



Zbiór Orzeczeń

OPINIA RZECZNIKA GENERALNEGO
GERARDA HOGANA
przedstawiona w dniu 30 kwietnia 2020 r.¹

Sprawa C-243/19

A przeciwko Veselības ministrija

[wniosek o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym złożony przez Augstākā tiesa (Senāts) (izba sądu najwyższego, Łotwa)]

Odesłanie prejudycjalne – Zabezpieczenie społeczne – Ubezpieczenie zdrowotne – Rozporządzenie (WE) nr 883/2004 – Artykuł 20 ust. 2 – Zezwolenie na uzyskanie leczenia poza państwem członkowskim zamieszkania – Zezwolenie wydane w sytuacji, w której leczenie należy do świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego zamieszkania i w której zainteresowany nie może uzyskać takiego leczenia w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia – Dyrektywa 2011/24/UE – Artykuł 7 – Artykuł 8 ust. 5 – Zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej – Koszty leczenia poniesione w innym państwie członkowskim – Odmowa – Karta praw podstawowych Unii Europejskiej – Artykuł 10 ust. 1 i artykuł 21 ust. 1 – Artykuł 56 TFUE

I. Wprowadzenie

1. Niniejszy wniosek o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym dotyczy interpretacji art. 56 TFUE, art. 10 ust. 1² oraz art. 21 ust. 1 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej (zwanej dalej „kartą praw podstawowych” lub „kartą”), art. 20 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego³ oraz art. 8 ust. 5 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁴.

2. Pytania sformułowane w niniejszym wniosku o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym wymagają od Trybunału oceny zakresu, w jakim państwa członkowskie, przy wdrażaniu art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 oraz art. 7 i 8 dyrektywy 2011/24, zobowiązane są uwzględniać osobisty wybór pacjenta w kontekście publicznego świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej. Trybunał musi zbadać w szczególności zakres, w jakim – o ile w ogóle – wybór pacjenta oparty na względach

¹ Język oryginału: angielski.

² Choć pytania sformułowane przez sąd odsyłający w żaden sposób nie odwołują się do art. 10 ust. 1 karty praw podstawowych, odnoszę się do tego przepisu w trosce o zapewnienie wyczerpującego charakteru analizy. Zaznaczam, że w kontekście niniejszego postępowania nie wprowadzam istotnego rozróżnienia – strony również na takie rozróżnienie się nie powoływały – pomiędzy ochroną zapewnianą A i B na podstawie art. 10 ust. 1 i art. 21 ust. 1 karty praw podstawowych, ponieważ w postępowaniu głównym oraz w postępowaniu przed Trybunałem A podniósł zasadniczo, że doznał pośredniej dyskryminacji ze względu na religię. Nie wykluczam jednak, że w ujęciu abstrakcyjnym zakres art. 10 ust. 1 i art. 21 ust. 1 karty praw podstawowych mogą w innym kontekście być różne.

³ Dz.U. 2004, L 166, s. 1; sprostowanie Dz.U. 2004, L 200, s. 1.

⁴ Dz.U. 2011, L 88, s. 45.

religijnych musi być w tym kontekście uwzględniany, chociażby w świetle postanowień art. 10 ust. 1 karty praw podstawowych⁵ (który przewiduje, że każdy ma prawo do wolności religii) oraz art. 21 ust. 1 karty praw podstawowych (który zakazuje dyskryminacji ze względu na religię)⁶. Pytania te powstały w następującym kontekście.

3. Wniosek ten został przedstawiony w ramach postępowania pomiędzy A, który jest ojcem B, a łotewskim Veselibas ministrija (ministerstwem zdrowia). B urodził się z chorobą układu krążenia, której leczenie wymagało przeprowadzenia operacji medycznej. Operacja tego typu może zostać przeprowadzona na Łotwie, ale wiąże się ona zawsze z przeprowadzeniem transfuzji krwi. Ponadto operacja ta wymieniona jest pośród świadczeń wskazanych w ustawodawstwie łotewskim dotyczącym krajowej służby zdrowia. Sąd odsyłający podkreślił zatem fakt, że nie istnieją przesłanki medyczne, z powodu których B nie mógłby zostać poddany wskazanej operacji na Łotwie.

4. A jest Świadkiem Jehowy i z tego powodu sprzeciwia się transfuzji krwi, nawet w sytuacji takiej jak analizowana w niniejszej sprawie, w której dana operacja stanowi leczenie ratujące życie, kluczowe dla jego małego syna, B. Wydaje się, że Świadkowie Jehowy traktują zakaz dotyczący krwi jako zasadę wynikającą z pisma świętego, w świetle napomnienia zawartego w Dziejach Apostolskich 15:29, nakazującego Chrześcijanom: „powstrzymajcie się od ofiar składanych bożkom, od krwi, od tego, co uduszone [...]” [tłumaczenie za: Biblia Tysiąclecia], ale także jako kwestię, która – jeśli zaistnieje – stanowi test wiary w praktyce.

5. Można by na wstępie stwierdzić, że sąd świecki, taki jak Trybunał czy sąd odsyłający, nie może rozstrzygać tego rodzaju kwestii. Różnorodność poglądów religijnych i filozoficznych stanowi istotę wolności myśli, sumienia i religii, zagwarantowanej w art. 10 ust. 1 karty praw podstawowych. Samo brzmienie tego postanowienia – odzwierciedlające głębokie zaangażowanie na rzecz wolności myśli filozoficznej i wolności religii, które widoczne jest również w konstytucjach państw członkowskich – zakłada, że państwa członkowskie nie mogą arbitralnie decydować, co należy w tym względzie uznawać za ortodoksyjne lub konwencjonalne.

6. Oznacza to, że sądy muszą być w szczególny sposób przygotowane do tego, aby chronić różnorodność poglądów w kwestiach sumienia, religii i wolności myśli. Stanowi to zatem ogólne tło niniejszego postępowania. Należy jednak zaznaczyć, że rozpatrywane w niniejszej sprawie kwestie dotyczące art. 10 ust. 1 i art. 21 ust. 1 karty praw podstawowych zostały tu jednak przedstawione w formie nieco rozmytej i mniej wyraźnej niż w wielu wcześniejszych sprawach przed sądami krajowymi, które dotyczyły Świadków Jehowy. Wiele spośród tych spraw dotyczyło prawa sądów krajowych do nakazania wykonania transfuzji krwi dzieciom, u których interwencja chirurgiczna była niezbędna dla ratowania życia.

7. Kwestia ta nie występuje w niniejszej sprawie, ponieważ dziecko szczęśliwie przeszło operację ratującą życie, jednak nie na Łotwie, a w Polsce. Operacja, która została przeprowadzona w Polsce w kwietniu 2017 r., nie wymagała transfuzji krwi, i właśnie z tego powodu B udał się do Polski.

5 Prawo zagwarantowane w art. 10 ust. 1 karty praw podstawowych odpowiada prawu zagwarantowanemu w art. 9 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (zwanej dalej „EKPC”), której sygnatariuszami są wszystkie państwa członkowskie, i zgodnie z art. 52 ust. 3 karty praw podstawowych ma ono takie samo znaczenie i taki sam zakres. Wyrok z dnia 14 marca 2017 r., G4S Secure Solutions (C-157/15, EU:C:2017:203, pkt 27). W EKPC oraz w karcie praw podstawowych przyjęto szerokie znaczenie pojęcia „religii”, jako że obejmuje ono swobodę uzewnętrzniania przez osoby swojej religii. Pojęcie „religii” zawarte w art. 10 ust. 1 i w art. 21 ust. 1 karty praw podstawowych należy zatem interpretować jako obejmujące zarówno forum internum, czyli prawo do posiadania przekonań, jak i forum externum, czyli prawo do publicznego uzewnętrzniania wyznawanej wiary religijnej. Zobacz podobnie wyrok z dnia 14 marca 2017 r., G4S Secure Solutions (C-157/15, EU:C:2017:203, pkt 28). Zobacz także wyrok z dnia 10 lipca 2018 r., Jehovan todistajat (C-25/17, EU:C:2018:551, pkt 47).

6 W pkt 55 wyroku z dnia 9 marca 2017 r., Milkova (C-406/15, EU:C:2017:198), Trybunał orzekł, że zasada równego traktowania stanowi zasadę ogólną prawa Unii, gwarantowaną obecnie w art. 20 i 21 karty praw podstawowych, która wymaga, aby porównywalne sytuacje nie były traktowane w odmienny sposób, a sytuacje odmiennie nie były traktowane w sposób jednakowy, chyba że takie traktowanie jest obiektywnie uzasadnione. Różnica traktowania jest uzasadniona, o ile jest ona oparta na kryterium obiektywnym i racjonalnym, czyli w sytuacji gdy pozostaje ona w związku z dopuszczalnym prawnie celem realizowanym przez sporne przepisy oraz gdy różnica ta jest proporcjonalna do celu realizowanego za pomocą danego traktowania.

8. Pytanie, które pojawia się w niniejszej sprawie, jest nieco bardziej prozaiczne, dotyczy bowiem kwestii, czy A jest uprawniony do uzyskania zwrotu od łotewskiej krajowej służby zdrowia części lub całości kosztów operacji przeprowadzonej w Polsce. W tym celu A zwrócił się do łotewskiej krajowej służby zdrowia o wydanie tak zwanego „formularza S2”, i tym samym wyrażenie zgody na skorzystanie przez jego syna z określonej opieki zdrowotnej zaplanowanej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, państwie należącym do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub w Szwajcarii, zgodnie z ustawodawstwem krajowym transponującym m. in. art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004. Wskazana zgoda oznaczałaby zapewnienie, że koszty związane z analizowaną operacją w Polsce zostaną pokryte z łotewskiego budżetu państwowego. Odmówiono jednak udzielenia zgody w związku z tym, że operacja mogła zostać przeprowadzona na Łotwie – choć inaczej niż w Polsce wymagałaby zastosowania transfuzji krwi – oraz że nie było *względów medycznych* uzasadniających wykonanie B operacji bez transfuzji krwi.

9. A stoi na stanowisku, że doznał pośredniej dyskryminacji ze względu na religię, ponieważ większość osób oraz ich dzieci może skorzystać z niezbędnych świadczeń zdrowotnych bez naruszania swoich przekonań religijnych lub moralnych.

10. Trybunał został zatem poproszony o dokonanie oceny, czy tego rodzaju ewentualna pośrednia dyskryminacja ze względu na religię może być uzasadniona, i tym samym konieczna i proporcjonalna, chociażby biorąc pod uwagę fakt, że dostosowanie leczenia w taki sposób, aby uwzględnić tego rodzaju przekonania religijne, może stwarzać dodatkowe obciążenie dla ogólnego budżetu ochrony zdrowia.

11. Trybunał musi zbadać w szczególności, czy kryteria medyczne są jedynymi, jakie państwo członkowskie zobowiązane jest wziąć pod uwagę w oparciu o art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 oraz art. 8 ust. 6 lit. d) dyrektywy 2011/24, czy też szczerze przekonania religijne należy również uznać za czynnik istotny w tym równaniu.

12. Przed podjęciem analizy wspomnianych kwestii należy jednak w pierwszej kolejności przedstawić istotne ustawodawstwo i inne uregulowania prawne.

II. Ramy prawne

A. Prawo Unii

1. Rozporządzenie nr 883/2004

13. Artykuł 20 rozporządzenia nr 883/2004, zatytułowany „Udanie się w celu uzyskania świadczeń rzeczowych – zezwolenie na stosowne leczenie poza państwem członkowskim miejsca zamieszkania”, stanowi:

„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.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosują się *mutatis mutandis* do członków rodziny ubezpieczonego.

[...]”.

2. Dyrektywa 2011/24

14. Artykuł 7 dyrektywy 2011/24, zatytułowany „Ogólne zasady zwrotu kosztów”, stanowi:

„1. Bez uszczerbku dla rozporządzenia (WE) 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, czy to na szczeblu lokalnym, regionalnym czy krajowym, 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.

[...]

