



Zbiór Orzeczeń

WYROK TRYBUNAŁU (czwarta izba)

z dnia 23 września 2020 r.*

Odesłanie prejudycjalne – Zabezpieczenie społeczne – Ubezpieczenia zdrowotne – Rozporządzenie (WE) nr 883/2004 – Artykuł 20 – Leczenie planowane – Uprzednia zgoda – Obowiązkowe udzielenie – Przesłanki – Niemożność wystąpienia o uprzednią zgodę przez ubezpieczonego – Rozporządzenie (WE) nr 987/2009 – Artykuł 26 – Pokrycie kosztów leczenia planowanego poniesionych przez ubezpieczonego – Zasady zwrotu – Dyrektywa 2011/24/UE – Transgraniczna opieka zdrowotna – Artykuł 8 ust. 1 – Opieka zdrowotna, która może wymagać uprzedniej zgody – Zasada proporcjonalności – Artykuł 9 ust. 3 – Rozpatrywanie wniosków o transgraniczną opiekę zdrowotną – Okoliczności, jakie należy uwzględnić – Rozsądny termin – Swoboda świadczenia usług – Artykuł 56 TFUE

W sprawie C-777/18

mającej za przedmiot wniosek o wydanie, na podstawie art. 267 TFUE, orzeczenia w trybie prejudycjalnym, złożony przez Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság (sąd administracyjny i pracy w Szombathely, Węgry) postanowieniem z dnia 28 listopada 2018 r., które wpłynęło do Trybunału w dniu 11 grudnia 2018 r., w postępowaniu:

WO

przeciwko

Vas Megyei Kormányhivatal,

TRYBUNAŁ (czwarta izba),

w składzie: M. Vilaras, prezes izby, S. Rodin, D. Šváby, K. Jürimäe i N. Piçarra (sprawozdawca), sędziowie,

rzecznik generalny: E. Sharpston,

sekretarz: A. Calot Escobar,

uwzględniając pisemny etap postępowania,

rozważywszy uwagi, które przedstawili:

- w imieniu Vas Megyei Kormányhivatal – Gy. Szele, w charakterze pełnomocnika,
- w imieniu rządu węgierskiego – M.Z. Fehér i M. Tátrai, w charakterze pełnomocników,
- w imieniu rządu niderlandzkiego – K. Bulterman i H.S. Gijzen, w charakterze pełnomocników,

* Język postępowania: węgierski.

- w imieniu rządu polskiego – B. Majczyna, w charakterze pełnomocnika,
- w imieniu Komisji Europejskiej – L. Havas, B.-R. Killmann, L. Malferrari i A. Szmytkowska, w charakterze pełnomocników,

podjąwszy, po wysłuchaniu rzecznika generalnego, decyzję o rozstrzygnięciu sprawy bez opinii,
wydaje następujący

Wyrok

- 1 Wniosek o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym dotyczy wykładni art. 56 TFUE, art. 20 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. 2004, L 166, s. 1), art. 26 ust. 1 i 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. 2009, L 284, s. 1) oraz art. 8 ust. 1 i art. 9 ust. 3 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2011, L 88, s. 45).
- 2 Wniosek ten został złożony w ramach sporu pomiędzy WO a Vas Megyei Kormányhivatal (służbami administracyjnymi komitatu Vas, Węgry) (zwanymi dalej „służbami administracyjnymi”) w przedmiocie odmowy zwrotu przez te służby na rzecz WO kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, która była mu świadczona w Niemczech.

I. Ramy prawne

A. Prawo Unii

1. Rozporządzenie nr 883/2004

- 3 Na mocy art. 1 rozporządzenia nr 883/2004:

„Do celów stosowania niniejszego rozporządzenia:

[...]

- l) określenie »ustawodawstwo« oznacza, w odniesieniu do każdego państwa członkowskiego, przepisy ustawowe, wykonawcze i inne oraz obowiązujące środki wykonawcze odnoszące się do działów systemu zabezpieczenia społecznego objętych art. 3 ust. 1;

Określenie to nie obejmuje postanowień umownych innych niż te, które służą wykonaniu obowiązku ubezpieczeniowego wynikającego z przepisów ustawowych i wykonawczych, o których mowa w poprzednim akapicie, lub które były przedmiotem decyzji władz publicznych, która nadała im charakter obligatoryjny lub rozszerzyła ich zakres, pod warunkiem że zainteresowane państwo członkowskie złoży oświadczenie i powiadomi o tym Przewodniczącego Parlamentu Europejskiego i Przewodniczącego Rady Unii Europejskiej. Oświadczenie takie publikowane jest w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*;

m) określenie »właściwa władza« oznacza, w odniesieniu do każdego państwa członkowskiego, ministra, ministrów lub inną odpowiednią władzę, której podlegają na całym terytorium danego państwa lub jego części, systemy zabezpieczenia społecznego;

[...]

p) określenie »instytucja« oznacza, w odniesieniu do każdego państwa członkowskiego, organ lub władzę odpowiedzialną za stosowanie całości lub części ustawodawstwa;

q) określenie »instytucja właściwa« oznacza:

- i) instytucję, w której zainteresowany jest ubezpieczony w chwili składania wniosku o świadczenie, albo
- ii) instytucję, od której zainteresowany ma prawo uzyskać świadczenia lub miałby prawo do uzyskania świadczeń, gdyby on sam lub członkowie jego rodziny zamieszkiwali na terytorium państwa członkowskiego, gdzie znajduje się ta instytucja, albo
- iii) instytucję wyznaczoną przez właściwą władzę danego państwa członkowskiego [...]

[...]

r) określenie »instytucja miejsca zamieszkania« oraz »instytucja miejsca pobytu« oznaczają, odpowiednio, instytucję właściwą do udzielania świadczeń w miejscu zamieszkania osoby zainteresowanej oraz instytucję właściwą do udzielania świadczeń w miejscu pobytu osoby zainteresowanej, zgodnie ze stosowanym przez nie ustawodawstwem lub jeżeli taka instytucja nie istnieje, instytucję wyznaczoną przez właściwą władzę danego państwa członkowskiego;

[...]”.

4 Zgodnie z art. 3 ust. 1 tego rozporządzenia:

„Niniejsze rozporządzenie stosuje się do całego ustawodawstwa odnoszącego się do następujących działów zabezpieczenia społecznego:

a) świadczeń z tytułu choroby;

[...]”.

5 Artykuł 19 wspomnianego rozporządzenia, zatytułowany „Pobyt poza właściwym państwem członkowskim”, ma następujące brzmienie:

„1. O ile przepisy ust. 2 nie stanowią inaczej, ubezpieczony i członkowie jego rodziny przebywający w innym państwie członkowskim niż państwo właściwe są uprawnieni do świadczeń rzeczowych, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie ich pobytu, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu. Świadczenia te udzielane są w imieniu instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa, tak jak gdyby zainteresowane osoby były ubezpieczone na mocy wspomnianego ustawodawstwa”.

2. Komisja Administracyjna ustala listę świadczeń rzeczowych, które aby mogły być udzielone w czasie pobytu w innym państwie członkowskim, wymagają, z przyczyn praktycznych, wcześniejszego porozumienia między zainteresowaną osobą a instytucją zapewniającą opiekę”.

- 6 Artykuł 20 tego rozporządzenia, zatytułowany „Udanie się w celu uzyskania świadczeń rzeczowych – zezwolenie na stosowne leczenie poza państwem członkowskim miejsca zamieszkania”, przewiduje:

„1. O ile niniejsze rozporządzenie nie stanowi inaczej, ubezpieczony udający się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania świadczeń rzeczowych w czasie tego pobytu ubiega się o zezwolenie właściwej instytucji.

2. Ubezpieczony, który uzyskał zezwolenie właściwej instytucji na udanie się do innego państwa członkowskiego w celu poddania się leczeniu odpowiedniemu do jego stanu, otrzymuje świadczenia rzeczowe udzielane, w imieniu instytucji właściwej, przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa, tak jak gdyby był on ubezpieczony na mocy wspomnianego ustawodawstwa. Zezwolenie zostaje wydane, jeżeli przedmiotowe leczenie należy do świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania, oraz jeżeli nie może on uzyskać takiego leczenia w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby.

[...]”.

2. Rozporządzenie nr 987/2009

- 7 Motywy 16 i 17 rozporządzenia nr 987/2009 stanowią:

„(16) W szczególnym kontekście rozporządzenia [nr 883/2004] należy wyjaśnić warunki, na jakich pokrywane są koszty świadczeń rzeczowych z tytułu choroby w ramach leczenia planowanego, czyli leczenia, na które ubezpieczony wyjeżdża do państwa członkowskiego innego niż państwo, w którym jest ubezpieczony lub w którym ma miejsce zamieszkania. Obowiązki ubezpieczonego w odniesieniu do złożenia wniosku o wydanie uprzedniego zezwolenia na wyjazd powinny zostać określone podobnie jak obowiązki instytucji wobec pacjenta w odniesieniu do warunków wydawania zezwolenia. Należy także wyjaśnić konsekwencje w zakresie rozliczania kosztów opieki otrzymanej w innym państwie członkowskim na podstawie zezwolenia.

(17) Niniejsze rozporządzenie, a zwłaszcza jego przepisy dotyczące pobytu poza właściwym państwem członkowskim oraz dotyczące leczenia planowanego, nie powinny stanowić przeszkody w stosowaniu bardziej korzystnych przepisów krajowych, w szczególności w odniesieniu do zwrotu kosztów poniesionych w innym państwie członkowskim”.

- 8 Artykuł 25 tego rozporządzenia, zatytułowany „Pobyt w państwie członkowskim innym niż właściwe państwo członkowskie”, stanowi w ust. 4 i 5:

„4. Jeżeli ubezpieczony rzeczywiście w całości lub w części poniósł koszty świadczeń rzeczowych udzielonych w ramach art. 19 rozporządzenia [nr 883/2004] i jeżeli ustawodawstwo stosowane przez instytucję miejsca pobytu umożliwia zwrot tych kosztów ubezpieczonemu, może on przesłać swój wniosek o zwrot kosztów do instytucji miejsca pobytu. W takim przypadku instytucja ta zwraca bezpośrednio ubezpieczonemu koszty odpowiadające tym świadczeniom do wysokości i na warunkach przewidzianych dla stawek zwrotu kosztów w ustawodawstwie obowiązującym tę instytucję.

5. Jeżeli o zwrot tych kosztów nie wystąpiono bezpośrednio do instytucji miejsca pobytu, poniesione koszty są zwracane zainteresowanemu przez instytucję właściwą według stawek zwrotu kosztów stosowanych przez instytucję miejsca pobytu [...].

Instytucja miejsca pobytu udziela instytucji właściwej, na jej wniosek, wszelkich niezbędnych informacji o tych stawkach lub kwotach”.

