu art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia nr 1408/71 z definicji zakłada brak pewności – w chwili gdy ubezpieczony postanawia udać się do innego państwa członkowskiego przykładowo jako turysta lub student – co do niezbędności opieki szpitalnej w trakcie tymczasowego pobytu w tym innym państwie członkowskim.

- 70 Sytuacja ubezpieczonych w starszym wieku, jak również ubezpieczonych cierpiących na choroby przewlekłe lub wcześniej istniejące, którzy na mocy pkt 1 oraz motywu 7 decyzji nr 194 zostali włączeni w zakres zastosowania art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia nr 1408/71, ma w tym aspekcie ten sam przypadkowy charakter.
- 71 Mimo bowiem, że może ich obejmować zwiększone ryzyko pogorszenia stanu zdrowia, ubezpieczeni ci, podobnie jak pozostali, będą mogli podlegać pod sporne uregulowanie jedynie w sytuacji, gdyby ich stan zdrowia podczas tymczasowego pobytu w innym państwie członkowskim rzeczywiście wymagał opieki szpitalnej innej niż wskazana w art. 4 ust. 3 zdanie drugie dekretu królewskiego nr 1030/2006 i gdyby okazało się, że poziom pokrycia kosztów stosowany w tym państwie członkowskim jest niższy niż koszt równoważnego leczenia zapewnianego w Hiszpanii.
- 72 Wynika stąd, iż okoliczność, że ubezpieczeni w hiszpańskim systemie opieki zdrowotnej mogą zostać skłonieni do przyspieszonego powrotu do Hiszpanii w celu uzyskania opieki szpitalnej, która okazała się niezbędna z powodu pogorszenia ich stanu zdrowia podczas tymczasowego pobytu w innym państwie członkowskim lub do rezygnacji z podróży, przykładowo w celach turystycznych lub naukowych, do takiego innego państwa członkowskiego w związku z tym, że nie mogą spodziewać się – poza przypadkiem wskazanym w art. 4 ust. 3 zdanie drugie dekretu królewskiego nr 1030/2006, uzupełniającego udziału instytucji właściwej, w razie gdyby koszt leczenia równoważnego w Hiszpanii przekraczał poziom pokrycia kosztów stosowany w tym innym państwie członkowskim, okazuje się mieć charakter zbyt przypadkowy i pośredni. Tym samym sporne uregulowanie nie można, w ogólności, postrzegać jako uregulowanie mogące ograniczyć swobodne świadczenie usług z zakresu opieki szpitalnej, usług turystycznych lub usług edukacyjnych (zob. analogicznie, odpowiednio w dziedzinie swobodnego przepływu towarów i swobodnego przepływu pracowników, wyroki: z dnia 7 marca 1990 r. w sprawie C-69/88 Krantz, Rec. s. I-583, pkt 11; z dnia 27 stycznia 2000 r. w sprawie C-190/98 Graf, Rec. s. I-493, pkt 24, 25).

- 73 Przepadek autora skargi do Komisji wskazanej w pkt 20 niniejszego wyroku wniosek taki potwierdza. Stanowi on bowiem potwierdzenie hipotetycznego charakteru skutków spornego uregulowania, skoro wniosek o uzupełniający zwrot kosztów złożony przez zainteresowane okazał się w rezultacie, jak wynika z akt sprawy, nieuzasadniony, a to z powodu niższego kosztu równoważnego leczenia w Hiszpanii w porównaniu z poziomem pokrycia kosztów stosowanym w państwie członkowskim pobytu.
- 74 Należy wreszcie podkreślić, że w odróżnieniu od przypadków wchodzących w zakres art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71, przypadki objęte art. 22 ust. 1 lit. a) mają dla państw członkowskich i ich instytucji właściwych ds. ochrony socjalnej charakter nieprzewidywalny.
- 75 Każde państwo członkowskie dysponuje bowiem, jako państwo członkowskie ubezpieczenia, w ramach kompetencji przyznanej mu w art. 153 TFUE i 168 TFUE dla potrzeb organizowania swojego systemu zdrowia publicznego i zabezpieczenia społecznego (zob. podobnie ww. wyrok w sprawie Watts, pkt 92, 146; wyrok z dnia 1 czerwca 2010 r. w sprawach połączonych C-570/07 i C-571/07 Blanco Pérez i Chao Gómez, Zb.Orz. s. I-4629, pkt 43) możliwością przyjmowania środków mających wpływ na zakres i warunki – w szczególności w zakresie terminów – oferty opieki szpitalnej na swoim własnym terytorium w celu zmniejszania liczby pozwoleń wydawanych na podstawie art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71 na planowane leczenie w innym państwie członkowskim osób ubezpieczonych w swoim systemie.
- 76 Natomiast, jak podkreśliły rządy duński i fiński, nieustannie rosnąca mobilność obywateli wewnątrz Unii Europejskiej, w szczególności z powodów turystycznych lub edukacyjnych, może przekładać się na coraz większą liczbę przypadków nieplanowanej opieki szpitalnej w rozumieniu art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia nr 1408/71, nad którymi państwa członkowskie nie mają żadnej kontroli.