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

9. Państwo członkowskie ubezpieczenia może ograniczyć stosowanie przepisów dotyczących zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie nadrzędnych względów podyktowanych interesem ogólnym, takich jak wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczące woli kontrolowania kosztów i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich.

[...]”.

15. Artykuł 8 dyrektywy 2011/24, zatytułowany „Opieka zdrowotna, która może wymagać uprzedniej zgody”, stanowi:

„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 użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej;

[...]

5. Bez uszczerbku dla ust. 6 lit. a)–c) państwo członkowskie ubezpieczenia nie może odmówić wydania uprzedniej zgody, jeżeli pacjent jest uprawniony do danej opieki zdrowotnej na mocy art. 7 i jeżeli taka opieka zdrowotna nie może być świadczona na jego terytorium w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi, w oparciu o obiektywną ocenę stanu zdrowia pacjenta, historii i prawdopodobnego przebiegu jego choroby, stopnia występującego u niego bólu lub charakteru jego niepełnosprawności w chwili składania lub ponawiania wniosku o udzielenie zgody.

6. Państwo członkowskie ubezpieczenia może odmówić wydania uprzedniej zgody z poniższych przyczyn:

[...]

d) jeżeli taka opieka zdrowotna może być świadczona na jego terytorium w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi, z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia i prawdopodobnego przebiegu choroby każdego zainteresowanego pacjenta”.

B. Prawo lotewskie

16. Artykuł 310 Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumi Nr. 1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas Karaiba” (rozporządzenia rady ministrów nr 1529 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, zwanego dalej „rozporządzeniem nr 1529”) stanowi:

„310 Krajowa służba zdrowia wydaje formularz S2 osobie, która jest uprawniona do skorzystania z usług zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa i która chciałaby skorzystać z usług zdrowotnych zaplanowanych w innym państwie członkowskim [UE], państwie należącym do [EOG] lub w Szwajcarii, jeśli następujące warunki spełnione są łącznie:

310.1 usługi zdrowotne finansowane są z budżetu państwa zgodnie z zasadami mającymi zastosowanie do tego rodzaju opieki;

310.2 na dzień badania wniosku żaden ze świadczeniodawców wskazanych w art. 7 niniejszego rozporządzenia nie może zapewnić przedmiotowych usług zdrowotnych, a od danego świadczeniodawcy uzyskano uzasadnione stanowisko, które to potwierdza;

310.3 przedmiotowe usługi są konieczne, aby dana osoba mogła uniknąć nieodwracalnego pogorszenia podstawowych funkcji lub stanu zdrowia, biorąc pod uwagę stan zdrowia tej osoby w momencie ich badania, jak również dający się przewidzieć rozwój choroby”.

17. Artykuł 328 rozporządzenia nr 1529 stanowi, iż:

„328 [Krajowa służba zdrowia] zwraca osobom uprawnionym do otrzymania na Łotwie świadczeń opieki zdrowotnej, których koszty są pokrywane ze środków skarbu państwa, koszty opieki zdrowotnej, które osoba ta poniosła ze środków własnych z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej otrzymanych w innym państwie członkowskim [UE] lub [EOG] lub w Konfederacji Szwajcarskiej;

328.1 Zgodnie z przepisami rozporządzenia nr 883/2004 oraz rozporządzenia [Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004⁷], a także warunkami stosowanymi w odniesieniu do kosztów opieki zdrowotnej przez państwo, w którym osoby te otrzymały świadczenia opieki zdrowotnej, oraz zgodnie z informacją otrzymaną od właściwej instytucji państwa członkowskiego [UE] lub [EOG] lub Konfederacji Szwajcarskiej na temat kwoty podlegającej zwrotowi tym osobom, w przypadku, gdy:

[...]

328.1.2 [Krajowa służba zdrowia] podjęła decyzję o wydaniu wspomnianym osobom formularza S2, jednak osoby te pokryły koszty otrzymanych świadczeń opieki zdrowotnej ze środków własnych.

⁷ Dz.U. 2009, L 284,s. 1.

328.2 Zgodnie ze skalą opłat za świadczenia opieki zdrowotnej określoną w chwili, gdy wspomniane osoby otrzymały rzeczne świadczenia, lub zgodnie z kwotą zwrotów przewidzianą w przepisach dotyczących procedury zwrotu kosztów zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych przeznaczonych do leczenia ambulatoryjnego w momencie zakupu danych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w przypadku, gdy:

328.2.1 Osoby te otrzymały planowane świadczenia opieki zdrowotnej (w tym świadczenia wymagające uprzedniej zgody), z wyjątkiem przypadków, o których mowa w pkt 328.1.2 niniejszego rozporządzenia, a dane świadczenie należy do świadczeń refundowanych zgodnie z procedurą przewidzianą w niniejszym rozporządzeniu ze środków publicznych w Republice Łotewskiej.

[...]”.

III. Okoliczności sporu w postępowaniu głównym i wnioski o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym

18. Syn (zwany dalej „B”) skarżącego (zwanego dalej „A”) urodził się z zagrażającą życiu chorobą układu krążenia, w związku z czym, aby zapobiec nieodwracalnemu pogorszeniu jego zdrowia, konieczne było poddanie go operacji medycznej. Nie ulega wątpliwości, że operacja ta była ze względów medycznych konieczna. Operacja tego konkretnego rodzaju jest dostępna na Łotwie i jest uwzględniona na liście zabiegów refundowanych przez państwo łotewskie w ramach publicznej opieki zdrowotnej.

19. Jak już wskazałem, analizowana kwestia pojawia się w związku z tym, że A jest Świadkiem Jehowy i z tego powodu nie zgadza się na zastosowanie transfuzji krwi. Ponieważ na Łotwie tego rodzaju operacja nie jest dostępna bez transfuzji krwi, A zwrócił się do Nacionālais veselības dienests (zwanej dalej „krajową służbą zdrowia”), o wydanie jego synowi formularza S2, zezwalającego na leczenie i jego finansowanie m. in. w innym państwie członkowskim. Decyzją z dnia 29 marca 2016 r. krajowa służba zdrowia odmówiła wydania zezwolenia. Decyzją z dnia 15 lipca 2016 r. ministerstwo zdrowia utrzymało w mocy tę decyzję.

20. A wniósł skargę do Administratīvā rajona tiesa, Rīgas tiesu nams (sądu administracyjnego pierwszej instancji w Rydze, Łotwa) wnosząc o wydanie korzystnego aktu administracyjnego dotyczącego prawa jego syna do otrzymania określonych planowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrokiem z dnia 9 listopada 2016 r. sąd ten oddalił skargę A.

21. Po rozpatrzeniu odwołania skarżącego Administratīvā apgabaltiesa (regionalny sąd administracyjny, Łotwa) zgodził się z uzasadnieniem sądu pierwszej instancji i wyrokiem z dnia 10 lutego 2017 r. oddalił odwołanie. Sąd stwierdził, że przedmiotowa operacja medyczna jest świadczeniem finansowanym z budżetu państwa i jest ona konieczna, aby uniknąć nieodwracalnego pogorszenia funkcji życiowych lub stanu zdrowia syna A. Operacja mogła zostać przeprowadzona na Łotwie, ale jedynie z zastosowaniem procedury obejmującej transfuzję krwi. A stoi na stanowisku, że jest on dyskryminowany z tego powodu, że „większość członków społeczeństwa może skorzystać z opieki zdrowotnej bez konieczności rezygnacji z przekonań religijnych”. Z tego względu A uznał, że znajduje się on w innej sytuacji, niż inni pacjenci.

22. Administratīvā apgabaltiesa (regionalny sąd administracyjny) stwierdził, po pierwsze, że nie został spełniony jeden z łącznych wymogów niezbędnych do wydania formularza S2 na gruncie art. 310.2 rozporządzenia nr 1529. Sąd uznał mianowicie, że fakt, iż szpitale na Łotwie stosują metodę leczenia obejmującą transfuzję produktu z krwi, zaś A odmawia przyjęcia tego rodzaju leczenia, nie oznacza, że szpitale te nie mogą zapewnić danego świadczenia opieki zdrowotnej.

23. Po drugie sąd ten wskazał, że ponieważ metoda leczenia musi się opierać na kryteriach medycznych, poprzez odmowę wydania skarżącemu zezwolenia na świadczenia, które można otrzymać na Łotwie, krajowa służba zdrowia nie ograniczyła prawa A do dokonania wyboru w odniesieniu do otrzymania świadczeń opieki zdrowotnej dla jego syna, a także, że decyzja służby zdrowia nie jest związana z przekonaniem religijnym A. Potencjalny pacjent ma prawo odmówić otrzymania konkretnego leczenia i wybrać inne leczenie, jednak w takim przypadku państwo nie jest zobowiązane do pokrycia kosztów takiego alternatywnego leczenia.

24. Po trzecie, aby uzyskać zwrot kosztów zgodnie z kwotą ustaloną na Łotwie, krajowa służba zdrowia musi wydać uprzednie zezwolenie, o które A nie wystąpił. W związku z tym A niesłusznie twierdzi, że uzyskanie zwrotu kosztów leczenia w polskim zakładzie opieki zdrowotnej jest niemożliwe, ponieważ wniosek do organu publicznego o udzielenie zezwolenia zgodnie z ustaloną procedurą nie został złożony.

25. Po czwarte, wolność religii nie jest prawem bezwzględnym, a zatem w pewnych okolicznościach możliwe jest jej ograniczenie. Z drugiej strony w niniejszej sprawie chodzi o wolność religijną A, a nie jego syna, B. Ponadto, wolność rodziców do decydowania o ich dzieciach w ważnych kwestiach może zostać ograniczona w celu ochrony dobra dziecka.

26. A wniósł skargę kasacyjną do sądu odsyłającego. W skardze tej A wskazał, że w celu uniknięcia szkód dla zdrowia dziecka operacja została faktycznie przeprowadzona w dniu 22 kwietnia 2017 r. w Polsce.

27. A twierdzi w szczególności, że państwo musi stworzyć system opieki zdrowotnej dostosowany do sytuacji osobistej pacjenta, uwzględniający również przekonania religijne rodziców lub opiekunów niepełnoletnich pacjentów. Należy zagwarantować opiekę nad pacjentem, uwzględniając w pełni godność pacjenta, w tym jego wartości moralne i przekonania religijne. Jednakże w ocenie A Administratīvā apgabaltiesa (regionalny sąd administracyjny) przeanalizował te przekonania jedynie w odniesieniu do prawa rodziców do dokonania wyboru w kwestii leczenia dziecka. Nie rozpatrywano kwestii, czy w ten sposób władze pośrednio nie zmuszają rodziców do rezygnacji z ich przekonań religijnych. A jest zdania, że naruszono zakaz dyskryminacji, ponieważ państwo potraktowało w ten sam sposób jego i tych pacjentów, którzy znajdują się w innym niż on położeniu i którzy ze względu na swoją sytuację osobistą nie potrzebują dostosowania metod leczenia.

28. Ministerstwo zdrowia zgadza się z krajową służbą zdrowia co do tego, że aby formularz S2 mógł zostać wydany, zainteresowana strona musi spełnić łącznie szereg wymogów: (i) musi istnieć obowiązek pokrycia kosztów danej usługi opieki zdrowotnej przez skarb państwa, (ii) pomoc musi być konieczna, aby uniknąć nieodwracalnego pogorszenia funkcji życiowych lub stanu zdrowia oraz (iii) wspomniane świadczenia opieki zdrowotnej nie są dostępne na Łotwie. Przepis ten, ujęty zarówno w prawie krajowym, jak i w rozporządzeniu nr 883/2004, jest bezwzględnie obowiązujący i nie pozostawia organom władzy żadnej swobody uznania przy wydawaniu aktu administracyjnego. Nie jest zatem spełniony ostatni ze wspomnianych wymogów, ponieważ w tym przypadku żądana usługa może być świadczona na Łotwie, ale ze względów religijnych A sprzeciwia się transfuzji składników krwi. Ministerstwo zdrowia twierdzi, że przepisy przewidują rozsądne ograniczenia w dostosowaniu opieki zdrowotnej, aby w jak największym stopniu zapewnić racjonalną alokację zasobów gospodarczych oraz ochronę interesów całego społeczeństwa, polegających na zapewnieniu dostępności medycyny wysokiej jakości na Łotwie.

