

Ochrona zdrowia obywateli Unii Europejskiej a ich przekonania religijne

Protection of the health of European Union citizens
and their religious beliefs

ANDRZEJ MARIAN ŚWIĄTKOWSKI

ORCID: 0000-0003-1753-7819

Akademia Ignatianum w Krakowie / Jesuit University Ignatianum in Krakow

e-mail: andrzej.swiatkowski@uj.edu.pl

Summary: *The article presents the views of the EU judicial authority (CJEU) on the issue of health protection of European Union citizens in the light of the provisions on coordinated social security systems in a situation where an insured person refuses to undergo a medical procedure inconsistent with his religious beliefs.*

Key words: *coordination of social security regulations, jurisprudence of the CJEU, religious beliefs, free movement of insured persons, principles of financing medical care*

Streszczenie: *W artykule przedstawione zostały zapatrywania unijnego organu wymiaru sprawiedliwości (TSUE) na sprawę ochrony zdrowia obywateli Unii Europejskiej w świetle przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w sytuacji, gdy osoba ubezpieczona odmawia poddania się zabiegowi medycznemu niezgodnemu z jej przekonaniem religijnym.*

Słowa kluczowe: *koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego, orzecznictwo TSUE, przekonania religijne, swoboda przepływu ubezpieczonych, zasady finansowania opieki medycznej*

Wprowadzenie

Zakaz wszelkiej dyskryminacji z uwagi na prawnie wyodrębnione kryteria różnicowania obywateli Unii Europejskiej został sformułowany w art. 21 ust. 1 Karty praw podstawowych UE z 30 marca 2010 r. (Kpp)¹. Jest on ściśle powiązany z podstawową ogólną zasadą równości wobec prawa, sformułowaną zwięźle w art. 20 Kpp: „Każdy jest równy wobec prawa”. Norma ta ze względu na jej bezwzględnie obowiązujący charakter ma m.in. zastosowanie do przekonań religijnych².

Powyższe stwierdzenie nie oznacza jednak obowiązku jednakowego traktowania osób wymagających opieki zdrowotnej. W judykaturze Trybunału Sprawiedliwości UE (TSUE) utarte jest zapatrywanie, iż bezwzględnie obowiązujący zakaz dyskryminowania ze względu na

przekonania religijne i światopoglądowe zezwala na odrębne traktowanie niektórych jednostek wymagających opieki lekarskiej. W niektórych sytuacjach bowiem względy religijne uzasadniają odstępstwo od dwuczłonowej reguły, według której sytuacje identyczne nie mogą być traktowane w odmienny sposób, a przypadki odmienne jednakowo.

Z taką sytuacją mamy do czynienia, gdy obywatel Łotwy, Świadek Jehowy, ojciec dziecka urodzonego z zagrażającą życiu chorobą układu krążenia jest zmuszony poddać je operacji medycznej wymagającej transfuzji krwi. Taka technika leczenia, finansowana albo refundowana z krajowych środków zabezpieczenia społecznego, koliduje z zasadą sformułowaną w piśmie świętym tej religii. Natomiast w innym państwie członkowskim UE – Polsce

¹ Dz.Urz. UE C 83, 30.3.2021, s. 389.

² Wyroki TSUE: z 17 kwietnia 2018 r. w sprawie C-414/16 Egenberger, EU:C:2018:257, pkt 76; z 22 stycznia 2019 r. w sprawie C-193/17 Cresco Investigation, EU:C:2019:43, pkt 76.

leczenie takiego schorzenia nie wymaga przetaczania pacjentowi krwi.

Prawny opiekun dziecka wystąpił więc do naczelnego łotewskiego organu krajowej służby zdrowia o wydanie zgody na przeprowadzenie koniecznej operacji i leczenia w innym państwie członkowskim UE. Odpowiednie władze administracyjne oraz sądowe odmówiły wyrażenia zgody na finansowanie leczenia za granicą ze względu na możliwości przeprowadzenia operacji na Łotwie.

Rozpoznając skargę kasacyjną Sąd Najwyższy Łotwy – występujący w charakterze „sądu odsyłającego” – uznał, że dla zgodnego z prawem unijnym rozstrzygnięcia sporu o refundację przez władze łotewskie wydanych na operację w Polsce środków finansowych konieczne jest rozstrzygnięcie, czy władze łotewskie obowiązane były – w procesie podejmowania odmownej decyzji – uwzględnić, poza argumentami medycznymi, także przekonania religijne ojca chorego dziecka.

Sąd ten zawiesił postępowanie i wystąpił do z dwoma pytaniami prejudycjalnymi: pierwszym odnoszącym się do interpretacji przepisów art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004³ i drugim dotyczącym wykładni art. 56 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE)⁴ i art. 8 ust. 5 dyrektywy 2011/24/UE⁵.