9 Artykuł 26 wspomnianego rozporządzenia, zatytułowany „Leczenie planowane”, przewiduje:

„1. Do celów stosowania art. 20 ust. 1 rozporządzenia [nr 883/2004] ubezpieczony przedstawia instytucji miejsca pobytu dokument wydany przez instytucję właściwą. Do celów niniejszego artykułu instytucja właściwa oznacza instytucję, która ponosi koszty planowanego leczenia [...].

2. Jeżeli ubezpieczony nie ma miejsca zamieszkania we właściwym państwie członkowskim, zwraca się on o udzielenie zezwolenia do instytucji miejsca zamieszkania, która niezwłocznie przekazuje wniosek instytucji właściwej.

W takim przypadku instytucja miejsca zamieszkania wydaje zaświadczenie, w którym potwierdza, że w państwie członkowskim miejsca zamieszkania zostały spełnione warunki określone w art. 20 ust. 2 zdanie drugie rozporządzenia [nr 883/2004].

Instytucja właściwa może odmówić wydania zezwolenia jedynie wtedy, gdy w ocenie instytucji miejsca zamieszkania warunki określone w art. 20 ust. 2 zdanie drugie rozporządzenia [nr 883/2004] nie zostały spełnione w państwie członkowskim, w którym ubezpieczony ma miejsce zamieszkania, lub gdy takie samo leczenie może zostać zapewnione we właściwym państwie członkowskim w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, uwzględniając aktualny [stan zdrowia] i przewidywany przebieg choroby zainteresowanego.

Instytucja właściwa powiadamia o swojej decyzji instytucję państwa członkowskiego miejsca zamieszkania.

W przypadku braku odpowiedzi w terminie określonym w ustawodawstwie krajowym uznaje się, że instytucja właściwa udzieliła zezwolenia.

3. Jeżeli ubezpieczony, który nie ma miejsca zamieszkania we właściwym państwie członkowskim, wymaga pilnego leczenia ratującego życie, a nie można odmówić wydania zezwolenia zgodnie z art. 20 ust. 2 zdanie drugie rozporządzenia [nr 883/2004], zezwolenie wydaje instytucja miejsca zamieszkania w imieniu instytucji właściwej, która natychmiast zostaje o tym poinformowana przez instytucję miejsca zamieszkania.

Instytucja właściwa uznaje ustalenia i metody leczenia lekarzy zatwierdzonych przez instytucję miejsca zamieszkania wydającą zezwolenie, dotyczące potrzeby pilnego leczenia ratującego życie.

[...]

6. Bez uszczerbku dla ust. 7 przepisy art. 25 ust. 4 i 5 [niniejszego rozporządzenia] stosuje się odpowiednio.

7. Jeżeli ubezpieczony rzeczywiście w całości lub w części poniósł koszty leczenia objętego zezwoleniem, a kwota kosztów, które instytucja właściwa jest zobowiązana zwrócić instytucji miejsca pobytu lub ubezpieczonemu zgodnie z ust. 6 (koszt rzeczywisty), są niższe od kosztów, jakie musiałaby ona uiścić za to samo leczenie we właściwym państwie członkowskim (koszt hipotetyczny), instytucja właściwa zwraca, na wniosek, koszty leczenia poniesione przez ubezpieczonego do wysokości różnicy kosztów hipotetycznych i kosztów rzeczywistych. Zwracana kwota nie może jednak przewyższać koszty rzeczywiście poniesionej przez ubezpieczonego i może uwzględniać kwotę, którą ubezpieczony musiałby uiścić, jeśli leczenie miałoby miejsce we właściwym państwie członkowskim”.

3. Dyrektywa 2011/24

10 Motywy 8 i 46 dyrektywy 2011/24 stanowią:

„(8) Trybunał [...] wypowiedział się już w niektórych kwestiach związanych z transgraniczną opieką zdrowotną, w szczególności w sprawie zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w państwie członkowskim innym niż państwo zamieszkania osoby korzystającej z opieki. Celem niniejszej dyrektywy jest zapewnienie powszechniejszego, a także skutecznego stosowania zasad określonych przez Trybunał [...] w poszczególnych sprawach.

[...]

(46) W każdym przypadku, jeżeli państwo członkowskie zdecydowało się na wprowadzenie systemu udzielania uprzedniej zgody na pokrycie kosztów opieki szpitalnej lub opieki specjalistycznej świadczonej w innym państwie członkowskim zgodnie z przepisami niniejszej dyrektywy, koszty takiej opieki świadczonej w innym państwie członkowskim powinny być także zwrócone przez państwo członkowskie ubezpieczenia w wysokości, jaka miałaby zastosowanie w przypadku takiej samej opieki zdrowotnej udzielonej w państwie członkowskim ubezpieczenia, bez przekraczania rzeczywistych kosztów uzyskanej opieki zdrowotnej. Jednakże jeżeli spełnione są warunki określone [...] w rozporządzeniu [nr 883/2004], udzielenie zgody oraz zapewnienie świadczeń powinno nastąpić zgodnie z rozporządzeniem [nr 883/2004], chyba że pacjent wystąpi o inne rozwiązanie. Powinno to mieć zastosowanie w szczególności w przypadkach, gdy zgoda jest udzielana po rozpatrzeniu wniosku w postępowaniu administracyjnym lub sądowym oraz gdy zainteresowana osoba skorzystała z leczenia w innym państwie członkowskim. W tym przypadku art. 7 i 8 niniejszej dyrektywy nie powinny mieć zastosowania. Jest to zgodne z orzecznictwem Trybunału [...], który stwierdził, że pacjenci, którzy otrzymali decyzję o odmowie udzielenia zgody, uznają następnie za nieuzasadnioną, są uprawnieni do otrzymania całkowitego zwrotu kosztów leczenia uzyskanego w innym państwie członkowskim, zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego leczenia”.

11 Zgodnie z art. 2 lit. m) tej dyrektywy stosuje się ją bez uszczerbku dla przepisów rozporządzeń nr 883/2004 i nr 987/2009.

12 Artykuł 7 wspomnianej dyrektywy, zatytułowany „Ogólne zasady zwrotu kosztów [transgranicznej opieki zdrowotnej]”, stanowi:

„1. Bez uszczerbku dla rozporządzenia [nr 883/2004] i z zastrzeżeniem przepisów art. 8 i 9 państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia.

[...]

3. Do państwa członkowskiego ubezpieczenia należy rozstrzygnięcie o pokryciu kosztów i poziomie pokrycia kosztów opieki zdrowotnej, do której ubezpieczony jest uprawniony [...], niezależnie od tego, gdzie opieka zdrowotna została świadczona.

4. Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej.

W przypadku gdy pełny koszt transgranicznej opieki zdrowotnej przekracza poziom kosztów, jakie byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, państwo członkowskie ubezpieczenia może mimo wszystko zdecydować o zwrocie kosztów w pełnej wysokości.

Państwo członkowskie ubezpieczenia może zdecydować o zwrocie innych związanych kosztów, takich jak koszty noclegu i podróży, [...] pod warunkiem, że istnieje wystarczająca dokumentacja określająca te koszty.

[...]

7. Państwo członkowskie ubezpieczenia może nałożyć na osobę ubezpieczoną, która dochodzi zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, w tym opieki zdrowotnej otrzymanej za pomocą telemedycyny, te same warunki, kryteria przysługiwania uprawnień i wymogi prawno-administracyjne [...], jakie byłyby nałożone, gdyby ten sam rodzaj opieki zdrowotnej był świadczony na terytorium tego państwa członkowskiego. Mogą one obejmować ocenę przez pracownika służby zdrowia lub pracownika administracyjnego służby zdrowia realizującego świadczenia w ramach ustawowego systemu zabezpieczenia społecznego lub krajowego systemu opieki zdrowotnej państwa członkowskiego ubezpieczenia, np. przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, u którego dany pacjent jest zarejestrowany, jeżeli jest to konieczne do ustalenia, czy ten pacjent jest uprawniony do uzyskania opieki zdrowotnej. Jednakże warunki, kryteria przysługiwania uprawnień i wymogi prawno-administracyjne nałożone zgodnie z niniejszym ustępem nie mogą być dyskryminacyjne ani nie mogą stanowić przeszkody w swobodnym przepływie pacjentów, usług lub towarów, o ile nie jest to obiektywnie uzasadnione wymogami planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczącymi woli kontrolowania kosztów i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich.

8. Z wyjątkiem przypadków określonych w art. 8 państwo członkowskie ubezpieczenia nie może uzależniać zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uzyskania uprzedniej zgody.

[...]”.

13 Artykuł 8 tej dyrektywy, zatytułowany „Opieka zdrowotna, która może wymagać uprzedniej zgody”, przewiduje w ust. 1–3:

„1. Państwo członkowskie ubezpieczenia może przewidzieć system udzielania uprzedniej zgody na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej zgodnie z niniejszym artykułem oraz art. 9. System udzielania uprzedniej zgody, w tym jego kryteria i stosowanie tych kryteriów, oraz indywidualne decyzje o odmowie udzielenia uprzedniej zgody ograniczają się do tego, co jest konieczne i proporcjonalne do celu, jaki ma zostać osiągnięty, i nie mogą stanowić środka arbitralnej dyskryminacji ani nieuzasadnionej przeszkody w swobodnym przepływie pacjentów.

2. Opieka zdrowotna, która może wymagać uprzedniej zgody, jest ograniczona do opieki zdrowotnej, która:

- a) podlega wymogom planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczącym woli kontrolowania kosztów i uniknięcia, na ile jest to możliwe, marnotrawstwa zasobów finansowych technicznych i ludzkich oraz:
 - i) obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc; lub
 - ii) występuje konieczność [wiąże się z koniecznością] użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej;

[...]

Państwa członkowskie powiadają Komisję o kategoriach opieki zdrowotnej, o których mowa w lit. a).

3. W odniesieniu do wniosków o udzielenie uprzedniej zgody składanych przez ubezpieczonego w celu skorzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej państwo członkowskie ubezpieczenia ustala, czy spełnione zostały warunki rozporządzenia [nr 883/2004]. Jeżeli te warunki są spełnione, zgoda jest wydawana w myśl tego rozporządzenia, chyba że pacjent wyraża inną wolę”.

14 Artykuł 9 ust. 3 dyrektywy 2011/24 stanowi:

„Państwa członkowskie ustalają rozsądne terminy, w jakich wnioski o transgraniczną opiekę zdrowotną muszą zostać rozpatrzone, i podają je z wyprzedzeniem do publicznej wiadomości. Rozpatrując wniosek o skorzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej, państwa członkowskie uwzględniają:

- a) określony stan chorobowy;
- b) pilność i indywidualne okoliczności”.