29. Ponadto ministerstwo zdrowia wskazuje, że stosowanie przepisów dyrektywy 2011/24 nie jest uzasadnione, ponieważ skarżący nie wystąpił o uprzednią zgodę, aby otrzymać zwrot kosztów według stawek stosowanych na Łotwie. Wreszcie ministerstwo zdrowia podkreśla, że orzecznictwo Trybunału w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej zostało podsumowane w dyrektywie 2011/24, która przewiduje jednak zwrot kosztów z tytułu rzeczonych usług według stawek stosowanych na Łotwie, a nie według stawek stosowanych w państwie, w którym dana usługa została otrzymana.

30. Sąd odsyłający wskazuje, że stosowanie tych samych przepisów do różnych sytuacji jest zakazane, ponieważ jest to równoznaczne z dyskryminacją pośrednią, chyba że postępowanie takie jest niezbędne do osiągnięcia uzasadnionego celu oraz istnieje proporcjonalny związek między zastosowanymi środkami a zamierzonym celem. W okolicznościach analizowanych w niniejszej sprawie celem zastosowania równego traktowania lub pozornie neutralnego kryterium mogłaby być ochrona zdrowia publicznego i praw osób trzecich, to znaczy konieczność utrzymania wystarczającej, zrównoważonej i stałej oferty opieki szpitalnej na wysokim poziomie na terytorium kraju, a także potrzeba zabezpieczenia stabilności finansowej systemu zabezpieczenia społecznego. W ocenie sądu odsyłającego, biorąc pod uwagę, że dostosowanie leczenia do przekonań religijnych może spowodować znaczne dodatkowe obciążenie budżetu na ochronę zdrowia, mógłby to być uzasadniony cel.

31. Jeżeli chodzi o ocenę proporcjonalności, sąd odsyłający wskazuje, że opieka szpitalna nad pacjentami wiąże się ze znacznymi kosztami, oraz że państwo dysponuje szerokim zakresem uznania, w szczególności w odniesieniu do przydzielania zasobów. Jednak aby ocenić zasadę proporcjonalności w kontekście wolności religijnej, należy ustalić, czy osiągnięto właściwą równowagę między interesami indywidualnymi a zbiorowymi, nawet jeśli powoduje to dodatkowe koszty dla państwa. Sąd odsyłający przyjmuje zatem, że państwo członkowskie może odmówić rozpatrywanego zezwolenia, zgodnie z art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004, interpretowanego w świetle art. 21 ust. 1 karty praw podstawowych, w przypadku gdy dostępna w państwie, w którym dana osoba ma miejsce zamieszkania, metoda leczenia szpitalnego, której skuteczność nie budzi wątpliwości, nie jest zgodna z przekonaniami religijnymi wspomnianej osoby.

32. Jednocześnie sąd odsyłający ma wątpliwości co do tego, czy rozsądna proporcjonalność jest zagwarantowana w przypadku, gdy koszty opieki zdrowotnej otrzymanej przez daną osobę w innym państwie członkowskim w ogóle nie są pokryte w sytuacji, gdy ze względu na swoje przekonania religijne osoba ta nie mogła otrzymać niezbędnego leczenia szpitalnego w państwie członkowskim, w którym ma miejsce zamieszkania.

33. Sąd odsyłający wskazuje, że w tym kontekście art. 7 ust. 1 dyrektywy 2011/24 stanowi, iż bez uszczerbku dla rozporządzenia nr 883/2004 i z zastrzeżeniem przepisów art. 8 i 9 dyrektywy państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia pokrycie kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej do wysokości kosztów, które zostałyby poniesione w tym państwie członkowskim. Leczenie szpitalne może jednak wymagać uprzedniej zgody zgodnie z art. 8 dyrektywy 2011/24, której można odmówić w przypadku gdy równie skuteczne leczenie może być zapewnione na terytorium tego państwa. Sąd odsyłający zaznacza, że zgodnie z art. 7 ust. 4 dyrektywy 2011/24 przedmiotowe koszty nie mogą być wyższe niż koszty, które zostałyby poniesione w przypadku, gdyby leczenie odbywało się na terenie Łotwy. Ponadto motyw 29 dyrektywy 2011/24 wskazuje wprost, że pokrywanie tego rodzaju kosztów nie powinno w żaden istotny sposób wpływać na finansowanie krajowych systemów opieki zdrowotnej. Natomiast niekorzystne skutki dla pacjentów, którym odmówiono zwrotu kosztów, są być może nieproporcjonalnie wysokie.

34. W tych okolicznościach Augstākā tiesa (Senāts) (sąd najwyższy, Łotwa) postanowił zawiesić postępowanie i skierował do Trybunału następujące pytania prejudycjalne:

„1. Czy art. 20 ust. 2 rozporządzenia [nr 883/2004] w związku z art. 21 ust. 1 [k]arty praw podstawowych [...] należy interpretować w ten sposób, że państwo członkowskie może odmówić wydania zezwolenia, o którym mowa w art. 20 ust. 1 tego rozporządzenia, jeżeli w państwie zamieszkania danej osoby dostępne jest leczenie szpitalne, którego skuteczność medyczna nie budzi wątpliwości, ale stosowana metoda leczenia nie jest zgodna z przekonaniami religijnymi wspomnianej osoby?

2. Czy art. 56 [TFUE] i art. 8 ust. 5 dyrektywy [2011/24] w związku z art. 21 ust. 1 [k]arty praw podstawowych [...] należy interpretować w ten sposób, że państwo członkowskie może odmówić wydania zgody, o której mowa w art. 8 ust. 1 tej dyrektywy, jeżeli w państwie ubezpieczenia danej osoby dostępne jest leczenie szpitalne, którego skuteczność medyczna nie budzi wątpliwości, ale stosowana metoda leczenia nie jest zgodna z przekonaniami religijnymi wspomnianej osoby?”

IV. Postępowanie przed Trybunałem

35. Uwagi na piśmie w odniesieniu do pytań prejudycjalnych skierowanych do Trybunału przez Augstākā tiesa (Senāts) (sąd najwyższy) przedstawili: A, ministerstwo zdrowia, rządy: łotewski, włoski i polski oraz Komisja Europejska.

36. Podczas rozprawy przed Trybunałem w dniu 13 lutego 2020 r. uwagi ustne przedstawili: A, ministerstwo zdrowia, rządy: łotewski i polski oraz Komisja.

V. Analiza

A. Zakres wniosku o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym

37. Przedmiotem niniejszej sprawy jest wydanie B dokumentu znanego jako formularz S2, aby B mógł skorzystać z transgranicznej opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim. Najwyraźniej formularz ten jest wydawany na podstawie przepisów krajowych wdrażających art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 oraz art. 26 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia nr 883/2004⁸, nie zaś na podstawie przepisów dyrektywy 2011/24 czy też art. 56 TFUE. Biorąc jednak pod uwagę, że koszty transgranicznej opieki zdrowotnej mogą być zwracane także na podstawie dyrektywy 2011/24, sąd odsyłający uznał, że tę dyrektywę również należy uwzględnić, wobec czego drugie pytanie sformułowane przez ten sąd odwołuje się m. in. do art. 56 TFUE i art. 8 ust. 5 dyrektywy 2011/24⁹.

38. Ministerstwo zdrowia oraz rządy: łotewski i polski twierdzą jednak, że dyrektywa 2011/24 nie jest istotna w kontekście niniejszego postępowania, ponieważ A nie zwrócił się o uprzednią zgodę na transgraniczną opiekę zdrowotną dla B zgodnie z tą dyrektywą. Ponadto, podczas rozprawy w dniu 13 lutego 2020 r. podniesiono również, że A nie ubiegał się o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej uzyskanej przez B w ciągu roku od jej uzyskania, czego wymaga krajowe prawo dokonujące transpozycji dyrektywy 2011/24. Dodatkowo, w oparciu o serię pytań skierowanych do stron przez członków Trybunału w trakcie rozprawy można wywieść wniosek, że system uprzedniej zgody na podstawie prawa krajowego transponującego m.in. art. 8 dyrektywy 2011/24 został zniesiony ze skutkiem od 1 września 2018 r.

⁸ Dz.U. 2009, L 284, s. 1.

⁹ Wynika to również z motywów 30 i 31 dyrektywy 2011/24, które wymagają, aby oba wspomniane systemy były stosowane spójnie. Pacjent może skorzystać tylko z jednego systemu w odniesieniu do danego leczenia, jednak w przypadku gdy warunki określone w art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 są spełnione, co do zasady powinien być stosowany system bardziej korzystny. Zobacz także art. 8 ust. 3 dyrektywy 2011/24.

39. Wszystko to wydaje się wskazywać, że uprzednia zgoda była wymogiem odnoszącym się do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej¹⁰ zgodnie z przepisami krajowymi transponującymi zarówno art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 jak i art. 8 dyrektywy 2011/24 w czasie, w którym miały miejsce okoliczności rozpatrywane w postępowaniu głównym. W trakcie rozprawy A stwierdził jednak, że w tamtym czasie odpowiednie informacje odnośnie do zasad dotyczących zastosowania art. 8 dyrektywy 2011/24 i wymogu uprzedniej zgody nie były w na Łotwie dostępne¹¹.

40. W mojej ocenie kwestie te dotyczą zarówno okoliczności faktycznych, jak i zastosowania prawa krajowego oraz praktyki, i zbadać je może jedynie sąd odsyłający. Nie można zatem uznać, że interpretacja, o jaką prosi sąd odsyłający w odniesieniu do pytania drugiego, jest czysto hipotetyczna¹².

41. Należy także zauważyć, że zastosowanie rozporządzenia nr 883/2004 oraz dyrektywy 2011/24¹³ do okoliczności niniejszej sprawy, a także fakt, że uregulowanie krajowe może być zgodne z przepisem wspomnianego prawa wtórnego nie skutkuje tym, że uregulowanie to znajduje się poza zakresem stosowania postanowień TFUE, a także, idąc dalej, zasady swobody świadczenia usług czy też, w mojej ocenie, postanowień karty praw podstawowych¹⁴.

42. W związku z tym stoję na stanowisku, że wszystkie przepisy prawa Unii powołane w pytaniach sformułowanych przez sąd odsyłający są istotne w rozpatrywanej sprawie¹⁵. Przedstawione [Trybunałowi] pytania wymagają zbadania natury i zakresu *wymogu uzyskania (uprzedniej) zgody* na podstawie art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 oraz art. 8 dyrektywy 2011/24, w celu uzyskania uprawnienia do zwrotu wszystkich lub części kosztów transgranicznej opieki szpitalnej w państwie członkowskim ubezpieczenia. Analizę te przeprowadzić należy w szczególności w świetle wolności religii, o której mowa w art. 10 ust. 1 karty praw podstawowych oraz zakazu dyskryminacji ze względu na religię, o którym mowa w art. 21 ust. 1 karty.

10 O charakterze takim, jak analizowana w postępowaniu głównym.

11 Zobacz motyw 48 dyrektywy 2011/24 w przedmiocie konieczności odpowiednich informacji dotyczących wszystkich istotnych aspektów transgranicznej opieki zdrowotnej.