W obydwu pytaniach sąd odsyłający wymienił art. 21 ust. 1 Kpp jako normę fundamentalną prawa pierwotnego UE, pozostającą w bezpośrednim związku ze stosowaniem wymienionych w obydwu pytaniach przepisów unijnego prawa wtórnego.

W pytaniu pierwszym zapytał, czy pod rządem wymienionych przepisów art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 państwo członkowskie ma prawo odmówić obywatelowi UE wydania zezwolenia na przeprowadzenie operacji w innym państwie członkowskim UE, jeżeli w państwie ubezpieczenia i zamieszkania

osoby ubiegającej się o pokrycie kosztów leczenia za granicą możliwe jest skuteczne przeprowadzenie takiego leczenia metodą niezgodną z jej przekonaniem religijnym.

W drugim pytaniu art. 8 ust. 5 prawa wtórnego – dyrektywy 2011/24/UE został uzupełniony normą prawa pierwotnego: art. 56 TFUE ze względu na uregulowaną w tym przepisie swobodę świadczenia usług w dziedzinie opieki zdrowotnej. Obydwa pytania sformułowane w sprawie *A przeciwko Veselibas ministrija* odnosiły się do zgodności z prawem unijnym ewentualnej dopuszczalności odmowy wydania zgody przez władze publiczne państwa członkowskiego UE na dokonanie operacji medycznej w innym państwie członkowskim UE pomimo religijnego zakazu poddawania się przetaczaniu krwi podczas takiej operacji⁶.

Przedmiotem tej sprawy jest wykładnia TSUE przepisów unijnych: rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Istotną rolę odgrywają także przepisy art. 56 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) z 30 marca 2010 r. i art. 21 ust. 1 Kpp.

Wymienione źródła prawa unijnego umożliwiają – zdaniem TSUE – udzielenie następujących odpowiedzi na zadane pytania.

Odpowiedź na pytanie pierwsze – wymieniony wyżej art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 w związku z art. 21 ust. 1 Kpp nie stoi na przeszkodzie, aby państwo członkowskie miejsca zamieszkania ubezpieczonego odmówiło mu wydania zgody wymienionej w art. 20 ust. 1 powołanego rozporządzenia nr 883/2004 na sfinansowanie operacji medycznej w innym państwie członkowskim UE

³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, Dz.U. L 166 z 30.4.2004, s. 1; sprostowanie: Dz.U. L 188 z 9.7.2013, s. 10 oraz Gertruda Uścińska, *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej* (Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, 2013), *passim*.

⁴ Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Dz.Urz. UE C 202, 7.6.2021, s. 1.

⁵ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Dz.Urz. L 88, 4.4.2011, s. 45.

⁶ Wyrok TSUE z 29 października 2020 r. w sprawie C-243/10, ECLI:EU:C:2020:872.

wówczas, gdy w pierwszym państwie dostępne jest stosowne leczenie szpitalne, którego skuteczność medyczna nie budzi żadnych wątpliwości, ale stosowana technika tego leczenia pozostaje w sprzeczności z przekonaniami religijnymi tego ubezpieczonego⁷.

Odmierna jest odpowiedź na drugie pytanie. TSUE orzekł, że art. 8 ust. 5 i 6 lit. d dyrektywy 2011/24/UE w związku z art. 21 ust. 1 sprzeciwia się, aby państwo członkowskie miejsca ubezpieczenia pacjenta odmówiło wydania zgody na dokonanie tej samej operacji, wymienionej tym razem w art. 8 ust. 1 dyrektywy 2011/24/UE, w innym państwie członkowskim UE w sytuacji, gdy w pierwszym państwie dostępne jest odpowiednie leczenie szpitalne, którego skuteczność medyczna nie budzi żadnych wątpliwości, ale stosowana technika tego leczenia pozostaje w sprzeczności z przekonaniami religijnymi ubezpieczonego⁸.

Jedyna różnicą między dwoma, wydawałoby się całkowicie odmiennymi, rozstrzygnięciami zamieszczonymi w analizowanych tezach sentencji wyroku C-243/19 wyraża się w zastrzeżeniu wymienionym w końcowym fragmencie drugiej odpowiedzi, gdzie wprowadzony został warunek pozwalający na podjęcie zgodnej z prawem unijnym, aczkolwiek całkowicie odmiennej decyzji, o odmowie wyrażenia zgody z powodu obiektywnie umotywowanego i uzasadnionego ważnego celu. Jest nim z punktu widzenia tego państwa członkowskiego UE, w którym zamieszkuje ubezpieczony ubiegający się o sfinansowanie lub refundację operacji medycznej ze względu na przekonania religijne, polityka zdrowotna zmierzająca do utrzymania zamierzonego potencjału w sprawach leczenia lub kompetencji medycznych.