B. Prawo węgierskie

15 Paragraf 27 ust. 6 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (ustawy LXXXIII z 1997 r. w sprawie świadczeń z obowiązkowego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, zwanej dalej „ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym”) stanowi:

„W ramach transgranicznej opieki zdrowotnej ubezpieczonemu – nie włączając w to osób mogących się ubiegać o świadczenia zdrowotne z tytułu ubezpieczenia fakultatywnego – który korzysta ze świadczeń zdrowotnych określonych w rozdziale II sekcje 1–3, przysługują takie same prawa, jak gdyby w podobnej sytuacji korzystał z usług zdrowotnych na Węgrzech.

Instytucja ubezpieczenia zdrowotnego zwraca rzeczywisty koszt świadczenia, należycie poświadczony, przy czym kwota należnego zwrotu nie może przekraczać ceny świadczenia udzielanego przez świadczeniodawcę finansowanego ze środków publicznych na Węgrzech w dniu udzielenia tego świadczenia.

Ubezpieczony – nie włączając w to osób mogących się ubiegać o świadczenia zdrowotne z tytułu ubezpieczenia fakultatywnego – może korzystać ze świadczeń określonych w dekrete rządowym w sprawie systemu leczenia za granicą wyłącznie za uprzednią zgodą.

Jeżeli ubezpieczony pragnie skorzystać ze świadczenia, w odniesieniu do którego prawo węgierskie wymaga skierowania od lekarza prowadzącego leczenie, musi on ponadto dysponować dla celów zwrotu kosztów skierowaniem odnoszącym się do tego świadczenia i wystawionym zgodnie z przepisami prawa”.

- 16 Paragraf 2 ust. 1 a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet [dekretu rządowego 340/2013. (IX. 25.) ustanawiającego szczegółowe przepisy dotyczące leczenia za granicą, zwanego dalej „dekretem rządowym”] stanowi:

„Osoba, która może ubiegać się o świadczenia opieki zdrowotnej za granicą, może skorzystać z tych świadczeń:

- a) zgodnie z przepisami rozporządzeń Unii Europejskiej w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i jej wykonywania (zwanym dalej »rozporządzeniami Unii«),
 - b) w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej, o której mowa w § 5/B ust. s lit. sb) [ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym] (zwanym dalej »transgraniczną opieką zdrowotną«), oraz
 - c) ze względów słuszności, o których mowa w § 28 ust. 1 i § 9 [ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym]”.
- 17 Na mocy § 3 ust. 1 tego dekretu:

„Osoba, która może ubiegać się o świadczenia opieki zdrowotnej za granicą, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej za granicą, o których mowa w § 2 ust. 1 lit. a) i c), oraz w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej za granicą, o których mowa w § 2 ust. 1 lit. b) – do świadczeń wymienionych w załączniku 1, może skorzystać z leczenia planowanego finansowanego przez Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő [(narodowy fundusz ubezpieczenia zdrowotnego, Węgry)] (zwanego dalej »NEAK«) jedynie za zgodą wydaną uprzednio przez ten fundusz”.

- 18 Paragraf 5 ust. 1–3 wspomnianego dekretu stanowi:

„1. W razie złożenia wniosku o świadczenia opieki zdrowotnej za granicą NEAK bada w terminie ośmiu dni od dnia jego otrzymania, czy dotyczy on świadczenia uznanego i pokrywanego z zabezpieczenia społecznego na Węgrzech.

2. Jeżeli świadczenie jest uznane i pokrywane w ramach zabezpieczenia społecznego, NEAK bada w dodatkowym terminie 15 dni, czy pacjent może uzyskać leczenie w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, wskazanym we wniosku, od świadczeniodawcy zapewniającego opiekę zdrowotną finansowanego ze środków publicznych. W razie potrzeby NEAK korzysta z pomocy biegłego w celu sprawdzenia danych zawartych we wniosku.

3. Jeśli świadczeniodawca zapewniający opiekę zdrowotną finansowany ze środków publicznych może zapewnić na Węgrzech we wskazanym we wniosku terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia leczenie osobie, która może ubiegać się o świadczenia opieki zdrowotnej za granicą, NEAK odda wniosek i proponuje świadczeniodawcę zapewniającego opiekę zdrowotną finansowanego ze środków publicznych. NEAK zasięga uprzednio informacji na temat możliwości obsługi pacjentów przez krajowego świadczeniodawcę zapewniającego opiekę zdrowotną finansowanego ze środków publicznych”.

- 19 Zgodnie z § 7 ust. 1 dekretu rządowego:

„Jeżeli osoba mogąca ubiegać się o świadczenia opieki zdrowotnej za granicą pragnie skorzystać z świadczeń opieki zdrowotnej za granicą udzielanych przez świadczeniodawcę, który nie jest objęty zakresem stosowania rozporządzeń Unii, lub z jakiegokolwiek innego powodu nieprzewidzianego w rozporządzeniach Unii lub składa wniosek o zgodę na udzielenie jej jedynie prawa skorzystania ze świadczeń bez wskazania świadczeniodawcy zapewniającego opiekę zdrowotną, powinna ona wskazać to w swoim wniosku. NEAK postępuje w trybie przewidzianym w § 5 ust. 1–3 oraz uwzględnia pilność i indywidualne okoliczności [...]”.

- 20 Z załącznika 1 do tego dekretu wynika, że w czasie zaistnienia okoliczności faktycznych rozpatrywanych w postępowaniu głównym, obowiązkowi uzyskania zgody podlegały:
- w przypadku opieki szpitalnej wymienionej w załączniku 3 do az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet [dekretu NM 9/1993. (IV. 2.) w sprawie niektórych kwestii finansowania specjalistycznej opieki zdrowotnej z zabezpieczenia społecznego, zwanego dalej „dekretem sektorowym”] wszystkie świadczenia obejmujące leczenie szpitalne lub związane z nim urządzenia i implanty do jednorazowego użytku refundowane jednostkowo, których wykaz znajduje się w załączniku 1 do dekretu sektorowego, oraz substancje czynne refundowane jednostkowo, których wykaz znajduje się w załączniku 1/A do tego dekretu;
 - opieka jednodniowa oraz udzielana w formie leczenia opieka wymieniona w załącznikach 9, 10 i 10/A do wspomnianego dekretu;
 - procedury i zabiegi chirurgiczne wyszczególnione w załączniku 8 do tego dekretu, o wysokiej wartości, nierozpowszechnione na szczeblu krajowym, z wyjątkiem opieki związanej z transplantacją organu.

II. Postępowanie główne i pytania prejudycjalne

- 21 W 1987 r. WO, obywatel węgierski, doznał odwarstwienia siatkówki w lewym oku i utracił w nim wzrok.
- 22 W 2015 r. zdiagnozowano u niego jaskrę prawego oka. Opieka, którą go objęto w kilku węgierskich placówkach medycznych, nie przyniosła efektów, jako że pole widzenia zainteresowanego nie przestawało się zawężać, a ciśnienie wewnątrzgałkowe nadal wykazywało podwyższone wartości.
- 23 Z akt sprawy, którymi dysponuje Trybunał, wynika, że w dniu 29 września 2016 r. WO skontaktował się z lekarzem prowadzącym praktykę w Recklinghausen (Niemcy), który wyznaczył mu wizytę na dzień 17 października 2016 r. w celu przeprowadzenia badania lekarskiego. Lekarz poinformował WO, że powinien on przedłużyć pobyt do dnia 18 października 2016 r., kiedy to odbędzie się ewentualnie zabieg okulistyczny.
- 24 W międzyczasie pomiar przeprowadzony w ramach badania lekarskiego na Węgrzech w dniu 15 października 2016 r. wskazał, że ciśnienie wewnątrzgałkowe u WO wyniosło 37 mmHG, czyli było znacznie wyższe niż wartość 21 mmHg, od której ciśnienie wewnątrzgałkowe uznaje się za przekraczające normę. W następstwie badania, któremu WO poddał się w dniu 17 października 2016 r. w Niemczech, lekarz prowadzący praktykę w tym państwie członkowskim uznał, że aby uratować wzrok WO, zabieg okulistyczny należy przeprowadzić w trybie pilnym. Zabieg został przeprowadzony z powodzeniem w dniu 18 października 2016 r.
- 25 Złożony przez WO wniosek o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej został oddalony przez służby administracyjne, a następnie, w następstwie odwołania, przez Budapest Főváros Kormányhivatala (stołeczne służby administracyjne w Budapeszcie, Węgry). Te ostatnie służby podniosły, że zabieg okulistyczny stanowi leczenie planowane, w odniesieniu do którego WO nie uzyskał uprzedniej zgody umożliwiającej dokonanie zwrotu. W uzasadnieniu decyzji wspomniane służby powołały się na art. 4, 19, 20 i 27 rozporządzenia nr 883/2004, na art. 25 i 26 rozporządzenia nr 987/2009 oraz na § 3 ust. 1 i § 4 ust. 1 dekretu rządowego.
- 26 WO wniósł do sądu odsyłającego skargę na decyzję odmawiającą zwrotu kosztów tej opieki zdrowotnej.