12 Zgodnie z utrwalonym orzecnictwem w ramach postępowania, o którym mowa w art. 267 TFUE, wyłącznie do sądu krajowego, przed którym toczy się spór i który wobec tego musi przyjąć na siebie odpowiedzialność za wydane orzeczenie, należy ocena, w świetle konkretnych okoliczności sprawy, czy orzeczenie prejudycjalne jest niezbędne do wydania przez niego wyroku, jak i czy pytania skierowane do Trybunału są istotne. W związku z tym jeśli zadane pytania dotyczą wykładni prawa Unii, Trybunał jest co do zasady zobowiązany do wydania orzeczenia. Jednakże Trybunał orzekł również, że w szczególnych okolicznościach to do Trybunału, w celu zweryfikowania jego własnej kompetencji, należy zbadać okoliczności, w jakich sąd krajowy kieruje do niego wnioski. Odmowa udzielenia odpowiedzi na pytanie prejudycjalne zadane przez sąd krajowy jest możliwa jedynie wtedy, gdy żądana wykładnia prawa Unii w sposób oczywisty nie ma żadnego związku ze stanem faktycznym lub przedmiotem sporu toczącego się przed sądem krajowym lub też gdy problem ma charakter hipotetyczny albo gdy Trybunałowi nie przedstawiono okoliczności faktycznych i prawnych koniecznych do tego, aby mógł odpowiedzieć na zadane mu pytania w użyteczny sposób. Wyrok z dnia 19 listopada 2009 r., Filipiak (C-314/08, EU:C:2009:719, pkt 40–42 i przytoczone tam orzecznictwo).

13 Podstawą prawną dyrektywy 2011/24 jest art. 114 TFUE. Zobacz motyw 2 tej dyrektywy. Artykuł 168 TFUE również jest szczególnie istotny. Zobacz motyw 1 tej dyrektywy. Uważam jednak, że art. 7 i 8 dyrektywy 2011/24 są w dużej mierze oparte na orzecznictwie Trybunału w zakresie swobody świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie art. 56 TFUE. Zobacz motyw 8 dyrektywy 2011/24. W związku z tym jestem zdania, że orzecznictwo Trybunału w przedmiocie art. 56 TFUE w odniesieniu do tej tematyki w dużej mierze pokrywa się z art. 7 i 8 dyrektywy 2011/24.

14 Zobacz podobnie wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 38). Zobacz także wyrok z dnia 16 maja 2006 r., Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, pkt 46 i 47). W pkt 31 i 34 wyroku z dnia 30 kwietnia 2014 r., Pflieger i in. (C-390/12, EU:C:2014:281), Trybunał stwierdził, że zakres stosowania karty praw podstawowych w odniesieniu do działań państw członkowskich został określony w jej art. 51 ust. 1, zgodnie z którym postanowienia karty mają zastosowanie do państw członkowskich tylko w sytuacji, gdy stosują one prawo Unii. Stosowanie prawa Unii oznacza jednocześnie zastosowanie praw podstawowych chronionych na mocy karty praw podstawowych. Wynika z tego, że w przypadku gdy państwa członkowskie wykonują rozporządzenie nr 883/2004 oraz dyrektywę 2011/24, przepisy karty mają zastosowanie. Ponadto w pkt 35 wyroku z dnia 30 kwietnia 2014 r., Pflieger i in. (C-390/12, EU:C:2014:281) Trybunał orzekł, że jeżeli państwo członkowskie powołuje się na nadrzędne względy interesu ogólnego w celu uzasadnienia przepisów, które mogą ograniczać korzystanie ze swobody świadczenia usług, takie uzasadnienie, przewidziane w prawie Unii, powinno być interpretowane w świetle ogólnych zasad prawa Unii, a w szczególności praw podstawowych zagwarantowanych obecnie w karcie. Odnośne przepisy krajowe mogą zatem być objęte przewidzianymi wyjątkami, wyłącznie jeżeli są zgodne z prawami podstawowymi, nad których przestrzeganiem czuwa Trybunał.

15 Artykuł 22 karty praw podstawowych, który stanowi, że Unia szanuje m. in. różnorodność religijną, także ma znaczenie.

43. Z treści wniosku o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym wynika, że odmowa wydania formularza S2 w odniesieniu do leczenia B najwyraźniej wynikała wyłącznie z faktu, że przedmiotowe leczenie mogło zostać przeprowadzone na Łotwie. Inne ograniczenia prawa do transgranicznej opieki zdrowotnej, które mogą zostać nałożone w odniesieniu do prawa do uzyskania zwrotu kosztów w interesie ogólnym nie są zatem istotne¹⁶.

1. Przegląd orzecznictwa Trybunału w przedmiocie swobody świadczenia usług – artykuł 56 TFUE – transgraniczna opieka zdrowotna – wymóg uprzedniej zgody

44. 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 hospitalizacji¹⁷. Swobodne świadczenie usług obejmuje swobodę usługobiorców, a konkretnie osób wymagających opieki medycznej, udania się do innego państwa członkowskiego w celu skorzystania tam z usług¹⁸.

45. Trybunał orzekł, że wymóg uzyskania uprzedniej zgody, któremu podlega pokrycie przez właściwą instytucję kosztów, *zgodnie z systemem określającym zakres ubezpieczenia obowiązującym w państwie członkowskim tej instytucji*, świadczeń zdrowotnych zaplanowanych w innym państwie członkowskim stanowi ograniczenie swobody świadczenia usług zarówno wobec pacjentów jak i usługodawców, ponieważ taki system może zniechęcić pacjentów do zwracania się do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych mających siedzibę w innym państwie członkowskim w celu uzyskania danych świadczeń, a nawet im to uniemożliwić¹⁹.

46. Jednak Trybunał stwierdził również, że pomimo iż uprzednia zgoda stanowi zarówno dla pacjentów, jak i usługodawców przeszkodę w swobodnym świadczeniu usług, art. 56 TFUE zasadniczo nie stoi na przeszkodzie temu, by prawo pacjenta do uzyskania opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim na koszt systemu, do którego należy, było uzależnione od uprzedniej zgody²⁰. Można przyjąć, że celem jakiegokolwiek tego rodzaju uprzedniej zgody jest: (i) nieryzykowanie poważnego naruszenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego, (ii) utrzymanie zrównoważonej

¹⁶ Zobacz przykładowo art. 8 ust. 6 lit. a)–c) dyrektywy 2011/24.

¹⁷ Wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 36 i przytoczone tam orzecznictwo).

¹⁸ Wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 37 i przytoczone tam orzecznictwo). W pkt 26–28 wyroku z dnia 21 czerwca 2012 r., Susisalo i in. (C-84/11, EU:C:2012:374), Trybunał orzekł, że na podstawie art. 168 ust. 7 TFUE prawo Unii nie uchybia kompetencjom państw członkowskich w zakresie uregulowania ich systemów zabezpieczenia społecznego i przyjmowania, w szczególności, przepisów w zakresie organizacji usług służby zdrowia. Jednakże przy wykonywaniu tej kompetencji państwa członkowskie powinny przestrzegać prawa Unii, w szczególności zaś postanowień traktatu dotyczących swobód podstawowych. Postanowienia te obejmują skierowany do państw członkowskich zakaz wprowadzania lub utrzymywania w mocy nieuzasadnionych ograniczeń w wykonywaniu tych swobód w dziedzinie opieki zdrowotnej. Przy ocenie poszanowania tego obowiązku należy uwzględnić okoliczność, że zdrowie i życie ludzi ma pierwszorzędne znaczenie pośród dóbr i interesów chronionych traktatem i że do państw członkowskich należy decyzja o poziomie, na jakim chcą one zapewnić ochronę zdrowia publicznego, oraz o sposobie osiągnięcia tego poziomu. Jako że poziom ten może być różny w poszczególnych państwach członkowskich, należy przyznać im swobodę uznania.

¹⁹ Wyrok z dnia 27 października 2011 r., Komisja/Portugalia (C-255/09, EU:C:2011:695, pkt 60 i przytoczone tam orzecznictwo).

²⁰ Wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 41).

i dostępnej dla wszystkich służby medycznej i szpitalnej, (iii) utrzymanie możliwości przeprowadzania leczenia lub kwalifikacji medycznych na terytorium krajowym oraz (iv) umożliwienie planowania mającego na celu zapewnienie na terytorium danego państwa wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonej gamy usług szpitalnych dobrej jakości²¹.

47. W pkt 44 wyroku z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), Trybunał stwierdził, że jakkolwiek prawo Unii zasadniczo nie sprzeciwia się systemowi uprzedniej zgody, jest jednak konieczne, by warunki ustalone dla przyznania takiej zgody były uzasadnione w świetle wyżej wymienionych wymogów, by nie wykraczały one poza to, co obiektywnie konieczne w tym celu, i aby ten sam rezultat nie mógł być uzyskany przy pomocy mniej restrykcyjnych przepisów. 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.

2. Zasady określone w rozporządzeniu nr 883/2004 oraz dyrektywie 2011/24

48. Jak wspomniałem, niniejsze postępowanie dotyczy m. in. dwóch zbiorów norm ustanowionych w prawie Unii, na mocy których osoba ubezpieczona może uzyskać transgraniczną opiekę zdrowotną, a mianowicie art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 oraz art. 7 i 8 dyrektywy 2011/24. Pomimo podobieństw, we wspomnianych zbiorach norm prawnych występują jednak istotne różnice.

a) Rozporządzenie nr 883/2004

49. Zgodnie z art. 20 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004 ubezpieczony udający się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania świadczeń rzeczowych *ubiega się*²² o zezwolenie właściwej instytucji. Pomimo że przepis ten został sformułowany w formie nakazu, Trybunał orzekł, że *wyłącznym celem* art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 jest określenie okoliczności, w *których jest wykluczone, by właściwa instytucja odmówiła udzielenia zgody* żądanej na podstawie art. 20²³. Trybunał stwierdził zatem w pkt 53 wyroku z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), że art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 wymienia dwa warunki, których łączne spełnienie prowadzi do powstania obowiązku udzielenia przez właściwą instytucję uprzedniej zgody na podstawie tego przepisu.

21 W tym względzie Trybunał orzekł, że nie można wykluczyć, iż ryzyko poważnego naruszenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego może stanowić nadrzędną przesłankę interesu ogólnego, zdolną usprawiedliwić przeszkodę w swobodnym świadczeniu usług. Trybunał przypomniał także, iż uznał on jednocześnie, że utrzymanie zrównoważonej i dostępnej dla wszystkich służby medycznej i szpitalnej może również wchodzić w zakres odstępstw uzasadnionych względami zdrowia publicznego, przewidzianych w art. 56 TFUE, o ile przyczynia się do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia. Trybunał wyjaśnił także, że art. 56 TFUE pozwala państwom członkowskim ograniczyć swobodę świadczenia usług medycznych i szpitalnych w zakresie, w jakim utrzymanie możliwości przeprowadzania leczenia lub kwalifikacji medycznych na terytorium krajowym stanowi kwestię fundamentalną dla zdrowia publicznego, a nawet dla przetrwania populacji. Trybunał uznał również, że liczba szpitali, ich rozkład geograficzny, organizacja i sprzęt, jakim dysponują, a nawet rodzaj oferowanych przez nie usług medycznych, to kwestie, które powinny być przedmiotem planowania umożliwiającego zaspokojenie różnych potrzeb. Z jednej strony takie planowanie ma na celu zapewnienie na terytorium danego państwa wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonej gamy usług szpitalnych dobrej jakości. Z drugiej strony powinno zapewniać kontrolę nad kosztami i uniknięcie, w największym możliwym zakresie, jakiegokolwiek marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich. Takie marnotrawstwo jest tym bardziej szkodliwe, że sektor opieki szpitalnej pociąga za sobą znaczące koszty i musi odpowiadać na wzrastające potrzeby, podczas gdy zasoby finansowe, które mogą być poświęcone na opiekę zdrowotną, nie są, bez względu na stosowany sposób finansowania, nieograniczone. Zobacz wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 42 i 43).

22 Zobacz jednak wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 45 i 46) co do wyjątku w nagłych wypadkach.

23 Zobacz podobnie wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 39).

50. Pierwszy warunek jest spełniony, gdy leczenie, o którym mowa, jest jednym ze świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, na którego terytorium zamieszkuje zainteresowany²⁴. Z treści wniosku o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym wynika jasno, że leczenie rozpatrywane w postępowaniu głównym mieści się w katalogu świadczeń finansowanych przez łotewski skarb państwa. W tym względzie należy zauważyć, że żaden element treści wniosku o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym ani akt sprawy przed Trybunałem nie wskazuje na to, aby ministerstwo zdrowia odmówiło zwrotu kosztów leczenia B w oparciu o twierdzenie, że warunek ten nie został spełniony²⁵.