Powyższy, jedyny wyjątek od reguły sformułowanej w odpowiedzi drugiej omawianego wyroku powinien znaleźć oparcie we „właściwym i koniecznym środku”, prowadzącym do osiągnięcia powyższego, ogólnie sformułowanego celu⁹. Niejednorodne zapatrywania unijnego organu wymiaru sprawiedliwości uzasad-

niają rozważania nad polityką ochrony zdrowia oraz wpływie na tę ważną politykę publiczną przekonań religijnych zarówno w ramach UE, jak i jej państwach członkowskich.

Ramy prawne wybranych unijnych przepisów zabezpieczenia społecznego w sprawach dotyczących ochrony zdrowia

Wybrane przepisy zabezpieczenia społecznego to – w przypadku kolizji między ochroną zdrowia obywateli UE a ich przekonaniami religijnymi – wymienione w poprzedniej części artykułu przepisy koordynujące korzystanie ze świadczeń rzeczowych, gwarantujące obywatelom i członkom ich rodzin swobodę przemieszczania się w obrębie wspólnego rynku w poszukiwaniu najkorzystniejszych usług medycznych. Unijny prawodawca zakładał, że niektóre działania lecznicze mogą być lepiej i pełniej zrealizowane na szczeblu wspólnotowym aniżeli w niektórych państwach członkowskich.

Typowym przykładem dbałości o zdrowie i życie obywateli UE jest przepis art. 20 rozporządzenia nr 883/2004, regulujący zasady uzyskiwania zezwolenia na korzystanie ze świadczeń rzeczowych w innym państwie członkowskim.

Prawo do ubiegania się o uzyskanie takiego zezwolenia zostało sformułowane w art. 20 ust. 1 powołanego rozporządzenia. Osoba ubezpieczona, która uzyskała takie zezwolenie, korzysta ze świadczeń rzeczowych przyznanych mu przez właściwą instytucję publiczną, prowadzącą działalność leczniczą na terytorium tego państwa członkowskiego UE (państwo X), w którym znajduje się jej miejsce stałego pobytu. Instytucja ta działa w imieniu innej, właściwej instytucji publicznej, prowadzącej działalność w innym państwie członkowskim UE (państwo Y).

Ta druga instytucja jest uważana przez przepisy rozporządzenia nr 883/2004 za pod-

⁷ Teza pierwsza wyroku TSUE z 29 października 2020 r. w sprawie C-243/10 Komisja Europejska przeciwko Republice Włoskiej, pkt 86.

⁸ Teza druga wyroku w sprawie C-243/10, pkt 86.

⁹ Tamże, pkt 86 *in fine*.

miot właściwy do wykonania usługi medycznej na rzecz osoby ubiegającej się o przyznanie uprawnienia do skorzystania z określonych świadczeń rzeczowych.

Usługa ta jest wykonywana zgodnie z przepisami obowiązującymi w państwie członkowskim, w którym ma być świadczona. Beneficjentowi tej usługi przysługują identyczne uprawnienia, z jakich korzystają osoby będące obywatelami państwa, w którym ma być świadczona usługa. Zezwolenie wydane przez instytucję publiczną państwa X na wykonanie usługi medycznej w państwie Y może być wydane wówczas, gdy należy ona do przewidzianych przez ustawodawstwo obowiązujące w państwie Y, a osoba ubiegająca się o wykonanie tej usługi nie może jej zrealizować w państwie X w uzasadnionym – z medycznego punktu widzenia – terminie. Instytucja publiczna państwa X dokonuje oceny potrzeby wykonania usługi na podstawie stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby (art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004).

Przepisy dyrektywy 2011/24/UE określają reguły pokrywania kosztów usług medycznych wykonywanych za zgodą instytucji publicznych państwa X w państwie Y. Państwo X, występujące w relacjach między osobą ubiegającą się o świadczenie usług rzeczowych w państwie Y oraz instytucją publiczną wybraną przez osobę korzystającą z usługi medycznej, jaka ma być zrealizowana w państwie Y, gwarantuje zwrot kosztów poniesionych przez beneficjenta transgranicznej opieki zdrowotnej, w ramach której świadczona jest usługa (art. 7 ust. 1 dyrektywy 2011/24/UE).

W zdaniu drugim tej normy prawnej powtórzona została reguła sformułowana w art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 – opieka zdrowotna powinna mieścić się w zakresie świadczeń leczniczych, do których osoba ubezpieczona lub członekowie jej rodziny są uprawnieni w państwie ubezpieczenia (państwo X). Do tego państwa należy podjęcie decyzji w sprawach odnoszących się pokrycia kosztów opieki zdrowotnej przez instytucje publiczne zarządzające sprawami zabezpieczenia społecznego na odpowiednim szczeblu: lokalnym, regionalnym lub państwowym (art. 7 ust. 3 dyrektywy 2011/24/UE).

W przypadku indywidualnego dokonania opłaty za wykonaną usługę medyczną koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są refundowane przez państwo X osobie ubezpieczonej albo bezpośrednio przekazane instytucji publicznej wykonującej usługę medyczną w państwie Y w ramach uregulowanych w art. 7 ust. 4 akapit pierwszy analizowanej dyrektywy.