- 27 Sąd ten zauważa w pierwszej kolejności, że w wyroku z dnia 5 października 2010 r., *Ełczinow* (C-173/09, zwanym dalej „wyrokiem *Ełczinow*”, EU:C:2010:581, pkt 51), Trybunał orzekł, że art. 49 WE (obecnie 56 TFUE) i art. 22 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 (Dz.U. 1971, L 149, s. 2), w brzmieniu zmienionym i uaktualnionym rozporządzeniem Rady (WE) nr 118/97 z dnia 2 grudnia 1996 r. (Dz.U. 1997, L 28, s. 1), zmienionego rozporządzeniem (WE) nr 1992/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2006, L 392, s. 1) (zwanego dalej „rozporządzeniem nr 1408/71”), stoją na przeszkodzie przepisom państwa członkowskiego interpretowanym w ten sposób, że wyłączają one w każdym przypadku pokrycie kosztów świadczeń szpitalnych udzielonych w innym państwie członkowskim bez uzyskania uprzedniej zgody.
- 28 Zdaniem sądu odsyłającego z uwagi na podobieństwo przepisów rozporządzenia nr 1408/71, których wykładni Trybunał dokonał w wyroku *Ełczinow*, do przepisów rozporządzeń nr 883/2004 i nr 987/2009 rozpatrywanych w niniejszym przypadku, rozwiązanie przyjęte przez Trybunał w tym wyroku można zastosować do niniejszej sprawy.
- 29 W drugiej kolejności sąd odsyłający żywi wątpliwości co do zgodności uregulowania rozpatrywanego w postępowaniu głównym z art. 8 ust. 1 i art. 9 ust. 3 dyrektywy 2011/24 w zakresie, w jakim uregulowanie to uzależnia, bez uwzględnienia szczególnych okoliczności wynikających ze stanu chorobowego pacjenta, zwrot kosztów opieki zdrowotnej udzielonej ubezpieczonemu w innym państwie członkowskim od złożenia wniosku o udzielenie uprzedniej zgody i w ten sposób stanowi nieuzasadnioną przeszkodę w swobodnym świadczeniu usług.
- 30 W trzeciej kolejności sąd odsyłający zastanawia się nad kwestią, czy sytuacja taka jak rozpatrywana w postępowaniu głównym, w której ubezpieczony udał się do innego państwa członkowskiego, aby poddać się badaniu lekarskiemu przeprowadzanemu przez świadczeniodawcę zapewniającego opiekę zdrowotną mającego siedzibę w tym państwie członkowskim, i w której świadczeniodawca ten przeprowadził na nim zabieg nazajutrz po tym badaniu, jest objęta zakresem pojęcia „leczenia planowanego”, uregulowanego w art. 20 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004 i art. 26 rozporządzenia nr 987/2009, i wymaga uprzedniej zgody.
- 31 W tych okolicznościach Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság (sąd administracyjny i pracy w Szombathely, Węgry) postanowił zawiesić postępowanie i zwrócić się do Trybunału z następującymi pytaniami prejudycjalnymi:
- „1) Czy uregulowanie krajowe takie jak sporne w sporze w postępowaniu głównym, które w związku ze zwrotem kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej wyłącza możliwość udzielenia zgody po wyświadczeniu usługi opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim bez uprzedniego udzielenia zgody również w sytuacji, gdy oczekiwanie na uprzednią zgodę stwarzałoby rzeczywiste zagrożenie, iż stan zdrowia pacjenta ulegnie pogorszeniu w nieodwracalny sposób, stanowi ograniczenie sprzeczne z art. 56 [TFUE]?
 - 2) Czy system państwa członkowskiego dotyczący udzielania zgody, który w związku ze zwrotem kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej wyłącza możliwość późniejszego udzielenia zgody również w sytuacji, gdy oczekiwanie na uprzednią zgodę stwarzałoby rzeczywiste zagrożenie, iż stan zdrowia pacjenta ulegnie pogorszeniu w nieodwracalny sposób, jest zgodny z zasadami konieczności i proporcjonalności ustanowionymi w art. 8 ust. 1 dyrektywy [2011/24], a także z zasadą swobodnego przemieszczania się pacjentów?
 - 3) Czy uregulowanie krajowe, które niezależnie od stanu zdrowia pacjenta występującego z wnioskiem o zwrot kosztów ustanawia 31-dniowy termin proceduralny dla wydania przez właściwy organ uprzedniej zgody i 23-dniowy termin na odmowę jego uznania, jest zgodne z przesłanką

rozsądnego terminu proceduralnego uwzględniającego szczególny stan chorobowy, pilność i indywidualne okoliczności, która została ustanowiona w art. 9 ust. 3 dyrektywy [2011/24]? Właściwy organ może zbadać w odniesieniu do wniosku, czy usługa opieki zdrowotnej jest pokryta ubezpieczeniem społecznym, a w przypadku odpowiedzi twierdzącej – czy może ona być wyświadczona w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia przez finansowany ze środków publicznych podmiot świadczący usługi opieki zdrowotnej, podczas gdy w przypadku odpowiedzi przeczącej ocenia jakość, bezpieczeństwo i stosunek kosztów do skuteczności usługi świadczonej przez usługodawcę wskazanego przez pacjenta.

- 4) Czy art. 20 ust. 1 rozporządzenia [nr 883/2004] należy interpretować w ten sposób, że jedynie wówczas można wystąpić o zwrot kosztów transgranicznych usług opieki zdrowotnej, gdy pacjent wystąpi z wnioskiem o udzielenie uprzedniej zgody do właściwej instytucji? Czy raczej w ten sposób, że [przepis ten] nie wyklucza sam z siebie w takim przypadku wystąpienia z wnioskiem o udzielenie późniejszej zgody o zwrot kosztów?
- 5) Czy jest objęta zakresem art. 20 ust. 1 rozporządzenia [nr 883/2004] sytuacja, w której pacjent przemieszcza się do innego państwa członkowskiego po uzyskaniu konkretnej wizyty w celu badania medycznego i wizyty warunkowej w celu ewentualnej operacji lub interwencji medycznej następnego dnia po badaniu medycznym, a z powodu stanu zdrowia pacjenta rzeczywiście dochodzi do operacji lub interwencji medycznej? Czy w tym przypadku możliwe jest w rozumieniu [tego przepisu] złożenie wniosku o udzielenie późniejszej zgody w celu zwrotu kosztów?
- 6) Czy jest objęta pojęciem leczenia planowanego w rozumieniu art. 26 [nr 987/2009] sytuacja, w której pacjent przemieszcza się do innego państwa członkowskiego po uzyskaniu konkretnej wizyty w celu badania medycznego i wizyty warunkowej w celu ewentualnej operacji lub interwencji medycznej następnego dnia po badaniu medycznym, a z powodu stanu zdrowia pacjenta rzeczywiście dochodzi do operacji lub interwencji medycznej? Czy w tym przypadku możliwe jest w rozumieniu [tego przepisu] złożenie wniosku o udzielenie późniejszej zgody w celu zwrotu kosztów? Czy w przypadku pilnego i ratującego życie świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 26 ust. 3 [rozporządzenia nr 987/2009], uregulowanie wymaga również uprzedniej zgody w sytuacji określonej w art. 26 ust. 1 [tego rozporządzenia]?”.

III. W przedmiocie pytań prejudycjalnych

A. Rozważania wstępne

- 32 Poprzez swoje pytania sąd odsyłający zastanawia się nad wykładnią zarówno art. 56 TFUE, który ustanawia swobodę świadczenia usług, jak i niektórych przepisów prawa wtórnego Unii, a mianowicie art. 20 rozporządzenia nr 883/2004, art. 26 rozporządzenia nr 987/2009 oraz art. 8 ust. 1 i art. 9 ust. 3 dyrektywy 2011/24.
- 33 W tym względzie należy przypomnieć, że zastosowanie art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 i art. 26 rozporządzenia nr 987/2009 do określonej sytuacji nie wyklucza, by mogła ona również być objęta zakresem stosowania art. 56 TFUE i by osoba zainteresowana mogła równocześnie, na podstawie tego ostatniego postanowienia, mieć prawo do dostępu do opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim na warunkach dotyczących pokrywania i zwrotu kosztów innych niż warunki przewidziane w art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 i w art. 26 rozporządzenia nr 987/2009 (zob. podobnie wyroki: z dnia 12 lipca 2001 r., Vanbraekel i in., C-368/98, EU:C:2001:400, pkt 36–53; a także z dnia 16 maja 2006 r., Watts, C-372/04, EU:C:2006:325, pkt 46–48).
- 34 Pytania prejudycjalne należy zatem rozważyć w tym kontekście prawnym.

B. W przedmiocie pytań czwartego, piątego i szóstego

- 35 Poprzez pytania czwarte, piąte i szóste, które należy rozpatrzyć łącznie w pierwszej kolejności, sąd odsyłający dąży w istocie do ustalenia, czy art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 lub art. 26 rozporządzenia nr 987/2009, który ustanawia szczegółowe zasady stosowania pierwszego z tych przepisów, należy interpretować w ten sposób, że pojęciem „leczenia planowanego” jest objęta opieka medyczna uzyskana w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie miejsca zamieszkania ubezpieczonego wyłącznie w drodze decyzji tego ubezpieczonego, podjętej w wyniku stwierdzonego braku efektów całej opieki, którą go objęto w szeregu placówek medycznych jego państwa członkowskiego miejsca zamieszkania, i czy w przypadku odpowiedzi twierdzącej wspomniane przepisy należy interpretować w ten sposób, że ubezpieczony może ubiegać się od instytucji właściwej o zwrot kosztów poniesionych przez niego na leczenie planowane uzyskane podczas jego pobytu w innym państwie członkowskim, nawet jeśli nie wystąpił uprzednio o zgodę w tym celu do wspomnianej instytucji, przynajmniej w sytuacji, gdy indywidualne okoliczności dotyczące w szczególności jego stanu zdrowia i przewidywalnego przebiegu choroby mogą uzasadniać brak takiej zgody i w następstwie umożliwić uzyskanie żądanego zwrotu.
- 36 W tym względzie należy na wstępie przypomnieć, że rozporządzenie nr 883/2004 ma zastosowanie, zgodnie z art. 1 lit. l) akapit pierwszy w związku z art. 3 ust. 1 tego rozporządzenia, do przepisów ustawowych, wykonawczych i innych oraz obowiązujących środków wykonawczych prawa krajowego odnoszących się do działów systemu zabezpieczenia społecznego objętych tym ostatnim przepisem, z wyjątkiem postanowień umownych innych niż wymienione w art. 1 lit. l) akapit drugi wspomnianego rozporządzenia (zob. analogicznie wyrok z dnia 15 marca 1984 r., Tiel-Utrecht Schadeverzekering, 313/82, EU:C:1984:107, pkt 16).
- 37 Wynika z tego, że aby sprawa w postępowaniu głównym mogła wchodzić w zakres stosowania rozporządzenia nr 883/2004 i rozporządzenia nr 987/2009, opieka medyczna rozpatrywana w postępowaniu głównym powinna być zostać udzielona WO przez prywatnego świadczeniodawcę państwa członkowskiego, do którego WO się udał w celu jej uzyskania na podstawie ustawodawstwa w zakresie zabezpieczenia społecznego tego państwa członkowskiego, czego sprawdzenie należy do sądu odsyłającego. Gdyby tak nie było, zadane przez sąd odsyłający pytania czwarte, piąte i szóste należałoby zbadać wyłącznie w świetle art. 56 TFUE i dyrektywy 2011/24.