51. Sąd odsyłający wskazał, że kwestią wątpliwą jest drugi z warunków wskazanych w art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004. Warunek ten zakłada, że leczenie, któremu osoba objęta ubezpieczeniem społecznym planuje poddać się w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie zamieszkania, nie może, zważywszy na aktualny stan zdrowia tej osoby i dalszy przebieg jej choroby, być przeprowadzone w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia w państwie członkowskim miejsca zamieszkania²⁶.

52. W pkt 65 i 66 wyroku z dnia 5 października 2010 r., *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:58), Trybunał orzekł, że nie można odmówić udzielenia zgody, gdy spełniony jest pierwszy warunek i leczenie identyczne lub leczenie o tym samym stopniu skuteczności nie może być udzielone w stosownym czasie w państwie członkowskim miejsca zamieszkania zainteresowanego. W celu dokonania oceny, czy leczenie o tym samym stopniu skuteczności dla pacjenta może być udzielone w stosownym czasie w państwie członkowskim miejsca zamieszkania, właściwa instytucja jest zobowiązana uwzględnić wszystkie okoliczności każdego indywidualnego przypadku, uwzględniając należycie nie tylko sytuację medyczną pacjenta w chwili, gdy ten ubiegał się o zgodę oraz w razie potrzeby stopień bólu lub rodzaj niepełnosprawności pacjenta, która mogłaby na przykład uniemożliwiać lub nadmiernie utrudniać wykonywanie działalności zawodowej, lecz również jej wcześniejszy przebieg²⁷.

53. W przypadku gdy obydwa wspomniane warunki są spełnione, osoba ubezpieczona jest na podstawie art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 uprawniona do zwrotu kosztów leczenia zgodnie z przepisami ustawodawstwa państwa, na terytorium którego świadczenia zostały udzielone. Jeżeli kwota refundacji kosztów poniesionych w związku z usługami szpitalnymi świadczonymi w państwie członkowskim innym niż państwo miejsca zamieszkania, obliczonych na podstawie przepisów obowiązujących w tym państwie, jest niższa od kwoty, która zostałaby wypłacona na podstawie ustawodawstwa obowiązującego w państwie członkowskim miejsca zamieszkania w przypadku hospitalizacji przeprowadzonej na jego terytorium, zgodnie z art. 56 TFUE, w świetle wykładni Trybunału instytucja właściwa ma ponadto obowiązek przyznać refundację uzupełniającą w wysokości równej różnicy pomiędzy tymi dwiema kwotami²⁸.

24 Wyrok z dnia 5 października 2010 r., *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 54). Trybunał orzekł, że prawo Unii 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. Zobacz motyw 7 dyrektywy 2011/24 oraz wyrok z dnia 5 października 2010 r., *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 40 i 56). W związku z powyższym zasadniczo nie jest sprzeczne z prawem Unii, aby państwo członkowskie ustanowiło zamknięte listy świadczeń medycznych pokrywanych w ramach systemu zabezpieczenia społecznego i co do zasady prawo to nie może prowadzić do zobowiązania państwa członkowskiego do rozszerzenia tych list świadczeń. Wyrok z dnia 5 października 2010 r., *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 58 i przytoczone tam orzecznictwo).

25 Sąd odsyłający stoi bowiem na stanowisku, że pierwszy z warunków określonych w art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 został spełniony. Zobacz pkt 15 wniosku o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym. Nie występuje zatem sytuacja, w której ministerstwo zdrowia byłoby proszone o sfinansowanie opieki zdrowotnej za granicą, która nie jest przewidziana w ustawodawstwie łotewskim.

26 Wyrok z dnia 5 października 2010 r., *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 63).

27 W pkt 70 wyroku z dnia 16 maja 2006 r., *Watts* (C-372/04, EU:C:2006:325), Trybunał orzekł, że o ile termin wynikający z ogólnych celów planowania nie przekracza terminu możliwego do przyjęcia z medycznego punktu widzenia, właściwa instytucja ma prawo uznać, że drugi warunek nie został spełniony i odmówić wydania zgody, o którą ubiegał się zainteresowany.

28 Wyrok z dnia 5 października 2010 r., *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 77 i 78). Jeśli osoba objęta zabezpieczeniem społecznym wystąpiła z wnioskiem o udzielenie zgody na mocy tego przepisu i otrzymała od instytucji właściwej odpowiedź odmowną, a następnie odmowa ta została uznana za bezzasadną, bądź przez samą instytucję właściwą, bądź na mocy orzeczenia sądu, osoba ta jest uprawniona do otrzymania bezpośrednio od instytucji właściwej zwrotu kwoty równoważnej tej, jaka musiałaby zostać pokryta w przypadku prawidłowego od początku udzielenia zgody. Wyrok z dnia 5 października 2010 r., *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 48).

54. W mojej ocenie drugi z warunków określonych w art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 wymaga, aby pacjent wykazał, że transgraniczna opieka zdrowotna jest konieczna ze względu na pilną potrzebę medyczną. Państwo członkowskie ubezpieczenia jest zatem zobowiązane do wydania formularza S2 i poniesienia związanych z tym kosztów²⁹, ponieważ nie może ono w odpowiedni sposób spełnić potrzeby medycznej w stosownym czasie, pomimo iż zobowiązało się spełnić tę potrzebę, czego dowodzi fakt, iż pierwszy z warunków wskazanych w art. 20 ust. 2 został spełniony. Można zatem stwierdzić, że system wprowadzony przez rozporządzenie nr 883/2004 odnosi się wyłącznie do potrzeb medycznych, a nie, jako taki, do osobistego wyboru danego pacjenta.

55. Wynika z tego, że ponieważ drugi z warunków wskazanych w rozporządzeniu nr 883/2004 związany jest wyłącznie z faktyczną potrzebą medyczną i nie obejmuje jakichkolwiek kwestii związanych z wyborem osobistym (czy to ze względów religijnych czy innych), decyzja łotewskich organów odmawiająca wydania formularza S2 nie może co do zasady, i przy zastrzeżeniu zastosowania przepisów karty praw podstawowych, zostać uznana za nieprawidłową poprzez odniesienie do tego konkretnego warunku.

56. Nie musi to jednak mieć decydującego znaczenia jeśli chodzi o wniosek B o zwrot kosztów opieki zdrowotnej poniesionych w Polsce, ponieważ kwestię tę należy w następnej kolejności zbadać w kontekście dyrektywy 2011/24.

b) Dyrektywa 2011/24

57. Ogólnym skutkiem art. 7 i 8 dyrektywy 2011/24 jest ujęcie w ramy prawne, a także rozwinięcie orzecznictwa Trybunału w odniesieniu do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia większej pewności prawa oraz przejrzystości w tej kwestii³⁰.

58. Artykuł 7 ust. 1 dyrektywy 2011/24 przewiduje, że 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.

59. Inaczej niż art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004, art. 7 ust. 4 akapit pierwszy dyrektywy 2011/24 przewiduje, że koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez to państwo członkowskie, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej³¹.

29 Koszty te mogą potencjalnie być znacznie wyższe niż te, które w innym przypadku poniesionoby w państwie członkowskim ubezpieczenia. Na podstawie wypowiedzi ministerstwa zdrowia i rządu łotewskiego można przypuszczać, że koszty opieki szpitalnej w innych państwach członkowskich są faktycznie znacznie wyższe niż koszty odpowiadającej jej opiece na Łotwie. W kategoriach abstrakcyjnych nie można jednak wykluczyć, że koszty obciążające państwo członkowskie ubezpieczenia mogłyby być niższe.

30 Zobacz motywy 26 i 27 dyrektywy 2011/24. Zobacz także art. 9 ust. 2 dyrektywy 2011/24.

31 Zobacz także wyrok z dnia 27 października 2011 r., Komisja/Portugalia (C-255/09, EU:C:2011:695, pkt 79). W kwestii wyjątków od ograniczenia kwoty zwrotu zob. art. 7 ust. 4 dyrektywy 2011/24 akapity drugi i trzeci. W pkt 70 wyroku z dnia 27 października 2011 r., Komisja/Portugalia (C-255/09, EU:C:2011:695), Trybunał przypomniał w istocie, iż okoliczność, że przepis krajowy ewentualnie jest zgodny z przepisem prawa wtórnego, takim jak art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004, nie oznacza, że ów przepis krajowy znajduje się poza zakresem stosowania przepisów traktatu. Ponadto art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 ma na celu umożliwienie osobie objętej ubezpieczeniem, której instytucja właściwa udzieliła zgody na udanie się na terytorium innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam odpowiedniej opieki, właściwej dla jej stanu, korzystania ze świadczeń rzeczowych na rachunek instytucji właściwej, ale zgodnie z ustawodawstwem państwa, w którym świadczenia zostały wykonane, w szczególności *gdy transfer zainteresowanego stał się niezbędny ze względu na stan jego zdrowia, i to bez ponoszenia dodatkowych kosztów*. Jednakże należy stwierdzić, że art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 interpretowany w świetle jego celu nie zmierza do uregulowania kwestii zwrotu kosztów przez państwo członkowskie miejsca ubezpieczenia, w oparciu o stawki obowiązujące w tym państwie, poniesionych w związku ze świadczeniami zdrowotnymi wykonanymi w innym państwie członkowskim, choćby bez uzyskania uprzedniej zgody i zatem nie stoi on na przeszkodzie takiemu zwrotowi kosztów.

60. Osoba ubezpieczona może zatem wnioskować o zwrot kosztów do wysokości kwoty, jaką państwo członkowskie jej ubezpieczenia pokryłoby np. w związku z wizytą u lekarza ogólnego lub dentysty w innym państwie członkowskim, o ile dane świadczenie zdrowotne należałoby do zakresu świadczeń, do których osoba ubezpieczona jest uprawniona w państwie członkowskim ubezpieczenia³².

61. Artykuł 7 ust. 1 dyrektywy 2011/24 potwierdza zatem, że pacjenci mogą co do zasady dokonać faktycznego i skutecznego wyboru państwa członkowskiego, w którym mogą uzyskać opiekę zdrowotną. Wynika z tego, że o ile dane świadczenie zdrowotne należy do zakresu świadczeń, do których osoba ubezpieczona jest uprawniona w państwie członkowskim ubezpieczenia, jego koszty muszą zostać zwrócone tak, jakby dokonany wybór został zrealizowany w tym właśnie państwie. Co za tym idzie, pacjenci mają prawo uzyskać transgraniczną opiekę zdrowotną i moim zdaniem, dokonane przez nich wybory *nie* muszą opierać się wyłącznie na względach medycznych.

62. W tym względzie rysuje się wyraźna różnica pomiędzy funkcjonowaniem rozporządzenia nr 883/2004 z jednej strony, i dyrektywy 2011/24 z drugiej.

63. Na podstawie systemu wprowadzonego dyrektywą 2011/24 pacjent może udać się do państwa członkowskiego innego niż państwo członkowskie ubezpieczenia i uzyskać tam opiekę zdrowotną, na przykład ze względu na bliskość lub zwyczajne preferencje, czy też ze względu na przekonania religijne³³. Oczywiście prawdą jest, że wielu pacjentów może nie chcieć korzystać z transgranicznej opieki zdrowotnej z różnych powodów. Wiele z tych powodów jest prawdopodobnie kwestią indywidualną danego pacjenta. Pacjenci mogą zdecydować się na uzyskanie opieki zdrowotnej w państwie swojego zamieszkania np. z uwagi na własną wygodę lub ogólną znajomość systemu opieki zdrowotnej i jej personelu.

64. Jednak biorąc pod uwagę, że zwrot kosztów na podstawie dyrektywy 2011/24 ograniczony jest do kwoty, jaka byłaby zwrócona w państwie członkowskim ubezpieczenia, Trybunał orzekł, że tego rodzaju okoliczności mogą ograniczać ewentualny wpływ finansowy na system zabezpieczeń społecznych państwa członkowskiego i, przykładowo, powodować zniesienie wymogu uprzedniej zgody w odniesieniu do świadczeń udzielanych w gabinecie lekarza za granicą³⁴.