W zasadzie limit kosztów za wykonaną usługę nie powinien przekraczać stawek obowiązujących w państwie ubezpieczenia, które wyraziło zgodę na wykonanie tej usługi w innym państwie członkowskim UE. Prawodawcy unijnemu chodzi o ujednoczenie kosztów opieki zdrowotnej w obrębie UE oraz o nieprzekraczanie przez osoby (beneficjenta) lub podmioty publiczne (instytucję medyczną wykonującą usługę) rzeczywistych kosztów zrealizowanej opieki zdrowotnej (art. 7 ust. 4 akapit pierwszy dyrektywy 2011/24/UE).

Wyjątkowo, gdy pełny koszt transgranicznej opieki zdrowotnej przekracza wymienione wyżej limity opłat, jakie byłyby uiszczone w państwie X, gdyby opieka zdrowotna była realizowana na jego terytorium, analizowana dyrektywa zezwala instytucji publicznej państwa X na zwrot opłat osobie ponoszącej koszty usługi medycznej w pełnej wysokości (art. 7 ust. 4 akapit drugi dyrektywy 2011/24/UE).

Z wyjątkiem przypadków w art. 8 dyrektywy 2011/24/UE państwo członkowskie, w którym zarejestrowany jest ubezpieczony (państwo X), nie może uzależniać zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uzyskania uprzedniej zgody instytucji publicznej tego państwa na leczenie w innym państwie członkowskim (państwie Y). Władze poszczególnych państw UE, występujące w roli „państw ubezpieczenia” finansujących koszty transgranicznej opieki zdrowotnej, mają prawo ograniczyć stosowanie przepisów dotyczących zwrotu tych kosztów na podstawie „nadrzędnych celów podyktowanych interesem ogólnym” (art. 7 ust. 9 dyrektywy 2011/24/UE).

W powołanym przepisie wyszczególnione zostały sytuacje, w których z odstępstwa od tej reguły mogą skorzystać władze państwowe. Należą do nich takie przypadki, jak: „wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego za-

kresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczące woli kontrolowania kosztów i unikania, o ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich” (art. 7 ust. 9 dyrektywy 2011/24/UE).

Powyższe wyliczenie jest na tyle ogólne, że w dużym stopniu utrudnia wskazanie sytuacji uzasadniających ograniczenie zwrotu kosztów opieki medycznej zrealizowanej w innym państwie członkowskim. Prawodawca unijny posłużył się mało precyzyjnym sformulowaniem, aby umożliwić władzom tych państw członkowskich UE skorzystanie z przyznanego uprawnienia od żądania uzyskania uprzedniej zgody na leczenie w innym państwie członkowskim UE w przypadkach niewymienionych w art. 8 ust. 2 lit. a (i), (ii) dyrektywy 2011/24/UE.

Poza dwoma wyraźnie określonymi przypadkami – pobytem pacjenta w szpitalu w państwie Y co najmniej przez noc oraz koniecznością użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury albo aparatury medycznej – powód podany w art. 9 ust. 2 lit. a dyrektywy 2011/24/UE w znacznym zakresie pokrywa się z sytuacją wymienioną w tym akcie w art. 7 ust. 9.

Podobnie jak w poprzednio omówionym przepisie art. 7 ust. 9 dyrektywy 2011/24/UE w ogólnie sformułowanej normie prawnej art. 9 ust. 2 lit. a tej dyrektywy wymienione zostały te same powody, umożliwiające uzyskanie uprzedniej zgody na leczenie w innym państwie członkowskim UE. Różnica między porównywanymi instytucjami prawnymi: „ograniczenie zwrotu kosztów transgranicznej opieki” oraz „uprzednia zgoda” na leczenie za granicą polega na tym, że ten drugi przypadek nie może mieć miejsca w razie, gdy pacjent uprawniony do opieki zdrowotnej nie może z niej skorzystać w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi (art. 8 ust. 5 dyrektywy 2011/24/UE). O występowaniu takich przesłanek decydują następujące okoliczności: obiektywna ocena stanu zdrowia pacjenta, historia choroby i jej prawdopodobny przebieg, stopień występują-

cego bólu albo charakter niepełnosprawności w chwili składania bądź ponawiania wniosku o udzielenie zgody na leczenie za granicą.

Natomiast jedynym powodem, dla którego „państwo ubezpieczenia” ma prawo odmówić uprzedniej zgody na leczenie w innym państwie członkowskim, jest możliwość zapewnienia – z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia i prawdopodobnego przebiegu choroby pacjenta – opieki zdrowotnej na jego terytorium w terminie uzasadnionym wymaganiami medycznymi (art. 8 ust. 6 lit. d dyrektywy 2011/24/UE).