1. W przedmiocie pojęcia „leczenia planowanego” i warunków pokrycia kosztów takiego leczenia

- 38 Co się tyczy kwestii, czy transgraniczna opieka medyczna taka jak rozpatrywana w postępowaniu głównym jest objęta zakresem pojęcia „leczenia planowanego” w rozumieniu art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 w związku z art. 26 rozporządzenia nr 987/2009, należy zauważyć, że o ile pojęcie to nie pojawia się w sposób dosłowny w pierwszym z tych przepisów, o tyle z drugiego ze wspomnianych przepisów, wyraźnie zatytułowanego „Leczenie planowane”, odczytywanego w świetle motywu 16 rozporządzenia nr 987/2009, wynika, że takie pojęcie obejmuje leczenie, na które ubezpieczony wyjeżdża do państwa członkowskiego innego niż państwo, w którym jest ubezpieczony lub w którym ma miejsce zamieszkania, przy czym leczenie to obejmuje świadczenia rzeczowe określone w art. 20 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004, do którego zresztą art. 26 rozporządzenia nr 987/2009 wyraźnie odsyła.
- 39 Należy uściślić, że „leczenie planowane” w rozumieniu tych przepisów różni się od opieki określonej w art. 19 rozporządzenia nr 883/2004 i w art. 25 rozporządzenia nr 987/2009, która jest opieką nieplanowaną udzielaną ubezpieczonemu w państwie członkowskim, do którego ten ubezpieczony przemieścił się z powodów przykładowo turystycznych lub edukacyjnych, przy czym opieka ta okazuje się niezbędna z przyczyn medycznych, aby zapobiec konieczności powrotu tego ubezpieczonego przed

upływem przewidywanego okresu pobytu do właściwego państwa członkowskiego w celu uzyskania niezbędnego leczenia (zob. analogicznie wyrok z dnia 15 czerwca 2010 r., Komisja/Hiszpania, C-211/08, EU:C:2010:340, pkt 59–61).

- 40 Zgodnie z art. 20 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004 ubezpieczony udający się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania w nim leczenia planowanego na warunkach przewidzianych w tym rozporządzeniu jest zobowiązany do wystąpienia o zezwolenie właściwej instytucji.
- 41 Artykuł 20 ust. 2 zdanie pierwsze wspomnianego rozporządzenia przyznaje ze swej strony ubezpieczonemu podlegającemu ustawodawstwu danego państwa członkowskiego i posiadającemu zezwolenie, o które wystąpiono zgodnie z art. 20 ust. 1 tego rozporządzenia, prawo do leczenia planowanego prowadzonego na rachunek instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego, w którym opieka ta jest udzielana, tak jak gdyby zainteresowany był ubezpieczony w tej ostatniej instytucji [zob. analogicznie w odniesieniu do art. 22 ust. 1 lit. c) ppkt (i) rozporządzenia nr 1408/71, który został zastąpiony przez art. 20 rozporządzenia nr 883/2004, wyrok Elcizinow, pkt 39 i przytoczone tam orzecznictwo].
- 42 Co się tyczy art. 20 ust. 2 zdanie drugie rozporządzenia nr 883/2004, wymienia on dwa warunki, których spełnienie prowadzi do powstania obowiązku udzielenia przez instytucję właściwą zgody, o którą wystąpiono na podstawie art. 20 ust. 1 tego rozporządzenia (zob. analogicznie w odniesieniu do art. 22 ust. 2 zdanie drugie rozporządzenia nr 1408/71 wyrok Elcizinow, pkt 53 i przytoczone tam orzecznictwo).
- 43 Pierwszy z tych warunków jest spełniony, gdy leczenie, o którym mowa, jest jednym ze świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, na którego terytorium ubezpieczony zamieszkuje. Drugi warunek jest spełniony tylko wtedy, gdy leczenie planowane, któremu ma poddać się ubezpieczony w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie miejsca zamieszkania, nie może być przeprowadzone w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, zważywszy na aktualny stan zdrowia zainteresowanego i prawdopodobny dalszy przebieg jego choroby, w państwie członkowskim miejsca zamieszkania.
- 44 Z powyższego wynika, iż opieka medyczna uzyskana w państwie członkowskim innym niż to, w którym ubezpieczony ma miejsce zamieszkania, wyłącznie z jego woli, ze względu na to, że jego zdaniem opieka ta lub opieka o tym samym stopniu skuteczności była niedostępna w państwie członkowskim miejsca zamieszkania w terminie medycznie uzasadnionym, jest objęta pojęciem „leczenia planowanego” w rozumieniu art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 w związku z art. 26 rozporządzenia nr 987/2009. W tych okolicznościach korzystanie z takiego leczenia podlega zgodnie z art. 20 ust. 1 tego pierwszego rozporządzenia wydaniu zgody przez państwo członkowskie miejsca zamieszkania.

2. W przedmiocie prawa do zwrotu kosztów leczenia planowanego w braku uprzedniej zgody

- 45 Co się tyczy pytania, czy art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 lub art. 26 rozporządzenia nr 987/2009 należy interpretować w ten sposób, że w braku uprzedniej zgody na podstawie tych przepisów koszty poniesione przez ubezpieczonego na leczenie planowane uzyskane w innym państwie członkowskim niż państwo członkowskie miejsca zamieszkania mogą zostać mu zwrócone przez instytucję właściwą, przynajmniej w sytuacji, gdy indywidualne okoliczności dotyczące w szczególności jego stanu zdrowia i przewidywalnego przebiegu choroby mogą uzasadniać brak takiej zgody, należy od razu zauważyć, że art. 26 rozporządzenia nr 987/2009, który ogranicza się do ustanowienia zasad dotyczących procedury wydawania zgody i pokrywania kosztów leczenia planowanego udzielanego ubezpieczonemu, nie reguluje przesłanek wydawania takiej zgody. Na pytanie to należy zatem odpowiedzieć z uwzględnieniem art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 w świetle swobody świadczenia usług ustanowionej w art. 56 TFUE.

- 46 Należy przypomnieć, że Trybunał określił już dwie sytuacje, w których ubezpieczony, nawet w braku zgody należycie wydanej przed rozpoczęciem w państwie członkowskim miejsca pobytu leczenia planowanego, jest uprawniony do otrzymania bezpośrednio od instytucji właściwej zwrotu kwoty równoważnej tej, jaka musiałaby zostać pokryta w zwykłym trybie przez tę instytucję, w razie gdyby ubezpieczony dysponował taką zgodą.
- 47 W pierwszym przypadku ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania takiego zwrotu, jeżeli po złożeniu wniosku o udzielenie zgody otrzymał od instytucji właściwej odpowiedź odmowną, a następnie odmowa ta została uznana za bezzasadną, bądź przez samą instytucję właściwą, bądź na mocy orzeczenia sądu [zob. analogicznie w odniesieniu do art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia nr 1408/71 wyrok z dnia 12 lipca 2001 r., Vanbraekel i in., C-368/98, EU:C:2001:400, pkt 34].
- 48 W drugim przypadku ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania bezpośrednio od instytucji właściwej zwrotu kwoty równoważnej tej, jaka musiałaby zostać pokryta przez tę instytucję w zwykłym trybie, w razie gdyby ten ubezpieczony dysponował taką zgodą, jeżeli ze względów związanych ze stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania w jednostce szpitalnej świadczeń o charakterze pilnym nie był on w stanie wystąpić o udzielenie wskazanej zgody lub nie mógł czekać na odpowiedź właściwej instytucji dotyczącą złożonego wniosku o udzielenie zgody. Trybunał orzekł w tym względzie, że poprzez uregulowanie wykluczające w każdym przypadku pokrycie kosztów świadczeń szpitalnych udzielonych w innym państwie członkowskim bez uzyskania zgody odmawia się ubezpieczonemu pokrycia kosztów takich świadczeń, choćby nawet przesłanki w tym zakresie były poza tym spełnione. Uregulowanie takie, które nie może zostać uzasadnione nadrzędnymi przesłankami interesu ogólnego, a w każdym razie nie spełnia wymogu proporcjonalności, stanowi w konsekwencji nieuzasadnione ograniczenie w swobodnym świadczeniu usług (zob. analogicznie w odniesieniu do art. 49 WE i rozporządzenia nr 1408/71 wyrok Ełczinow, pkt 45–47, 51, 75).
- 49 W niniejszym przypadku, jako że jest bezsporne, że WO nie wystąpił o uprzednią zgodę na podstawie art. 20 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004 na leczenie planowane, które uzyskał w Niemczech, oraz że odmowa zwrotu związanych z tym kosztów przez instytucję właściwą opiera się wyłącznie na tym, że nie wystąpił on o zgodę przed uzyskaniem tego leczenia, należy określić, czy zgodnie z orzecznictwem wynikającym z wyroku Ełczinow ma on jednak prawo do uzyskania od instytucji właściwej zwrotu kosztów poniesionych na wspomniane leczenie. W tym względzie do instytucji właściwej należy, pod kontrolą sądu krajowego, zbadać, czy zostały spełnione obie przesłanki określone w tym wyroku.
- 50 Po pierwsze, należy ocenić, czy – biorąc pod uwagę szczególne okoliczności związane ze stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania w jednostce szpitalnej świadczeń o charakterze pilnym – ubezpieczony nie był w stanie wystąpić o udzielenie zgody na pokrycie kosztów takiego leczenia w innym państwie członkowskim lub, jeśli złożył taki wniosek o udzielenie zgody przed rozpoczęciem leczenia, nie mógł czekać na decyzję instytucji właściwej dotyczącą tego wniosku (zob. analogicznie wyrok Ełczinow, pkt 45–47, 75–77; a także postanowienie z dnia 11 lipca 2013 r., Luca, C-430/12, niepublikowane, EU:C:2013:467, pkt 28, 33).
- 51 Po drugie, konieczne jest sprawdzenie, czy spełnione zostały warunki pokrycia przez instytucję właściwą kosztów rozpatrywanego leczenia planowanego na podstawie art. 20 ust. 2 zdanie drugie rozporządzenia nr 883/2004, przypomniane w pkt 43 niniejszego wyroku (zob. analogicznie wyrok Ełczinow, pkt 45; postanowienie z dnia 11 lipca 2013 r., Luca, C-430/12, niepublikowane, EU:C:2013:467, pkt 23).
- 52 W niniejszej sprawie, w razie gdyby sąd odsyłający stwierdził, że te dwie przesłanki zostały spełnione, skarżący w postępowaniu głównym byłby uprawniony do uzyskania bezpośrednio od instytucji właściwej zwrotu kwoty określonej w pkt 46 niniejszego wyroku.