65. Pomimo iż art. 7 ust. 1 dyrektywy 2011/24 ma charakter otwarty, art. 8 ust. 1 wspomnianej dyrektywy przewiduje jednak, że państwo członkowskie ubezpieczenia *może*³⁵ przewidzieć system udzielania uprzedniej zgody na zwrot kosztów określonej transgranicznej opieki zdrowotnej, a zwłaszcza opieki obejmującej pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc oraz opieki wymagającej zastosowania wysoce specjalistycznej aparatury medycznej³⁶. Nałożone ograniczenia nie mogą jednak, zgodnie z art. 8 ust. 1 dyrektywy 2011/24, wykraczać poza to, co jest konieczne i proporcjonalne do celu, jaki ma zostać osiągnięty. Tego rodzaju ograniczenia nie mogą stanowić środka arbitralnej dyskryminacji ani nieuzasadnionej przeszkody dla swobodnego przepływu pacjentów. Z samego brzmienia art. 8 ust. 1 dyrektywy 2011/24 wynika jasno, że system uprzedniej zgody – a tym samym możliwość ograniczania dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej – ma charakter wyjątku, i co za tym idzie, musi być interpretowany w sposób zawężający.

32 Zobacz podobnie pkt 90–95 wyroku z dnia 27 października 2011 r., Komisja/Portugalia (C-255/09, EU:C:2011:695).

33 Natomiast z drugiego warunku określonego w art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 wynika jasno, że zapewnione w tym przepisie prawo do transgranicznej opieki zdrowotnej uzależnione jest od uprzedniej zgody, której zgodnie z tym przepisem państwo członkowskie ubezpieczenia może odmówić w przypadku braku pilnej z medycznego punktu widzenia potrzeby.

34 Zobacz pkt 97 wyroku z dnia 13 maja 2003 r., Müller-Fauré i van Riet (C-385/99, EU:C:2003:270).

35 W tym względzie wydaje się – co potwierdzić powinien sąd odsyłający – że Republika Łotewska stosowała tego rodzaju system uprzedniej zgody na podstawie art. 8 dyrektywy 2011/24 do 1 września 2018 r.

36 Zobacz art. 8 ust. 2 lit. a) dyrektywy 2011/24. Zobacz także art. 7 ust. 9 dyrektywy 2011/24, który przewiduje, że państwo członkowskie ubezpieczenia może *ograniczyć stosowanie zwrotu kosztów* transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie nadrzędnych względów podyktowanych interesem ogólnym.

66. W tym względzie art. 8 ust. 2 lit. a) dyrektywy 2011/24 przewiduje, że opieka zdrowotna, która może wymagać uprzedniej zgody, *jest ograniczona* do opieki zdrowotnej, która m. in. 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 *obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc lub występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej*³⁷.

67. W każdym razie art. 8 ust. 5 dyrektywy 2011/24 stanowi m. in., że państwo członkowskie ubezpieczenia nie może odmówić wydania uprzedniej zgody, jeżeli pacjent jest uprawniony do danej opieki zdrowotnej na mocy art. 7 i jeżeli taka opieka zdrowotna nie może być świadczona na jego terytorium w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi³⁸. Zgodnie z art. 8 ust. 6 lit. d) dyrektywy 2011/24, państwo członkowskie ubezpieczenia może więc odmówić wydania uprzedniej zgody, jeżeli taka opieka zdrowotna może być świadczona na jego terytorium w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi.

68. A zatem wynika z tego, że państwa członkowskie mogą podejmować różnego rodzaju zobowiązania finansowe, zależnie od tego, czy chodzi o art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 czy o art. 7 i 8 dyrektywy 2011/24. Jest to kolejna różnica pomiędzy tymi dwoma zbiorami norm prawnych.

3. Zastosowanie w niniejszej sprawie rozporządzenia nr 883/2004, dyrektywy 2011/24 oraz art. 10 ust. 1 i art. 20 ust. 1 karty praw podstawowych

69. Jak już wskazałem, wszystkie strony zgadzają się co do tego, że operacja, której poddany został B, syn A, była konieczna dla zapobieżenia nieodwracalnemu pogorszeniu stanu jego zdrowia. Choć nie występuje tu przesłanka *medyczna*, dla której B nie mógł skorzystać z leczenia dostępnego na Łotwie, to jak już wspomniano, przekonania religijne A były przeszkodą dla skorzystania przez B z przedmiotowej opieki medycznej³⁹. Sprawa w postępowaniu głównym dotyczy zatem zwrotu przez łotewskie ministerstwo zdrowia kosztów opieki szpitalnej uzyskanej przez B w Polsce na podstawie art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004, biorąc pod uwagę, że ministerstwo zdrowia odmówiło udzielenia uprzedniej zgody na tę opiekę zdrowotną poprzez odmowę wydania formularza S2, i ewentualnie także na podstawie art. 7 i 8 dyrektywy 2011/24⁴⁰.

70. Należy przypomnieć, że aby koszty transgranicznej opieki zdrowotnej zostały zwrócone, zarówno art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 jak i art. 7 ust. 1 dyrektywy 2011/24 wymagają, aby dana opieka zdrowotna mieściła się w zakresie świadczeń zapewnianych przez państwo członkowskie ubezpieczenia. Biorąc pod uwagę, że warunek ten został spełniony w przypadku operacji, której poddany został B, nie mamy do czynienia z sytuacją, w której państwo członkowskie, w tym przypadku Republika Łotewska, miałoby pokryć koszty leczenia, do którego osoba ubezpieczona (w tym przypadku B) *nie* byłaby uprawniona w państwie członkowskim ubezpieczenia.

37 W świetle tych warunków jestem zdania, że można w uzasadniony sposób przypuszczać, że art. 8 ust. 2 lit. a) dyrektywy 2011/24 dotyczy transgranicznej opieki zdrowotnej uzyskanej przez B w Polsce. Zobacz także brzmienie pytań sformułowanych przez sąd odsyłający. Zobacz także art. 8 ust. 2 lit. b) dyrektywy 2011/24. Jest to okoliczność faktyczna, w odniesieniu do której właściwy do orzekania jest wyłącznie sąd odsyłający.

38 Zobacz art. 8 ust. 6 lit. d) dyrektywy 2011/24. Przepis ten odzwierciedla art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004.

39 Szczerześć owych przekonań religijnych i konieczność poszukiwania możliwości leczenia B poza terytorium Łotwy w celu zapewnienia zgodności z tymi przekonaniami nie były kwestionowane w ramach uwag przedstawionych Trybunałowi. W trakcie rozprawy w dniu 13 lutego 2020 r. A podkreślił, że przedmiotowe leczenie było procedurą ratującą życie B, która w żadnym razie nie była motywowana względami „turystyki medycznej”.

40 Akta sprawy nie wskazują, aby przysługująca B swoboda uzyskania transgranicznych usług została naruszona w jakikolwiek inny sposób. Jednak biorąc pod uwagę, że transgraniczna opieka zdrowotna może być bardzo kosztowna, istnienie prawa do zwrotu kosztów może być niezbędne, aby dana osoba mogła skutecznie skorzystać z tego prawa.

71. A zatem wynika z tego, że kwestia, czy państwo członkowskie, takie jak Republika Łotewska, może w jakichkolwiek okolicznościach być zobowiązane do poniesienia dodatknych i być może w niektórych przypadkach istotnych dodatkowych zobowiązań finansowych poprzez zapewnienie opieki zdrowotnej, która nie należy do świadczeń zapewnianych przez państwo członkowskie ubezpieczenia, tak aby skutecznie zapewnić danej osobie prawo do praktykowania religii lub by osoba ta nie była dyskryminowana ze względu na religię w jakikolwiek inny sposób, nie powstaje w niniejszej sprawie, ponieważ pierwszy z warunków określonych w art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 został tak czy inaczej spełniony.

72. Jeśli chodzi o drugi z warunków określonych w art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 oraz unormowania zawarte w art. 8 ust. 6 lit. d) dyrektywy 2011/24, to przepisy te w istocie zezwalają państwom członkowskim na odmowę udzielenia zgody na transgraniczną opiekę zdrowotną lub zwrotu jej kosztów, jeśli nie występuje pilna konieczność uzasadniona względami medycznymi. Jestem zdania, że brzmienie tych przepisów jest jednoznaczne i że *jedyne kryteria, jakie zostały w nich wprost wskazane, mają charakter przesłanek medycznych*.

73. Należy jednak podkreślić, że zgodnie z art. 51 ust. 1 karty praw podstawowych państwa członkowskie, w zakresie, w jakim stosują one prawo Unii, szanują prawa, przestrzegają zasad i popierają stosowanie postanowień karty, w tym jej art. 10 ust. 1 oraz art. 21 ust. 1⁴¹.

74. Wydaje się – co potwierdzić powinien sąd odsyłający –, że uregulowania krajowe rozpatrywane w sporze w postępowaniu głównym – oparte m. in. na art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 oraz art. 8 ust. 6 lit. d) dyrektywy 2011/24 – dotyczące wymogu pilnej potrzeby medycznej, której zaistnienie jest niezbędne dla zwrotu kosztów leczenia B w Polsce, nie utrudniają bezpośrednio praktykowania religii ani nie skutkują bezpośrednią dyskryminacją ze względu na religię. Uregulowania te są w tej kwestii całkowicie neutralne.

75. Do oceny sądu odsyłającego pozostaje, czy wspomniane uregulowania krajowe pośrednio utrudniają praktykowanie religii lub wprowadzają nierówne traktowanie, które pośrednio oparte jest na religii lub przekonaniach⁴². Jest jednak jasne, że rozpatrywane uregulowania nie utrudniają w sposób nieuzasadniony praktykowania religii i nie stanowią dyskryminacji pośredniej, jeżeli są one obiektywnie uzasadnione zgodnym z prawem celem, a środki mające służyć osiągnięciu tego celu są właściwe i konieczne⁴³.

41 Jako jedna z ogólnych zasad prawa Unii zakaz wszelkiej dyskryminacji ze względu na religię jest normą o charakterze bezwzględnie wiążącym. Ów zapisany w art. 21 ust. 1 karty praw podstawowych zakaz skutkuje przyznaniem jednostkom prawa, na które mogą się one bezpośrednio powoływać w sporze dotyczącym jednej z dziedzin objętych prawem Unii. W razie stwierdzenia istnienia dyskryminacji niezgodnej z prawem Unii osoby będące w niekorzystnej sytuacji powinny znaleźć się w takiej samej sytuacji jak osoby, którym przysługuje dana korzyść. Zobacz wyrok z dnia 22 stycznia 2019 r., Cresco Investigation (C-193/17, EU:C:2019:43, pkt 76 i 79). Należy zaznaczyć, że inaczej niż okoliczności faktyczne wspomniane wyżej sprawy, okoliczności rozpatrywane w sporze w postępowaniu głównym dotyczą wertykalnej relacji pomiędzy A i B z jednej strony, a łotewskim ministerstwem zdrowia z drugiej.

42 W mojej ocenie można sobie wyobrazić, że – jak utrzymuje A – A oraz B doznali pośredniej dyskryminacji ze względu na religię, a ich prawo do praktykowania religii napotykało na przeszkodę na skutek zastosowania prawa krajowego transponującego art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004, ponieważ wniosek o wydanie B formularza S2 został odrzucony, w związku z czym nie był on uprawniony do otrzymania zwrotu kosztów zgodnej ze szczerymi przekonaniem religijnymi A opieki zdrowotnej, która dostępna była jedynie w innym państwie członkowskim. Ponadto, sąd odsyłający powinien zbadać, czy wniosek o zgodę na uzyskanie transgranicznej opieki zdrowotnej był lub mógł być złożony przez A lub B na podstawie art. 8 dyrektywy 2011/24. Jeśli wymóg uprzedniej zgody został wprowadzony przez prawo krajowe zgodnie z art. 8 dyrektywy 2011/24 a warunki jej udzielenia nie brały pod uwagę przekonania religijnego A i B, to mogło dojść do pośredniego wprowadzenia ograniczenia wykonania przez nich praw i wolności przewidzianych w art. 10 ust. 1 karty praw podstawowych oraz mogli oni doznać pośredniej dyskryminacji na podstawie art. 21 ust. 1 karty.