- 77 W tym kontekście, gdy każde państwo członkowskie polega – jako państwo członkowskie ubezpieczenia – na stosowaniu uregulowań państwa członkowskiego pobytu w zakresie poziomu pokrywania kosztów, obciążających ostatecznie instytucję właściwą, opieki szpitalnej, jakiej może wymagać stan zdrowia ubezpieczonego podczas tymczasowego pobytu w tym drugim państwie członkowskim, stosowanie art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia nr 1408/71 w zw. z art. 36 tego rozporządzenia, dotyczącym mechanizmu zwrotu między zainteresowanymi instytucjami, opiera się na całościowej kompensacie ryzyka.
- 78 Uważa się bowiem, że przypadki, gdy nieplanowana opieka szpitalna zapewniona ubezpieczonemu podczas tymczasowego pobytu w innym państwie członkowskim naraża państwo członkowskie ubezpieczenia – wskutek zastosowania przepisów tego innego państwa członkowskiego – na dalej idące obciążenie finansowe, niż w razie zapewnienia takiej opieki w jednym z własnych zakładów, są zrównoważone całościowo przez przypadki, gdy – przeciwnie – stosowanie przepisów państwa członkowskiego pobytu skutkuje dla państwa członkowskiego ubezpieczenia zmniejszeniem obciążenia finansowego związanego z opieką szpitalną w porównaniu z tym, jakie wynikałoby z zastosowania jego własnych uregulowań.
- 79 W konsekwencji fakt nałożenia na państwo członkowskie obowiązku zapewnienia swoim własnym ubezpieczonym uzupełniającego zwrotu ze strony instytucji właściwej w każdym przypadku, gdy poziom pokrycia kosztów stosowany w państwie członkowskim pobytu z tytułu spornej nieplanowanej opieki szpitalnej okaże się niższy niż stosowany na podstawie jego własnych przepisów, oznaczałoby naruszenie samej struktury systemu wprowadzonego rozporządzeniem nr 1408/71. W każdym bowiem przypadku dotyczącym takiej opieki instytucja właściwa państwa członkowskiego ubezpieczenia byłaby systematycznie narażana na najwyższe obciążenie finansowe, czy to na podstawie – zgodnie z art. 22 ust. 1 lit. a) rozporządzenia – przepisów państwa członkowskiego pobytu przewidujących poziom pokrycia kosztów wyższy niż przewidziany w przepisach państwa członkowskiego ubezpieczenia, czy – w odwrotnej sytuacji – na podstawie własnych uregulowań.

<sup>80</sup> Z ogółu powyższych rozważań wynika, że Komisja nie wykazała, że sporne uregulowanie rozpatrywane jako całość stanowi uchybienie przez Królestwo Hiszpanii zobowiązaniom ciążącym na nim na mocy art. 49 WE.

<sup>81</sup> Tym samym skargę należy oddalić.

### **W przedmiocie kosztów**

<sup>82</sup> Zgodnie z art. 69 § 2 regulaminu postępowania kosztami zostaje obciążona, na żądanie strony przeciwnej, strona przegrywająca sprawę. Ponieważ Królestwo Hiszpanii wniosło o obciążenie Komisji kosztami postępowania, a Komisja przegrała sprawę, należy obciążyć ją kosztami postępowania. Zgodnie z art. 69 § 4 akapit pierwszy regulaminu postępowania Królestwo Belgii, Królestwo Danii, 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 Belgii, Królestwo Danii, Republika Finlandii i Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej pokrywają własne koszty.**

Podpisy