- 53 Bez uszczerbku dla oceny, jakiej sąd odsyłający będzie musiał dokonać w tym względzie, biorąc pod uwagę całość okoliczności właściwych dla sporu w postępowaniu głównym, należy zauważyć w odniesieniu do pierwszej przesłanki, że między dniem 29 września 2016 r., kiedy to WO skontaktował się z lekarzem prowadzącym praktykę w Niemczech w celu poddania się badaniu i ewentualnemu leczeniu, a dniem 18 października 2016 r., czyli datą zabiegu okulistycznego przeprowadzonego – z powodzeniem – w tym państwie członkowskim ze względu na stan chorobowy WO nazajutrz po wizycie o charakterze wiążącym umówionej dla celów badania lekarskiego, upłynęło 20 dni.
- 54 Z postanowienia odsyłającego nie wynika co prawda, że w tym okresie WO znajdował się w sytuacji uniemożliwiającej mu złożenie do instytucji właściwej wniosku o udzielenie zgody na podstawie art. 20 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004 w odniesieniu do leczenia planowanego, którego miano mu udzielić w Niemczech, jednakże badanie przeprowadzone na Węgrzech w dniu 15 października 2016 r. potwierdziło pilny charakter zabiegu okulistycznego, któremu WO rzeczywiście się poddał w Niemczech w dniu 18 października 2016 r., i może stanowić wskazówkę, że nawet przy założeniu, iż nie napotkałby on przeszkody w złożeniu wniosku o wydanie uprzedniej zgody, nie mógłby czekać na decyzję instytucji właściwej dotyczącą tego wniosku.
- 55 W świetle powyższego na pytania czwarte, piąte i szóste należy odpowiedzieć, że art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 w związku z art. 26 rozporządzenia nr 987/2009 w świetle art. 56 TFUE należy interpretować w ten sposób, że:
- opieka medyczna uzyskana w państwie członkowskim innym niż to, w którym ubezpieczony ma miejsce zamieszkania, wyłącznie z jego woli, ze względu na to, że jego zdaniem opieka ta lub opieka o tym samym stopniu skuteczności była niedostępna w państwie członkowskim miejsca zamieszkania w terminie medycznie uzasadnionym, jest objęta pojęciem „leczenia planowanego” w rozumieniu tych przepisów, wobec czego korzystanie z takiego leczenia na warunkach przewidzianych w rozporządzeniu nr 883/2004 podlega co do zasady wydaniu zgody przez właściwą instytucję państwa członkowskiego miejsca zamieszkania;
 - ubezpieczony, który uzyskał leczenie planowane w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie miejsca zamieszkania, jednak bez uprzedniego wystąpienia o zgodę instytucji właściwej zgodnie z art. 20 ust. 1 tego rozporządzenia, ma prawo do zwrotu kosztów tego leczenia na warunkach przewidzianych we wspomnianym rozporządzeniu, jeżeli:
 - po pierwsze, między datą umówienia wizyty dla celów przeprowadzenia badania lekarskiego i ewentualnego leczenia w innym państwie członkowskim a datą, w której dane świadczenia zostały mu udzielone w tym państwie członkowskim, do którego musiał się udać, ubezpieczony ten znajdował się ze względów związanych w szczególności ze stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania tam świadczeń o charakterze pilnym w sytuacji uniemożliwiającej mu wystąpienie do instytucji właściwej o udzielenie takiej zgody lub czekanie na decyzję tej instytucji dotyczącą takiego wniosku, oraz
 - po drugie, zostały ponadto spełnione pozostałe przesłanki pokrycia świadczeń rzeczowych na podstawie art. 20 ust. 2 zdanie drugie tego rozporządzenia.

Do sądu odsyłającego należy dokonanie niezbędnych ustaleń w tym względzie.

C. W przedmiocie pytań pierwszego i drugiego

- 56 Poprzez pytania pierwsze i drugie, które należy rozpatrzyć łącznie w drugiej kolejności, sąd odsyłający dąży w istocie do ustalenia, czy art. 56 TFUE i art. 8 ust. 1 dyrektywy 2011/24 należy interpretować w ten sposób, że stoją one na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu, które uzależnia w każdym

przypadku zwrot kosztów opieki medycznej udzielonej ubezpieczonemu w innym państwie członkowskim od uprzedniej zgody, również wtedy, gdy podczas oczekiwania na wydanie tej zgody występuje rzeczywiste niebezpieczeństwo nieodwracalnego pogorszenia się stanu zdrowia tego ubezpieczonego.

- 57 Odpowiedź Trybunału na te dwa pytania miałyby znaczenie dla sprawy w postępowaniu głównym jedynie w sytuacji, w której WO nie byłby uprawniony do uzyskania zwrotu kosztów leczenia udzielonego mu w Niemczech na podstawie art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 w związku z art. 56 TFUE ze względu na brak spełnienia przesłanek określonych w pkt 55 niniejszego wyroku.

1. W przedmiocie uprzedniej zgody w świetle art. 56 TFUE

- 58 Należy przypomnieć, że zgodnie z orzecznictwem Trybunału uregulowanie krajowe, które uzależnia od uzyskania uprzedniej zgody pokrycie lub zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia, podczas gdy pokrycie lub zwrot kosztów poniesionych przez tego ubezpieczonego w tym ostatnim państwie członkowskim nie podlegają uzyskaniu wspomnianej zgody, stanowi ograniczenie swobody świadczenia usług ustanowionej w art. 56 TFUE (zob. podobnie wyroki: z dnia 28 kwietnia 1998 r., Kohll, C-158/96, EU:C:1998:171, pkt 35; z dnia 27 października 2011 r., Komisja/Portugalia, C-255/09, EU:C:2011:695, pkt 60).
- 59 Trybunał uznał, że do celów, które mogą uzasadniać takie ograniczenie swobody świadczenia usług, należą: zapobieganie ryzyku poważnego naruszenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego, utrzymanie zrównoważonej i dostępnej dla wszystkich służby medycznej i szpitalnej, utrzymanie możliwości przeprowadzania leczenia lub kwalifikacji medycznych na terytorium krajowym oraz umożliwienie planowania mającego na celu, po pierwsze, zapewnienie na terytorium danego państwa członkowskiego wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonej gamy usług szpitalnych dobrej jakości, a po drugie, zapewnienie kontroli nad kosztami i uniknięcie, na ile jest to możliwe, marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich (zob. analogicznie wyrok Ełczinow, pkt 42, 43 i przytoczone tam orzecznictwo).
- 60 Trybunał przeprowadził jednak w tym kontekście rozróżnienie pomiędzy z jednej strony świadczeniami medycznymi udzielanymi przez lekarzy w ich gabinetach lub w mieszkaniu pacjenta a z drugiej strony opieką szpitalną lub opieką medyczną wymagającą użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej aparatury medycznej (zwaną dalej „wymagającą znacznych nakładów opieką pozaszpitalną”) (zob. podobnie wyroki: z dnia 28 kwietnia 1998 r., Decker, C-120/95, EU:C:1998:167, pkt 39–45; z dnia 28 kwietnia 1998 r., Kohll, C-158/96, EU:C:1998:171, pkt 41–52; z dnia 12 lipca 2001 r., Smits i Peerbooms, C-157/99, EU:C:2001:404, pkt 76; a także z dnia 5 października 2010 r., Komisja/Francja, C-512/08, EU:C:2010:579, pkt 33–36).
- 61 W szczególności Trybunał orzekł w odniesieniu do opieki szpitalnej i wymagającej znacznych nakładów opieki pozaszpitalnej, która wpisuje się w ramy cechujące się niepodważalną specyfiką, że art. 56 TFUE nie stoi co do zasady na przeszkodzie temu, aby prawo pacjenta do otrzymywania takich świadczeń w innym państwie członkowskim, finansowanych przez system, którym jest on objęty, było uzależnione od uzyskania uprzedniej zgody (zob. w tym względzie wyrok z dnia 5 października 2010 r., Komisja/Francja, C-512/08, EU:C:2010:579, pkt 33–36; wyrok Ełczinow, pkt 40–43 i przytoczone tam orzecznictwo).
- 62 Niemniej jednak Trybunał przypominał, że ważne jest, by warunki ustalone dla przyznania takiej zgody były uzasadnione w świetle wymogów, takich jak przypomniane w pkt 59 niniejszego wyroku, by nie wykraczały one poza to, co obiektywnie konieczne w tym celu, i aby ten sam rezultat nie mógł być uzyskany za pomocą przepisów mniej restrykcyjnych w odniesieniu do danych swobód. Ponadto tego

rodzaju system powinien być oparty na obiektywnych, niedyskryminacyjnych i znanych wcześniej kryteriach w celu zakreślenia ram uznania władz krajowych, aby nie przerodziło się ono w dowolność (zob. podobnie wyrok *Elcinow*, pkt 44 i przytoczone tam orzecznictwo).

- 63 Z orzecznictwa Trybunału wynika także, że ubezpieczeni, którzy udają się bez uprzedniej zgody do państwa członkowskiego innego niż państwo ubezpieczenia, aby uzyskać tam opiekę, mogą występować o zwrot kosztów otrzymanych świadczeń jedynie w zakresie gwarantowanym w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego państwa, w którym są ubezpieczeni (zob. analogicznie wyrok *Elcinow*, pkt 80 i przytoczone tam orzecznictwo). Ponadto warunki przyznania świadczeń zdrowotnych, o ile nie są ani dyskryminujące, ani nie stanowią przeszkody w swobodnym przepływie osób, nadal obowiązują w przypadku opieki świadczonej w państwie członkowskim innym niż państwo ubezpieczenia. Jest tak w szczególności w przypadku wymogu uprzedniej konsultacji z lekarzem ogólnym przed konsultacją z lekarzem specjalistą (wyrok z dnia 13 maja 2003 r., *Müller-Fauré i van Riet*, C-385/99, EU:C:2003:270, pkt 98, 106).
- 64 Trybunał uściśli także, że nic nie stoi na przeszkodzie temu, aby państwo członkowskie ustalało kwoty zwrotu, o które mogą się ubiegać pacjenci uzyskujący opiekę w innym państwie, o ile kwoty te są oparte na obiektywnych, niedyskryminujących i przejrzystych kryteriach (zob. podobnie wyrok z dnia 13 maja 2003 r., *Müller-Fauré i van Riet*, C-385/99, EU:C:2003:270, pkt 107).

2. W przedmiocie uprzedniej zgody w świetle dyrektywy 2011/24

- 65 Dyrektywa 2011/24, jak wynika w szczególności z jej motywu 8, dokonała kodyfikacji orzecznictwa Trybunału dotyczącego niektórych aspektów związanych z opieką zdrowotną świadczoną w państwie członkowskim innym niż państwo zamieszkania osoby korzystającej z opieki, w szczególności w sprawie zwrotu kosztów tej opieki, w celu zapewnienia powszechniejszego, a także skutecznego stosowania zasad określonych przez Trybunał w poszczególnych sprawach.
- 66 Dyrektywę 2011/24 stosuje się zgodnie z jej art. 2 lit. m) bez uszczerbku dla przepisów rozporządzeń nr 883/2004 i nr 987/2009. I tak art. 8 ust. 3 tej dyrektywy stanowi, że „[w] odniesieniu do wniosków o udzielenie uprzedniej zgody składanych przez ubezpieczonego w celu skorzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej państwo członkowskie ubezpieczenia ustala, czy spełnione zostały warunki rozporządzenia [nr 883/2004]”, i uściśla, że „[j]eżeli te warunki są spełnione, zgoda jest wydawana w myśl tego rozporządzenia, chyba że pacjent wyraża inną wolę”. Motyw 46 wspomnianej dyrektywy precyzuje, że jeżeli spełnione są warunki udzielenia zgody na pokrycie kosztów określone w rozporządzeniu nr 883/2004, udzielenie zgody oraz zapewnienie świadczeń powinno nastąpić zgodnie z tym rozporządzeniem, chyba że pacjent wystąpi o inne rozwiązanie. To samo odnosi się do przypadków, gdy zgoda jest udzielana po rozpatrzeniu wniosku w postępowaniu administracyjnym lub sądowym oraz gdy zainteresowana osoba skorzystała w międzyczasie z leczenia w innym państwie członkowskim.
- 67 Ujęty w rozdziale III dyrektywy 2011/24, który reguluje zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, art. 7 tej dyrektywy, zatytułowany „Ogólne zasady zwrotu kosztów”, ustanawia w ust. 1 zasadę, zgodnie z którą „[b]ez uszczerbku dla rozporządzenia [nr 883/2004] i z zastrzeżeniem przepisów art. 8 i 9 państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia”.