Przekonania religijne nie zostały wymienione w przedstawionych przepisach unijnych jako przyczyna uzasadniająca finansowanie przez władze publiczne jednego państwa członkowskiego UE (Łotwy) operacji medycznej dziecka osoby ubezpieczonej wykonywanej w innym państwie Unii (Polsce).

Należy więc zbadać, czy i jeśli tak, to w jaki sposób, ochrona zdrowia i metody leczenia kontrastujące z przekonaniami religijnymi osób wymagających opieki lekarskiej zostały ukształtowane w judykaturze.

Relacja podstawowych praw człowieka – do ochrony zdrowia i przekonań religijnych

w *acquis communautaire*

Zdaniem skarżącego państwo członkowskie jest zobowiązane do stworzenia systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do sytuacji osobistej potencjalnego pacjenta¹⁰. W przypadku omawianej sprawy C-243/19 powyższe wymagania powinny znaleźć zastosowanie bez żadnych wyjątków do dziecka wychowywanego w rodzinie wyznającej religię Świadków Jehowy.

Instytucja publiczna zajmująca się ochroną zdrowia powinna w podejmowanych działaniach leczniczych stosować metody leczenia zapewniające godność pacjenta, wyznawane przez niego wartości moralne oraz respektować jego przekonania religijne. W przypadku nieletnich pacjentów wymienione wartości powinny być

¹⁰ *Opinia Rzecznika Generalnego G. Hogana przedstawiona 30 kwietnia 2020 r. w sprawie C-243/19, ECLI:C:2020:325, pkt 37.*

chronione ze względu na przekonania religijne rodziców lub prawnych opiekunów.

Nie stosując się do powyższych wymagań, instytucje publiczne naruszają obowiązek równości wobec prawa (art. 20 Kpp) i niedyskryminacji ze względu na religię i światopogląd (art. 21 ust. 1 Kpp). Władze publiczne Łotwy potraktowały bowiem w ten sam sposób powoda i jego syna jak wszystkich innych pacjentów wymagających opieki zdrowotnej, będących jednak w odmiennym położeniu z powodu braku obowiązku przestrzegania ustanowionych przez religię zakazów. Ci pacjenci nie wymagają – ze względu na ich sytuację osobistą – dostosowania metod leczenia do ich przekonań religijnych i światopoglądowych¹¹.

Władze publiczne Łotwy – Ministerstwo Zdrowia oraz regionalny sąd administracyjny rozpatrujący sprawę nie zajmowały się zagadnieniami odnoszącymi się do ochrony podstawowych praw człowieka. Zwraçały wyłącznie uwagę na niedopełnienie przez skarżącego – ojca dziecka wymagań ustanowionych przepisami rozporządzenia nr 833/2204¹². Zignorowały całkowicie względy religijne (zakaz transfuzji krwi), uniemożliwiające przeprowadzenie operacji.

Władze Łotwy nie zwróciły uwagi, iż jedna z dwóch przesłanek umożliwiających skorzystanie z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim UE odnosi się do sytuacji, gdy leczenie, jakiemu osoba ubezpieczona zamierza się poddać, nie może być przeprowadzone w terminie „zwykle niezbędnym” dla uzyskania możliwości tego leczenia w państwie miejsca zamieszkania potencjalnego pacjenta¹³.

TSUE orzekający w rozpatrywanej sprawie C-243/19 zalecił sądowi odsyłającemu – Sądowi Najwyższemu Łotwy dokonanie oceny, czy w krajowym systemie ochrony zdrowia istnieje możliwość przeprowadzenia wymaga-

nej operacji bez dokonywania transfuzji krwi. W razie uzyskania pozytywnej odpowiedzi, sąd krajowy powinien ustalić termin, w jakim powyższa operacja może być zorganizowana bez obawy o zagrożenie zdrowia i życia pacjenta¹⁴.

Taki obowiązek został wprowadzony do *acquis communautaire* na początku drugiej połowy pierwszej dekady obecnego stulecia¹⁵. TSUE zwrócił uwagę sądowi odsyłającemu na konieczność zbadania, czy w konkretnym państwie członkowskim są rzeczywiste możliwości przeprowadzenia takiego leczenia. Właściwa instytucja publiczna tego państwa jest zobowiązana rozważyć wszystkie medyczne okoliczności każdego indywidualnego przypadku.

Z powyższego stwierdzenia jednoznacznie wynika, że przy podejmowaniu decyzji o wyrażeniu zgody na sfinansowanie ze środków publicznych operacji medycznej lub jej odmowie należy uwzględnić ogół okoliczności charakteryzujących każdy indywidualny przypadek. One bowiem pozwolą obiektywnie ocenić, czy w państwie, w którym zamieszkuje osoba ubezpieczona, możliwe jest przeprowadzenie identycznej równie skutecznej operacji jak ta, której sfinansowania domaga się osoba zainteresowana – ojciec chorego dziecka.