43 Zobacz analogicznie wyrok z dnia 14 marca 2017 r., G4S Secure Solutions (C-157/15, EU:C:2017:203, pkt 35). Należy podkreślić, że zgodnie z art. 52 ust. 1 karty praw podstawowych ograniczenia w korzystaniu z praw i wolności uznanych m. in. w art. 10 ust. 1 i art. 21 ust. 1 karty muszą być przewidziane ustawą i szanować istotę tych praw i wolności. Ponadto, z zastrzeżeniem zasady proporcjonalności, ograniczenia mogą być wprowadzone wyłącznie wtedy, gdy są konieczne i rzeczywiście odpowiadają celom interesu ogólnego uznawanym przez Unię lub potrzebom ochrony praw i wolności innych osób. Zgadzam się zatem ze stanowiskiem przedstawionym przez rząd polski, zgodnie z którym prawo do praktykowania religii nie jest uprawnieniem absolutnym, lecz może być podlegać ograniczaniu w interesie publicznym i w sposób proporcjonalny, na podstawie przepisów prawa.

76. Ostatecznie kwestię tę ustalić powinien sąd odsyłający⁴⁴. Jestem jednak zdania, że orzecznictwo Trybunału w przedmiocie konieczności uzyskania uprzedniej zgody oraz swobody świadczenia usług medycznych zgodnie z art. 56 TFUE udziela w tym względzie istotnych wskazówek.

77. Należy przypomnieć, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału⁴⁵ art. 56 TFUE zasadniczo nie stoi na przeszkodzie temu, by prawo pacjenta do uzyskania opieki szpitalnej w innym państwie członkowskim na koszt systemu, do którego należy, było uzależnione od uprzedniej zgody⁴⁶, co ma na celu i) nieryzykowanie poważnego naruszenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego, (ii) utrzymanie zrównoważonej i dostępnej dla wszystkich służby medycznej i szpitalnej, (iii) utrzymanie możliwości przeprowadzania leczenia lub kwalifikacji medycznych na terytorium krajowym oraz (iv) umożliwienie planowania mającego na celu zapewnienie na terytorium danego państwa wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonej gamy usług szpitalnych dobrej jakości⁴⁷.

a) Brak uzasadnienia dla odmowy (uprzedniej) zgody w oparciu o względy organizacyjne lub strukturalne zarówno na podstawie art. 20 ust. 1 i 2 rozporządzenia nr 883/2004, jak i art. 8 ust. 2 oraz art. 8 ust. 6 lit. d) dyrektywy 2011/24

78. Abstrahując chwilowo od pierwszego kryterium, które ma wymiar czysto finansowy i dotyczy kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, pozostałe kryteria mają w mojej ocenie charakter organizacyjny i strukturalny oraz dotyczą prawidłowego i zrównoważonego świadczenia skutecznej opieki zdrowotnej przez państwo członkowskie ubezpieczenia na rzecz wszystkich osób ubezpieczonych⁴⁸. Wspomniane kryteria *stosuje się tak samo* w odniesieniu do uzasadnienia uprzedniej zgody na zwrot kosztów, oraz podstaw jej odmowy, przewidzianych *zarówno* w art. 20 ust. 1 i 2 rozporządzenia nr 883/2004, jak i art. 8 ust. 2 oraz art. 8 ust. 6 lit. d) dyrektywy 2011/24.

79. Biorąc pod uwagę, że Republika Łotewska najwyraźniej zniósła wymóg uprzedniej zgody na podstawie prawa krajowego transponującego art. 8 dyrektywy 2011/24 w dniu 1 września 2018 r.⁴⁹, przynajmniej wątpliwe jest, przy czym zbadać to powinien sąd odsyłający, czy decyzja ministerstwa zdrowia z dnia 29 marca 2016 r. odmawiająca wydania B formularza S2⁵⁰ – a więc wydana mniej niż 18 miesięcy wcześniej – mogła być uzasadniona względami o charakterze organizacyjnym lub strukturalnym⁵¹.

80. W mojej ocenie, jeśli nie występują względy organizacyjne lub strukturalne, które uzasadniają ograniczenie swobody świadczenia usług opieki zdrowotnej zagwarantowanej poprzez art. 56 TFUE, to mało prawdopodobne jest, aby podobne kryteria mogły uzasadniać ograniczenie prawa do praktykowania religii czy niedyskryminacji ze względu na religię zagwarantowane poprzez kartę praw

44 Dokonując oceny tego rodzaju środków, sąd odsyłający powinien przyjąć podejście całościowe, a tym samym wziąć pod uwagę wszelkie wyznaczniki występujące na Łotwie, w konkretnych liczbach, a nie rozważać jedynie wpływ indywidualnej sprawy B na łotewski system ochrony zdrowia. W pkt 74 wyroku z dnia 13 maja 2003 r., Müller-Fauré i van Riet (C-385/99, EU:C:2003:270), Trybunał orzekł bowiem, że oczywiste jest, iż pokrycie kosztów pojedynczego leczenia przeprowadzonego w innym państwie członkowskim, niż państwo, w którym ma siedzibę kasa chorych, do której należy określony ubezpieczony, nie może nigdy w sposób znaczący wpłynąć na finansowanie systemu zabezpieczenia społecznego. Konieczne jest zatem przyjęcie całościowego podejścia do skutków swobody świadczenia usług w obszarze ochrony zdrowia.

45 Zobacz wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 42, 43 i przytoczone tam orzecznictwo).

46 Wyrok z dnia 5 października 2010 r., Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, pkt 41).

47 Kryteria te zostały zasadniczo przytoczone w art. 8 ust. 2 lit. a) dyrektywy 2011/24. Zobacz także pkt 46 oraz przypis 20 do niniejszej opinii.

48 Kryteria te niewątpliwie zawierają *pośredni element finansowy*, biorą pod uwagę ograniczone we wszystkich państwach członkowskich zasoby dostępne w odniesieniu do publicznej opieki zdrowotnej.

49 W trakcie rozprawy w dniu 13 lutego 2020 r. rząd łotewski wskazał bowiem, że wymóg uzyskania tego rodzaju uprzedniej zgody na podstawie art. 8 dyrektywy 2011/24 został zniesiony w dniu 1 września 2018 r., ponieważ okazał się zbędny.

50 Która była jednakże oparta na przepisach krajowych transponujących art. 20 rozporządzenia nr 883/2004.

51 W swoich stanowiskach rządy włoski i polski podkreśliły jednak znaczenie owych kryteriów organizacyjnych i strukturalnych dla zapewnienia zrównoważonego świadczenia opieki zdrowotnej.

podstawowych, z wyjątkiem sytuacji, w których byłoby prawdopodobne, że skutkowałoby to zwiększeniem liczby wniosków o transgraniczną opiekę zdrowotną z powodów religijnych i mogłoby to w odczuwalny sposób zakłócić prawidłowe i zrównoważone świadczenie skutecznej opieki zdrowotnej na Łotwie.

81. W tym względzie zaznaczam, że ministerstwo zdrowia oraz rząd łotewski, w przedstawionych Trybunałowi uwagach na piśmie, jako uzasadnienie odmowy udzielenia uprzedniej zgody wskazały przede wszystkim ograniczone zasoby finansowe dostępne na Łotwie na ochronę zdrowia. Względy organizacyjne i strukturalne jako takie nie zostały powołane jako uzasadnienie odmowy wydania zgody na transgraniczną opiekę zdrowotną przy braku pilnej potrzeby medycznej.

b) Uzasadnienie odmowy udzielenia (uprzedniej) zgody w oparciu o koszty

82. Koszty są w niniejszej sprawie istotnym czynnikiem. O ile wolność religii jest kluczowa w wolnym społeczeństwie, a różnice w zakresie przekonań religijnych muszą, jeśli to w ogóle możliwe, być uwzględniane i chronione przez państwa członkowskie, to udzielenie na te cele wsparcia finansowego ze środków publicznych jest już zupełnie inną kwestią. Najdalej idące gwarancje wolności religii – takie jak te zawarte w art. 10 ust. 1 karty praw podstawowych, art. 9 EKPC oraz konstytucjach państw członkowskich – same w sobie nie zobowiązują wspomnianych państw do zapewnienia systemu wsparcia finansowego, mającego na celu umożliwienie poszczególnym osobom praktykowania ich przekonań religijnych. Nikt nie twierdziłby na przykład, że państwo członkowskie zobowiązane jest zapewnić transport umożliwiający starszej niezdolnej osobie należącej do określonego wyznania wzięcie udziału w nabożeństwach kościelnych, nawet jeśli można by skutecznie wykazać, że w innym przypadku osoba ta nie mogłaby wypełnić obowiązków wynikających z jej religii.

83. Koszty są zatem czynnikiem, który należy koniecznie wziąć pod uwagę przy dokonywaniu oceny, czy i w jakim zakresie przekonania religijne muszą być uwzględniane w skomplikowanym równaniu dotyczącym transgranicznej opieki zdrowotnej i zwrotu związanych z nią kosztów.

1) Rozporządzenie nr 883/2004

84. W kwestii kosztów dostrzec można wyraźną różnicę pomiędzy wymogiem uprzedniej zgody na transgraniczną opiekę zdrowotną na podstawie art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 z jednej strony i art. 8 dyrektywy 2011/24 z drugiej. Obciążenie finansowe, jakie może ponieść państwo członkowskie ubezpieczenia w odniesieniu do transgranicznej opieki zdrowotnej, na którą udzielona została zgoda na podstawie art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004, jest potencjalnie bardziej odczuwalne niż to, które powstałoby w przypadku art. 7 i 8 dyrektywy 2011/24.

85. Na podstawie art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 państwo członkowskie ubezpieczenia zobowiązane jest ponieść koszty opieki zdrowotnej w państwie członkowskim leczenia, podczas gdy w przypadku art. 7 i 8 dyrektywy 2011/24 zobowiązanie państwa członkowskiego ubezpieczenia obejmuje jedynie zwrot kosztów, które jego system publicznej opieki zdrowotnej i tak musiałby ponieść gdyby leczenie przeprowadzone zostało w tym państwie członkowskim.

86. Gdyby po zbadaniu tego rodzaju czynników finansowych sąd odsyłający stwierdził, że łotewski system opieki zdrowotnej, w celu uwzględnienia przekonań religijnych, nie zaś ze względu na pilną potrzebę medyczną⁵², miał narazić się na ryzyko obciążenia, skutkującego potencjalnie istotnym zwiększeniem kosztów ze szkodą dla świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz innych osób, to tego rodzaju uwzględnienie przekonań religijnych nie byłoby ani wymagane ani proporcjonalne.

⁵² Zgodnie z drugim warunkiem określonym w art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004.

87. W takich okolicznościach nieuwzględnienie przekonań religijnych na podstawie art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 samo w sobie nie stanowiłoby nieuzasadnionej przeszkody dla prawa do praktykowania religii ani też pośredniej dyskryminacji ze względu na religię. Byłoby to raczej obiektywnie uzasadnione uprawnionym celem, jak też odpowiednim i niezbędnym charakterem środków zmierzających do osiągnięcia tego celu.

88. W związku z tym stoję na stanowisku, że w takich okolicznościach państwa członkowskie nie są zobowiązane brać na siebie dodatkowych zobowiązań finansowych, wykraczających poza te, które wynikają z istniejących potrzeb medycznych⁵³.