- 68 Następnie art. 7 ust. 4 akapit pierwszy dyrektywy 2011/24 stanowi, że koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, do którego koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej.
- 69 Ponadto z art. 7 ust. 7 tej dyrektywy wynika, że państwo członkowskie ubezpieczenia może nałożyć na osobę ubezpieczoną, która dochodzi zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, te same warunki, kryteria przysługiwania uprawnień i wymogi prawno-administracyjne, ustalone na szczeblu lokalnym, regionalnym lub krajowym, jakie byłyby nałożone, gdyby ten sam rodzaj opieki zdrowotnej był świadczony na terytorium tego państwa członkowskiego, co obejmuje ocenę przez pracownika służby zdrowia, pod warunkiem że te warunki, kryteria przysługiwania uprawnień i wymogi prawno-administracyjne nie są dyskryminacyjne ani nie stanowią przeszkody w swobodnym przepływie pacjentów, usług lub towarów, o ile nie jest to obiektywnie uzasadnione wymogami planowania.
- 70 Wreszcie z art. 7 ust. 8 dyrektywy 2011/24 wynika, że z wyjątkiem przypadków określonych w art. 8 tej dyrektywy państwo członkowskie nie może uzależniać zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uzyskania uprzedniej zgody.
- 71 Co się tyczy art. 8 dyrektywy 2011/24, dotyczącego „[o]piek[i] zdrowotn[ej], która może wymagać uprzedniej zgody”, to o ile przewiduje on w ust. 1, że państwo członkowskie ubezpieczenia może przewidzieć system udzielania uprzedniej zgody na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami tego artykułu oraz art. 9, o tyle tenże art. 8 ust. 1 uściśla, że system ten, w tym jego kryteria i stosowanie tych kryteriów oraz indywidualne decyzje o odmowie udzielenia uprzedniej zgody, musi ograniczać się do tego, co jest konieczne i proporcjonalne do celu, jaki ma zostać osiągnięty, i nie może stanowić środka arbitralnej dyskryminacji ani nieuzasadnionej przeszkody w swobodnym przepływie pacjentów.
- 72 Artykuł 8 ust. 2 akapit pierwszy dyrektywy 2011/24, ustanawiający wyczerpujący wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, która może wymagać uprzedniej zgody, wymienia w lit. a) opiekę, która „podlega wymogom planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczącym woli kontrolowania kosztów i uniknięcia, na ile jest to możliwe, marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich” oraz która „obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc” [ppkt (i)] lub przy której „występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej” [ppkt (ii)].

3. W przedmiocie zastosowania w niniejszej sprawie orzecznictwa dotyczącego art. 56 TFUE i dyrektywy 2011/24

a) W przedmiocie istnienia ograniczenia w swobodnym świadczeniu usług

- 73 Z informacji, którymi dysponuje Trybunał, wynika, po pierwsze, że w czasie zaistnienia okoliczności faktycznych rozpatrywanych w postępowaniu głównym na mocy uregulowania krajowego, a w szczególności § 27 ust. 6 ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym w związku z właściwymi przepisami dekrety rządowego i dekrety sektorowego, pokrywanie i zwrot przez instytucję właściwą kosztów świadczeń opieki szpitalnej oraz jednodniowych zabiegów ambulatoryjnych, gdy były one wykonywane w innym państwie członkowskim, były uzależnione od uprzedniej zgody. Natomiast korzystanie ze świadczeń rzeczowych dostępnych w ramach węgierskiego zabezpieczenia społecznego, w którym WO był ubezpieczony, nie wymagało takiej zgody.

- 74 Po drugie, instytucja właściwa oddaliła w całości wniosek WO o zwrot kosztów opieki medycznej, której udzielono mu w Niemczech, ze względu na brak uprzedniej zgody. Odmowa ta dotyczyła, z zastrzeżeniem ustaleń, których powinien dokonać sąd odsyłający, zarówno kosztów zabiegu okulistycznego przeprowadzonego w dniu 18 października 2016 r., jak i kosztów konsultacji medycznej, które odbyła się w dniu 17 października 2016 r. Z postanowienia odsyłającego nie wynika jednak, że zwrot na rzecz osoby objętej węgierskim obowiązkowym systemem ubezpieczenia zdrowotnego kosztów związanych z konsultacją medyczną na Węgrzech był uzależniony od takiej zgody.
- 75 Z orzecznictwa przytoczonego w pkt 58 niniejszego wyroku wynika zaś, że system udzielania uprzedniej zgody, taki jak wprowadzony przez uregulowanie krajowe rozpatrywane w postępowaniu głównym, stanowi ograniczenie w swobodnym świadczeniu usług.

b) W przedmiocie uzasadnienia systemu udzielania uprzedniej zgody

- 76 Sąd odsyłający żywi wątpliwości co do proporcjonalności ograniczenia, jakie wynika z systemu udzielania uprzedniej zgody wprowadzonego przez uregulowanie krajowe, w zakresie, w jakim zwrot kosztów opieki transgranicznej jest uzależniony w każdym przypadku od wydania uprzedniej zgody, również wówczas, gdy ubezpieczony, biorąc pod uwagę stan chorobowy wymagający pilnego leczenia ratującego życie i uciążliwość mającej zastosowanie procedury, nie wystąpił do właściwej instytucji o zgodę przed rozpoczęciem leczenia. Ponadto sąd ten wskazuje, że z uwagi na to, iż nie jest przewidziane złożenie wniosku o udzielenie zgody a posteriori, nie jest możliwe sprawdzenie w ramach wniosku o zwrot kosztów opieki transgranicznej, czy zostały spełnione przesłanki wymagane w tym celu.
- 77 Rząd węgierski wyjaśnia ze swej strony, że system udzielania uprzedniej zgody na pokrycie i całkowity zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej wprowadzony przez uregulowanie węgierskie ma na celu umożliwienie krajowemu systemowi zabezpieczenia społecznego stawienia czoła wyjątkowym wyzwaniom w zakresie planowania pojawiającym się w starzejącym się społeczeństwie. Rząd ten podnosi, że gdyby dopuszczona była możliwość wystąpienia o zgodę a posteriori, nie zachęcałoby to już pacjentów do ubiegania się o uprzednią zgodę i działałoby na korzyść pacjentów lepiej poinformowanych i dysponujących środkami pozwalającymi na leczenie za granicą, ze skutkiem w postaci wyczerpania środków finansowych krajowego systemu zabezpieczenia społecznego. System ten, który obejmuje kilka milionów osób, zostałby w ten sposób w dłuższej perspektywie osłabiony, zarówno finansowo, jak i na płaszczyźnie zasobów ludzkich.

1) W przedmiocie dopuszczalności powołanego uzasadnienia

- 78 Przedstawione przez rząd węgierski uzasadnienie odnosi się w istocie do konieczności umożliwienia planowania zmierzającego do celów obejmujących, po pierwsze, zapewnienie na terytorium danego państwa członkowskiego wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonej gamy usług szpitalnych dobrej jakości, a po drugie, zapewnienie kontrolowania kosztów i uniknięcie, na ile jest to możliwe, marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich. Jak zaś wynika z pkt 59 i 72 niniejszego wyroku, takie cele mogą co do zasady uzasadniać w świetle zarówno orzecznictwa Trybunału dotyczącego art. 56 TFUE, jak i art. 8 ust. 2 akapit pierwszy lit. a) dyrektywy 2011/24, ustanowienie systemu udzielania uprzedniej zgody w odniesieniu do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej uzyskanej w innym państwie członkowskim.
- 79 Jednakże, jak wynika z pkt 60, 61 i 72 niniejszego wyroku, na wymóg ten można się powoływać, zgodnie zarówno z orzecznictwem Trybunału dotyczącym art. 56 TFUE, jak i z art. 8 ust. 2 akapit pierwszy lit. a) dyrektywy 2011/24, tylko w niektórych przypadkach, enumeratywnie wymienionych w tym orzecznictwie oraz w ppkt (i) i (ii) tego ostatniego przepisu, przy czym konsultacja medyczna nie zalicza się do tych przypadków. Wynika z tego, że ograniczenie w swobodnym świadczeniu usług

wynikające z wymogu uzyskania uprzedniej zgody w państwie członkowskim miejsca zamieszkania na taką konsultację na terytorium innego państwa członkowskiego nie może być uzasadnione odniesieniem do celów wymienionych w poprzednim punkcie niniejszego wyroku i nie spełnia przesłanek przewidzianych w art. 8 ust. 2 akapit pierwszy lit. a) ppkt (i) i (ii) dyrektywy 2011/24.

- 80 Co się tyczy zabiegu okulistycznego, któremu WO poddał się podczas pobytu w Niemczech, do sądu odsyłającego należy upewnić się, że chodzi o opiekę szpitalną lub wymagającą znacznych nakładów opiekę pozaszpitalną w rozumieniu orzecznictwa Trybunału przypomnianego w pkt 60 niniejszego wyroku oraz art. 8 ust. 2 akapit pierwszy lit. a) ppkt (i) lub (ii) dyrektywy 2011/24. Jedyne w takim przypadku wymóg przywołany przez rząd węgierski byłby co do zasady dopuszczalny.