TSUE stwierdził, po przeanalizowaniu akt sprawy, iż brak jest okoliczności, które mogłyby wskazywać, iż syn osoby podważającej decyzję o odmowie przeprowadzenia operacji w Polsce nie może skorzystać z możliwości leczenia na Łotwie. Przepis art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 833/2004 nie nakłada bowiem na instytucje publiczne państwa członkowskiego, w którym ubezpieczony jest skarżący i członkowie jego rodziny, obowiązku dostosowania metod i technik operacji medycznej do osobistych wymagań, mających podstawę w przekonaniach religijnych. Z tej przyczyny decyzja o odmowie zezwolenia na udanie się

¹¹ Tamże.

¹² Andrzej Marian Świątkowski, „The Coordination of National Social Security System of UE Member States: EC Regulation No. 883/2004”, w: *Labour Regulation in the 21st Century. In Search of Flexibility and Security*, eds. T. Fashoyin, M. Tiraboschi, Guest Editors: T. Davulis, D. Petrylaitė (Newcastle: Cambridge Scholars Publishing, Adapt Labour Studies Book-Series, 2012), 309 i nast.

¹³ Wyrok TSUE z 9 października 2014 r. w sprawie C-268/13 Petru, EU:C:2014:2271, pkt 31.

¹⁴ Wyrok TSUE z 29 października 2020 r. w sprawie C-243/19 A przeciwko Veselibas ministrija, pkt 29.

¹⁵ Wyroki TSUE: z 16 maja 2006 r. w sprawie C-372/04 Watts, EU:C:2006:325, pkt 62; z 5 października 2010 r. w sprawie C-173/09 Elchinov, EU:C:2010:581, pkt 66; z 9 października 2014 r. w sprawie C-268/13 Petru, EU:C:2014:2271, pkt 32.

do innego państwa członkowskiego UE w celu przeprowadzenia leczenia nie może zostać uznana za niezgodną z art. 20 rozporządzenia nr 883/2004.

TSUE wskazał jednak na przesłankę niedostrzeżoną przez władze państwa członkowskiego, odmawiające wydania zezwolenia na przeprowadzenie transgranicznej operacji medycznej. Orzekł bowiem, że, odmawiając uprzedniej zgody na taką operację, właściwa instytucja tego państwa stosuje prawo UE w rozumieniu art. 51 ust. 1 Kpp. Jest więc zobowiązana do przestrzegania wszelkich podstawowych praw człowieka, sformułowanych w przepisach prawa pierwotnego UE.

W analizowanej sprawie chodzi o wymienione na wstępie niniejszego tekstu obowiązki równego traktowania (art. 20 Kpp) i zakazy wszelkiej dyskryminacji ze względu na przekonania religijne (art. 21 ust. 1 Kpp)¹⁶. Działania państw członkowskich muszą spełniać wymagania wynikające z praw podstawowych chronionych w porządku prawnym UE. Sformułowany w art. 21 ust. 1 Kpp zakaz dyskryminacji ze względu na przekonania religijne osób ubezpieczonych ma charakter bezwzględnie obowiązujący. Przepis ten samoistnie przyznaje obywatelom Unii Europejskiej uprawnienie, na które mogą się oni powoływać w sporach dotyczących spraw regulowanych przepisami prawa UE¹⁷.

Z perspektywy wymienionych przepisów Kpp odmowa wydania uprzedniej zgody może być uznana za pośrednią dyskryminację ze względu na przekonania religijne. Zezwala bowiem na odmienne traktowanie osób wymagających opieki zdrowotnej – Świadków Jehowy i innych osób – wykonywanej w ramach powszechnego zabezpieczenia społecznego. Ci pierwsi napotykają niemożliwą dla nich przeszkodę, jaką jest transfuzja krwi wykonywana podczas zabiegu medycznego. Są więc zobowiązani opłacić koszty związane z leczeniem

z własnych funduszy. Natomiast pozostali pacjenci cierpiący na tę samą chorobę korzystają z zagwarantowanej przez krajowy system zabezpieczenia społecznego identycznej opieki zdrowotnej. Z tego powodu TSUE uznał, iż odmowa wydania zgody na transgraniczne leczenie dziecka, które ze względów religijnych nie może być poddane leczeniu w państwie, w jakim jest ono objęte przepisami zabezpieczenia społecznego, ma charakter dyskryminacji pośredniej. Niezgodna z prawem unijnym sytuacja została wcześniej dostrzeżona przez sąd odsyłający, który nie wyciągnął skutków prawnych z trafnego spostrzeżenia, iż przekonania religijne Świadków Jehowy wywierają decydujący wpływ na wybór metod leczenia.

Sąd Najwyższy Łotwy wyraźnie stwierdził, że „dla Świadków Jehowy zakaz transfuzji krwi stanowi integralną część ich przekonań religijnych i nie mogą oni wyrazić zgody na zabieg medyczny obejmujący taką transfuzję”¹⁸. Uznał bowiem, że skoro państwo członkowskie miejsca zamieszkania nie pokrywa kosztów innego leczenia, zgodnego z przekonaniem religijnym osób ubezpieczonych, zapłata za powyższy zabieg medyczny przeprowadzony z pominięciem transfuzji powinna być pokryta przez beneficjentów albo, jak to ma miejsce w omawianym przypadku, członków jego rodziny.