89. W mojej ocenie wynika z tego, że art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 w związku z art. 10 ust. 1 oraz art. 21 ust. 1 karty praw podstawowych należy interpretować w ten sposób, że państwo członkowskie może odmówić udzielenia zezwolenia, o którym mowa w art. 20 ust. 1 wspomnianego rozporządzenia w sytuacji gdy opieka szpitalna, której skuteczność medyczna nie jest kwestionowana, dostępna jest państwie członkowskiemu ubezpieczenia danej osoby, nawet jeśli stosowana metoda leczenia jest sprzeczna z przekonaniami religijnymi tej osoby, w przypadku gdy odmowa jest obiektywnie uzasadniona uprawnionym celem, a środki do jego osiągnięcia są odpowiednie i konieczne. W przypadku braku wymogów organizacyjnych i strukturalnych dotyczących prawidłowego i zrównoważonego świadczenia przez państwo członkowskie ubezpieczenia skutecznej opieki zdrowotnej, państwo to może odmówić, zgodnie z drugim warunkiem określonym w art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004, uwzględnienia przekonań religijnych, jeśli potencjalnie skutkowałoby to dla tego państwa istotnym zwiększeniem kosztów, ze szkodą dla świadczenia skutecznej opieki zdrowotnej na rzecz innych osób. Jest to okoliczność faktyczna, którą ocenić powinien sąd odsyłający.

2) Dyrektywa 2011/24

90. Jeśli chodzi o uzasadnienie odmowy udzielenia uprzedniej zgody w oparciu o kryterium finansowe, to biorąc pod uwagę, że zgodnie z art. 7 ust. 4 dyrektywy 2011/24 Republika Łotewska (państwo członkowskie ubezpieczenia) musi zapewnić pokrycie kosztów poniesionych przez B, który uzyskał transgraniczną opiekę zdrowotną, *do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez to państwo*, gdyby opieka zdrowotna została uzyskana na jego terytorium, wydaje się – co również zweryfikować powinien sąd odsyłający –, że nie było uzasadnienia finansowego dla odmowy wydania B uprzedniej zgody w myśl art. 8 dyrektywy 2011/24⁵⁴.

91. Warto przypomnieć, że zarówno art. 7, jak i art. 8 dyrektywy 2011/24 kierują się, co do zasady, swobodnym wyborem⁵⁵ osoby uzyskującej transgraniczną opiekę zdrowotną⁵⁶. W tym zakresie dyrektywa 2011/24 różni się od art. 20 rozporządzenia nr 883/2004, z tym zastrzeżeniem, że – jak wykazałem – art. 8 ust. 6 lit. d) tej dyrektywy *umożliwia* państwom członkowskim nakładanie wymogów uprzedniej zgody ze względów organizacyjnych lub strukturalnych, lecz ich do tego nie zobowiązuje.

⁵³ Nawet jeśli wchodzące w grę koszty w rzeczywistości nie są wyższe, to występuje element niepewności oraz ryzyka w odniesieniu do kosztów, jakie miałyby ponieść państwo członkowskie ubezpieczenia, co może powodować uzasadnioną powściągliwość z ich strony względem ponoszenia tego rodzaju obciążenia finansowego lub ryzyka w przypadku braku pilnej potrzeby medycznej. Dodatkowo, jak wskazał rząd włoski w uwagach na piśmie, możliwe jest, że krajowe systemy opieki zdrowotnej mogłyby potencjalnie zostać narażone na dużą liczbę wniosków o udzielenie zgody na uzyskanie transgranicznej opieki zdrowotnej w oparciu wyłącznie o względy religijne, a nie ze względu na pilną potrzebę medyczną. W mojej ocenie kwestie te dotyczą okoliczności faktycznych, które wymagają zbadania empirycznego przez sąd odsyłający w konkretnym kontekście krajowym, z uwzględnieniem liczby potencjalnych wniosków, kosztów oraz potencjalnego ryzyka finansowego, jak również wielkości krajowego budżetu służby zdrowia.

⁵⁴ O ile wystąpiono o taką zgodę, a w 2016 r. na Łotwie faktycznie dostępna była odpowiednia struktura dla zapewniania informacji i udzielenia tego rodzaju uprzedniej zgody na podstawie prawa krajowego transponującego art. 8 dyrektywy 2011/24; strony postępowania przed Trybunałem nie są zgodne w ocenie tej okoliczności faktycznej i powinna ona zostać zbadana przez sąd odsyłający.

⁵⁵ Niezależnie od motywacji – religijnej lub innego rodzaju.

⁵⁶ Wymóg uprzedniej zgody na podstawie art. 8 ust. 2 dyrektywy 2011/24 w oczywisty sposób stanowi odstępstwo od tej zasady, w związku z czym musi być interpretowany ściśle.

92. W niniejszej sprawie, biorąc pod uwagę, że – jak się wydaje – nie występują tu jakiejkolwiek względy finansowe, organizacyjne ani strukturalne przemawiające za odmową udzielenia (uprzedniej) zgody na uzyskanie przez B transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie dyrektywy 2011/24, nie można było w sposób uprawniony odmówić owej (uprzedniej) zgody wyłącznie z tego powodu, że operacja była dostępna i mogła zostać wykonana w ramach łotewskiego systemu publicznej opieki zdrowotnej.

93. Przyjęcie odmiennego stanowiska oznaczałoby, że kwestia wyboru pacjenta, podyktowanego czy to przekonaniem religijnym czy innymi względami, po prostu nie byłaby rozpatrywana. Uwzględniając jednak rysujący się brak jakichkolwiek względów finansowych, organizacyjnych lub strukturalnych przemawiających za odmową udzielenia (uprzedniej) zgody na uzyskanie przez B transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie art. 7 i 8 dyrektywy 2011/24, wydaje się, że tego rodzaju odmowa nie byłaby ani konieczna z punktu widzenia celu leżącego w interesie ogólnym, ani proporcjonalna, czego wymaga art. 52 ust. 1 karty praw podstawowych.

94. W niniejszej sprawie występuje szereg niejasności co do okoliczności faktycznych odnoszących się do tego, czy A mógł wnioskować o (uprzednią) zgodę na leczenie B w Polsce zgodnie z przepisami krajowymi transponującymi art. 8 dyrektywy 2011/24, oraz czy późniejszy wniosek o zwrot kosztów byłby złożony po terminie, ze względu na zasygnalizowany podczas rozprawy upływ rocznego okresu.

95. Gdyby jednak w niniejszej sprawie wniosek o uprzednią zgodę został złożony, zgodnie z ówczesnie obowiązującym na Łotwie systemem, przed dniem września 2018 r., na co zezwala art. 8 ust. 6 dyrektywy 2011/24, to biorąc pod uwagę przewidziane w tej dyrektywie pierwszeństwo wyboru dokonanego przez pacjenta oraz przemawiające za owym wyborem istotne względy, jakie występują w niniejszej sprawie, wydaje się mało prawdopodobne, aby łotewskie organy mogły zgodnie z prawem odmówić uwzględnienia tego rodzaju wniosku.

96. W tych okolicznościach analizując ogólną kwestię zwrotu kosztów sąd odsyłający powinien zadać sobie pytanie, czy łotewski system dopuszczał, w teorii lub w praktyce, złożone z opóźnieniem wnioski o udzielenie zgody na leczenie transgraniczne na podstawie dyrektywy 2011/24, obejmujące skomplikowane operacje i pobyty w szpitalu w innym państwie członkowskim przez co najmniej jedną noc.

97. Jeśli odpowiedź na wskazane wyżej pytanie jest twierdząca, to sąd odsyłający powinien uchylić decyzję odmawiającą zwrotu kosztów w świetle przewidzianego w dyrektywie 2011/24 pierwszeństwa dokonanego przez pacjenta wyboru (oraz istotnych względów dokonania tego wyboru w niniejszej sprawie), chyba że sąd ten uzna, że w roku 2016 występowały w niniejszej sprawie rzeczywiste względy administracyjne i organizacyjne, które obecnie uzasadniałyby odmowę udzielenia przez łotewskie organy publicznej opieki zdrowotnej zgody na tego rodzaju wniosek złożony z opóźnieniem.

98. W związku z tym jestem zdania, że w przypadku braku wymogów organizacyjnych i strukturalnych dotyczących prawidłowego i zrównoważonego świadczenia przez państwo członkowskie ubezpieczenia skutecznej opieki zdrowotnej, art. 56 TFUE, art. 8 ust. 2, art. 8 ust. 5 i art. 8 ust. 6 lit. d) dyrektywy 2011/24 w związku z art. 10 ust. 1 i art. 21 ust. 1 karty praw podstawowych należy interpretować w ten sposób, że państwo członkowskie ubezpieczenia nie może odmówić udzielenia zgody, o której mowa w art. 8 ust. 1 wspomnianej dyrektywy, w sytuacji gdy opieka szpitalna, której skuteczność medyczna nie jest kwestionowana, dostępna jest państwu członkowskim ubezpieczenia danej osoby, ale stosowana metoda leczenia jest sprzeczna ze szczerymi przekonaniem religijnym tej osoby, chyba że jest prawdopodobne, że tego rodzaju działanie skutkowałoby zwiększeniem liczby wniosków o transgraniczną opiekę zdrowotną w oparciu o względy religijne, co mogłoby w istotny sposób zaszkodzić prawidłowemu i zrównoważonemu zapewnianiu skutecznej opieki zdrowotnej w tym państwie członkowskim. Jest to okoliczność faktyczna, którą ocenić powinien sąd odsyłający.

VI. Wnioski

99. W związku z tym proponuję, aby na dwa pytania sformułowane przez Augstākā tiesa (Senāts) (sąd najwyższy, Łotwa) Trybunał udzielił następującej odpowiedzi:

1. Artykuł 20 ust. 2 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. 10 ust. 1 oraz art. 21 ust. 1 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej należy interpretować w ten sposób, że państwo członkowskie może odmówić udzielenia zezwolenia, o którym mowa w art. 20 ust. 1 wspomnianego rozporządzenia, w sytuacji gdy opieka szpitalna, której skuteczność medyczna nie jest kwestionowana, dostępna jest państwie członkowskim ubezpieczenia danej osoby, nawet jeśli stosowana metoda leczenia jest sprzeczna z przekonaniami religijnymi tej osoby, w przypadku gdy odmowa jest obiektywnie uzasadniona uprawnionym celem, a środki do jego osiągnięcia są odpowiednie i konieczne. W przypadku braku wymogów organizacyjnych i strukturalnych dotyczących prawidłowego i zrównoważonego świadczenia przez państwo członkowskie ubezpieczenia skutecznej opieki zdrowotnej państwo to może odmówić, zgodnie z drugim warunkiem określonym w art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004, uwzględnienia przekonań religijnych, jeśli potencjalnie skutkowałoby to dla tego państwa istotnym zwiększeniem kosztów, ze szkodą dla świadczenia skutecznej opieki zdrowotnej na rzecz innych osób. Jest to okoliczność faktyczna, którą ocenić powinien sąd odsyłający.
2. W przypadku braku wymogów organizacyjnych i strukturalnych dotyczących prawidłowego i zrównoważonego świadczenia przez państwo członkowskie ubezpieczenia skutecznej opieki zdrowotnej, art. 56 TFUE, art. 8 ust. 2, art. 8 ust. 5 i art. 8 ust. 6 lit. d) dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej w związku z art. 10 ust. 1 i art. 21 ust. 1 karty praw podstawowych należy interpretować w ten sposób, że państwo członkowskie ubezpieczenia nie może odmówić udzielenia zgody, o której mowa w art. 8 ust. 1 wspomnianej dyrektywy, w sytuacji gdy opieka szpitalna, której skuteczność medyczna nie jest kwestionowana, dostępna jest w państwie członkowskim ubezpieczenia danej osoby, ale stosowana metoda leczenia jest sprzeczna ze szczerymi przekonaniami religijnymi tej osoby, chyba że jest prawdopodobne, że tego rodzaju działanie skutkowałoby zwiększeniem liczby wniosków o transgraniczną opiekę zdrowotną w oparciu o względy religijne, co mogłoby w istotny sposób zaszkodzić prawidłowemu i zrównoważonemu zapewnianiu skutecznej opieki zdrowotnej w tym państwie członkowskim. Jest to okoliczność faktyczna, którą ocenić powinien sąd odsyłający.