2) W przedmiocie proporcjonalności systemu udzielania uprzedniej zgody

- 81 W razie gdyby dana opieka stanowiła opiekę szpitalną lub wymagającą znacznych nakładów opiekę pozaszpitalną, należałoby jeszcze sprawdzić, czy system udzielania uprzedniej zgody wprowadzony przez uregulowanie krajowe rozpatrywane w postępowaniu głównym w odniesieniu do zwrotu kosztów takiej opieki uzyskanej w innym państwie członkowskim uwzględnia zasady konieczności i proporcjonalności, zgodnie z orzecznictwem przytoczonym w pkt 62 niniejszego wyroku i z art. 8 ust. 1 dyrektywy 2011/24.
- 82 Jak orzekł już Trybunał, poprzez przepisy krajowe wykluczające w każdym przypadku pokrycie kosztów świadczeń szpitalnych udzielonych bez uzyskania uprzedniej zgody odmawia się ubezpieczonemu – który ze względów związanych ze stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania w jednostce szpitalnej świadczeń o charakterze pilnym nie był w stanie złożyć wniosku o wskazaną zgodę lub nie mógł czekać na odpowiedź właściwej instytucji – pokrycia przez ową instytucję kosztów tych świadczeń, choćby nawet przesłanki takiego pokrycia były poza tym spełnione (wyrok Ełczinow, pkt 45).
- 83 Trybunał stwierdził, że w okolicznościach takich jak opisane w poprzednim punkcie niniejszego wyroku pokrycie kosztów tego rodzaju świadczeń nie może zagrozić realizacji celów planowania szpitalnictwa ani poważnie naruszyć równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego, jako że takie pokrycie nie narusza utrzymania zrównoważonej i dostępnej dla wszystkich służby szpitalnej ani możliwości przeprowadzania leczenia lub kwalifikacji medycznych na terytorium krajowym (wyrok Ełczinow, pkt 46).
- 84 Rozważania, jakie przeprowadził Trybunał względem prawa do pokrycia kosztów opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim, bez uzyskania uprzedniej zgody, w ramach art. 49 WE i art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, można odnieść do kontekstu art. 56 TFUE i dyrektywy 2011/24 względem prawa do zwrotu, bez uzyskania uprzedniej zgody, kosztów opieki szpitalnej lub wymagającej znacznych nakładów opieki pozaszpitalnej w innym państwie członkowskim.
- 85 Wynika z tego, że uregulowanie krajowe, które w braku uprzedniej zgody wyklucza zwrócenie przez instytucję właściwą kosztów dotyczących opieki szpitalnej lub wymagającej znacznych nakładów opieki pozaszpitalnej uzyskanej w innym państwie członkowskim, w tym w szczególnych sytuacjach, w których ubezpieczony nie był w stanie wystąpić o udzielenie takiej zgody lub nie mógł czekać na decyzję instytucji właściwej dotyczącą złożonego wniosku o udzielenie zgody ze względów związanych ze stanem zdrowia lub z koniecznością uzyskania takiej opieki w trybie pilnym, choćby przesłanki takiego pokrycia były poza tym spełnione, nie spełnia wymogu proporcjonalności przypomnianego w pkt 62 i 71 niniejszego wyroku. W związku z tym uregulowanie to stanowi nieproporcjonalne ograniczenie swobody świadczenia usług ustanowionej w art. 56 TFUE i narusza art. 8 ust. 1 dyrektywy 2011/24.

- 86 W świetle powyższego na pytania pierwsze i drugie należy odpowiedzieć, że:
- artykuł 56 TFUE i art. 8 ust. 2 akapit pierwszy lit. a) dyrektywy 2011/24 należy interpretować w ten sposób, że stoją one na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu, które wyklucza – w braku uprzedniej zgody – zwrot, w zakresie gwarantowanym w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego państwa ubezpieczenia, kosztów konsultacji medycznej poniesionych w innym państwie członkowskim;
 - artykuł 56 TFUE i art. 8 ust. 1 dyrektywy 2011/24 należy interpretować w ten sposób, że stoją one na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu, które w przypadku gdy ubezpieczony nie był w stanie wystąpić o udzielenie zgody lub nie mógł czekać na decyzję instytucji właściwej dotyczącą złożonego wniosku ze względów związanych ze stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania opieki szpitalnej lub wymagającej znacznych nakładów opieki pozaszpitalnej w trybie pilnym, choćby przesłanki takiego pokrycia były poza tym spełnione, wyklucza – w braku uprzedniej zgody – zwrot, w zakresie gwarantowanym w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego państwa ubezpieczenia, kosztów takiej opieki udzielonej mu w innym państwie członkowskim.

D. W przedmiocie pytania trzeciego

- 87 Poprzez pytanie trzecie, które należy rozpatrzyć w trzeciej kolejności, sąd odsyłający dąży w istocie do ustalenia, czy art. 9 ust. 3 dyrektywy 2011/24, który nakłada na państwa członkowskie obowiązek ustalenia rozsądnych terminów rozpatrywania wniosków o transgraniczną opiekę zdrowotną, należy interpretować w ten sposób, że stoi on na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu przewidującemu niezależnie od stanu chorobowego pacjenta, który wystąpił o udzielenie uprzedniej zgody na pokrycie opieki transgranicznej, 31-dniowy termin na wydanie takiej zgody i 23-dniowy termin na odmowę jej wydania.
- 88 W tym względzie należy zauważyć, że art. 9 ust. 3 dyrektywy 2011/24 nakłada na państwa członkowskie obowiązek ustalenia rozsądnych terminów, w jakich wnioski o transgraniczną opiekę zdrowotną muszą zostać rozpatrzone, oraz uwzględnienia przy rozpatrywaniu tych wniosków, zgodnie z lit. a) i b) tego przepisu, odpowiednio, „określonego stanu chorobowego” oraz „pilności i indywidualnych okoliczności”.
- 89 Choć sąd odsyłający wskazuje, że termin rozpatrywania wniosków o udzielenie uprzedniej zgody na pokrycie kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej jest określony w uregulowaniu węgierskim niezależnie od stanu chorobowego pacjenta, który wystąpił o udzielenie takiej zgody, z uwag na piśmie zarówno rządu węgierskiego, jaki i Komisji wynika, że § 7 ust. 1 dekretu rządowego, który transponuje art. 9 ust. 3 dyrektywy 2011/24 do węgierskiego porządku prawnego, pozwala instytucji właściwej na uwzględnienie indywidualnych okoliczności i pilności danego przypadku w ramach przewidzianej w § 5 tego dekretu procedury wydawania zgody.
- 90 Ponadto z akt sprawy, którymi dysponuje Trybunał, nie wynika w żaden sposób, by przy rozpatrywaniu wniosków o udzielenie uprzedniej zgody na transgraniczną opiekę zdrowotną instytucje właściwe nie uwzględniały indywidualnych okoliczności i pilności konkretnego przypadku.
- 91 Na pytanie trzecie należy zatem odpowiedzieć, że art. 9 ust. 3 dyrektywy 2011/24 należy interpretować w ten sposób, że nie stoi on na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu, które przewiduje 31-dniowy termin na wydanie uprzedniej zgody na pokrycie kosztów opieki transgranicznej i 23-dniowy termin na odmowę jej wydania, umożliwiając jednocześnie instytucji właściwej uwzględnienie indywidualnych okoliczności i pilności danego przypadku.

W przedmiocie kosztów

⁹² Dla stron w postępowaniu głównym niniejsze postępowanie ma charakter incydentalny, dotyczy bowiem kwestii podniesionej przed sądem odsyłającym, do niego zatem należy rozstrzygnięcie o kosztach. Koszty poniesione w związku z przedstawieniem uwag Trybunałowi, inne niż koszty stron w postępowaniu głównym, nie podlegają zwrotowi.

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

1) Artykuł 20 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w związku z art. 26 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w świetle art. 56 TFUE należy interpretować w ten sposób że:

- opieka medyczna uzyskana w państwie członkowskim innym niż to, w którym ubezpieczony ma miejsce zamieszkania, wyłącznie z jego woli, ze względu na to, że jego zdaniem opieka ta lub opieka o tym samym stopniu skuteczności była niedostępna w państwie członkowskim miejsca zamieszkania w terminie medycznie uzasadnionym, jest objęta pojęciem „leczenia planowanego” w rozumieniu tych przepisów, wobec czego korzystanie z takiego leczenia na warunkach przewidzianych w rozporządzeniu nr 883/2004 podlega co do zasady wydaniu zgody przez właściwą instytucję państwa członkowskiego miejsca zamieszkania;
- ubezpieczony, który uzyskał leczenie planowane w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie miejsca zamieszkania, jednak bez uprzedniego wystąpienia o zgodę instytucji właściwej zgodnie z art. 20 ust. 1 tego rozporządzenia, ma prawo do zwrotu kosztów tego leczenia na warunkach przewidzianych we wspomnianym rozporządzeniu, jeżeli:
 - po pierwsze, między datą umówienia wizyty dla celów przeprowadzenia badania lekarskiego i ewentualnego leczenia w innym państwie członkowskim a datą, w której dane świadczenia zostały mu udzielone w tym państwie członkowskim, do którego musiał się udać, ubezpieczony ten znajdował się ze względów związanych w szczególności ze stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania tam świadczeń o charakterze pilnym w sytuacji uniemożliwiającej mu wystąpienie do instytucji właściwej o udzielenie takiej zgody lub czekanie na decyzję tej instytucji dotyczącą takiego wniosku oraz
 - po drugie, zostały ponadto spełnione pozostałe przesłanki pokrycia świadczeń rzeczowych na podstawie art. 20 ust. 2 zdanie drugie tego rozporządzenia.

Do sądu odsyłającego należy dokonanie niezbędnych ustaleń w tym względzie.

2) Artykuł 56 TFUE i art. 8 ust. 2 akapit pierwszy lit. a) dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej należy interpretować w ten sposób, że stoją one na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu, które wyklucza – w braku uprzedniej zgody – zwrot, w zakresie gwarantowanym w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego państwa ubezpieczenia, kosztów konsultacji medycznej poniesionych w innym państwie członkowskim.

Artykuł 56 TFUE i art. 8 ust. 1 dyrektywy 2011/24 należy interpretować w ten sposób, że stoją one na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu, które w przypadku gdy ubezpieczony nie był w stanie wystąpić o udzielenie zgody lub nie mógł czekać na decyzję instytucji właściwej dotyczącą złożonego wniosku ze względów związanych ze stanem zdrowia lub koniecznością uzyskania opieki szpitalnej lub opieki medycznej wymagającej użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej aparatury medycznej w trybie pilnym, choćby przesłanki takiego pokrycia były poza tym spełnione, wyklucza – w braku uprzedniej zgody – zwrot, w zakresie gwarantowanym w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego państwa ubezpieczenia, kosztów takiej opieki udzielonej mu w innym państwie członkowskim.

- 3) Artykuł 9 ust. 3 dyrektywy 2011/24 należy interpretować w ten sposób, że nie stoi on na przeszkodzie uregulowaniu krajowemu, które przewiduje 31-dniowy termin na wydanie uprzedniej zgody na pokrycie kosztów opieki transgranicznej i 23-dniowy termin na odmowę jej wydania, umożliwiając jednocześnie instytucji właściwej uwzględnienie indywidualnych okoliczności i pilności danego przypadku.

Podpisy