Taki punkt widzenia łotewskich instytucji publicznych wynika z ich zapatrywania na potrzebę ochrony w państwie zdrowia publicznego i praw większości jego obywateli. Władze państwowe bowiem ponoszą odpowiedzialność za prowadzenie i utrzymanie na terytorium kraju polityki ochrony zdrowia. Powinna być ona oparta na zasadach wystarczającej, zrównoważonej, stałej oferty opieki szpitalnej, świadczonej na wysokim poziomie, gwarantującej zabezpieczenie stabilności finansowej narodowego systemu zabezpieczenia społecznego¹⁹.

¹⁶ Wyrok TSUE (wielka izba) z 26 lutego 2013 r. w sprawie C-617/10 Åklagaren przeciwko Hansowi Åkerbergowi Franssonowi, ECLI:EU:C:2013:105, pkt 17-18. Wyrok TSUE z 11 czerwca 2020 r. w sprawie C-634/18 JI przy udziale Prokuratury Rejonowej w Słupsku, EU:C:2020:455, pkt 42.

¹⁷ Wyroki TSUE: z 17 kwietnia 2018 r. w sprawie C-414/16 Egenberger, EU:C:2018:257, pkt 76; z 22 stycznia 2019 r. w sprawie C-193/17 Cresco Investigation, EC:C:2019:43, pkt 76.

¹⁸ Wyrok TSUE z 25 maja 2020 r. w sprawie C-643/19 Resopre - Sociedade Revendedora de Aparelhos de Precisão SA przeciwko Município de Peso da Régua, pkt 41.

¹⁹ Tamże, pkt 44.

Polityka opieki zdrowotnej a przekonania religijne

Podejście TSUE wobec związku polityki opieki zdrowotnej państw członkowskich UE i przekonań religijnych było kształtowane pod koniec lat 80. ubiegłego stulecia i rozwinęło się na początku XXI w. W wyrokach wydanych w sprawach mających na celu dostosowanie polityki ochrony zdrowia do przekonań religijnych części obywateli poszczególnych państw członkowskich UE istotne były kwestie strukturalne, organizacyjne i finansowe. Liczba szpitali, ich rozkład geograficzny, organizacja i sprzęt, jakimi one dysponują oraz rodzaj oferowanych przez nie usług medycznych odgrywały decydującą rolę w zaspokajaniu potrzeb w ochronie zdrowia mniejszości religijnych.

TSUE uzależniał przestrzeganie odrębności wynikających z potrzeb mniejszości religijnych od działań władz państw członkowskich UE w sferze planowania oraz wysiłków zmierzających do zaspokajania ochrony zdrowia obywateli. Uważał, że wymaga tego obiektywna konieczność realizacji niejednorodnych potrzeb obywateli zamieszkujących terytorium danego państwa członkowskiego UE.

Już w przeszłości TSUE orzekł, iż nie można wykluczyć, że ryzyko poważnego naruszenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego powodowane odrębnościami religijnymi lub innymi światopoglądowymi względami może należeć do nadrzędnych kategorii interesu ogólnego, zdolnych uzasadnić przeszkodę w swobodnym świadczeniu usług medycznych na rzecz niektórych osób należących do mniejszości²⁰.

Jeżeli chodzi o cel polegający na utrzymaniu zrównoważonej służby medycznej i szpitalnej, powyższą opinię na temat polityki zdrowotnej można zaliczać do odstępstw związanych ze zdrowiem publicznym w zakresie, w jakim cel ten przyczynia się do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony najliczniejszych części społeczeństw poszczególnych państw członkowskich UE.

Przepisy wspólnotowe pozwalały państwom członkowskim ograniczyć swobodę świadczenia usług medycznych i szpitalnych w zakresie, w jakim utrzymanie możliwości przeprowadzania leczenia lub kwalifikacji medycznych na terytorium krajowym stanowiło kwestię fundamentalną dla zdrowia publicznego, a nawet dla przetrwania populacji.

Należy zatem ustalić, czy rozpatrywane sporne uregulowanie krajowe o odmowie zezwolenia na korzystanie z transgranicznych szans ochrony zdrowia przez niektóre osoby ubezpieczone, którym religia zabrania dokonywania niektórych czynności, takich na przykład jak transfuzja krwi, może rzeczywiście być uzasadnione takimi nadrzędnymi względami. Jeśli tak, to zgodnie z utrwalonym orzecznictwem należy upewnić się, że żądanie odmiennego traktowania przez ubezpieczonych z powodów religijnych nie wykracza poza to, co jest obiektywnie konieczne dla osiągnięcia powyższego celu.

Powinno się również rozważyć, czy pożądaný cel będący efektem odrębnego traktowania z powodów religijnych nie mógłby być uzyskany przy pomocy mniej restrykcyjnych przepisów²¹. Planowanie co do zasady powinno odpowiadać różnym potrzebom. Ma ono na celu zagwarantowanie na terenie danego państwa wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonej gamy świadczeń szpitalnych dobrej jakości. Jest wyrazem woli zapewnienia kontroli nad kosztami i chęcią uniknięcia, w największym możliwym stopniu i zakresie, wszelkiego 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.

Zasoby finansowe, które mogą być poświęcone na opiekę zdrowotną, nie są nieograniczone. Z tego powodu wymóg polegający na uzależnieniu od uprzedniej zgody instytucji publicznej państwa członkowskiego UE pokrycia kosztów leczenia szpitalnego przepro-

²⁰ Wyrok TSUE z 12 lipca 2001 r., Smits i Peerbooms, C-157/99, EU:C:404, pkt 73.

²¹ Wyroki TSUE: z 4 grudnia 1986 r. w sprawie C-205/84 Komisja przeciwko Niemcom, Rec. s. 3755, pkt 27 i 29; z 26 lutego 1991 r. w sprawie C-180/89 Komisja przeciwko Włochom, Rec. s. I-709, pkt 17 i 18; z 20 maja 1992 r. w sprawie C-106/91 Ramrath, Rec. s. I-3351, pkt. 30–31.

wadzonego w innym państwie członkowskim przez system krajowy był i jest nadal uważany przez władze tych państw za środek zarazem konieczny i racjonalny.

Gdyby pacjenci mogli swobodnie i w każdych okolicznościach udawać się do zakładów szpitalnych, z którymi ich instytucje zabezpieczenia społecznego nie zawarły kontraktu, niezależnie od tego, czy są to ośrodki położone na terytorium państwa członkowskiego UE, które gwarantuje im ubezpieczenie, czy w innym państwie członkowskim, to cały wysiłek planowania dokonany przez system zawierania kontraktów w celu przyczynienia się do zapewnienia oferty opieki szpitalnej, która jest zrjonalizowana, stała, zrównoważona i dostępna, byłby narażony na niepowodzenie.

Prawo wspólnotowe co do zasady nie sprzeciwiało się systemowi wymagającemu uprzedniej zgody na przeprowadzanie operacji w innym państwie członkowskim UE. Wymagało jednak, aby warunki udzielania zgody na takie czynności były uzasadnione w świetle wyżej wskazanych nadrzędnych względów i spełniały wymóg proporcjonalności. Oznacza to, iż nie jest wykluczone, że instytucje publiczne państwa X mogłyby otrzymać znaczną liczbę wniosków o udzielenie obywatelom określonego państwa członkowskiego, w którym wnioskodawcy są ubezpieczeni (państwo Y), zgody z przyczyn religijnych na transgraniczną opiekę zdrowotną²².

Możliwe jest, że nałożenie na instytucję publiczną państwa X obowiązku uwzględniania przekonań religijnych osób ubezpieczonych mogłoby generować dodatkowe koszty leczenia. Zatem system prawny nieuwzględniający przekonań religijnych ubezpieczonego, posługujący się wyłącznie kryteriami medycznymi może wydawać się korzystnym z punktu widzenia instytucji publicznej, albowiem jest zdolny do ograniczenia ryzyka ponoszenia

dotychczasowych, wcześniej niezaplanowanych kosztów leczenia transgranicznego.

Rozporządzenie nr 883/2004 koordynuje jedynie krajowe przepisy zabezpieczenia społecznego. Nie zmierza w kierunku „odgórnej”, sterowanej przez instytucje unijne, unifikacji tego systemu. Państwa członkowskie UE samodzielnie decydują zarówno o poziomie ochrony zdrowotnej własnych obywateli, jak i o środkach prawnych podejmowanych przez instytucje publiczne do osiągnięcia powyższego celu²³. Prawo Unii zasadniczo nie sprzeciwia się systemowi uprzedniej zgody. Konieczne jest jednak, aby warunki ustalone dla przyznania takiej zgody były uzasadnione w świetle wyżej wymienionych wymogów, nie wykaczały poza to, co jest obiektywnie konieczne do osiągnięcia tego celu oraz aby ten sam rezultat nie musiał być uzyskiwany przy pomocy mniej restrykcyjnych przepisów obowiązujących w innym państwie, lecz kosztowniejszych środków.

Jedynym mankamentem takiego rozumowania jest wymaganie sformułowane w judykaturze, aby tego rodzaju system był również oparty na obiektywnych, a nie dyskryminacyjnych i znanych wcześniej kryteriach. Zdaniem TSUE jest to konieczne dla osiągnięcia równie istotnego, jak przedstawione wcześniej względy finansowe, celu. Rzecz bowiem w tym, aby działania podejmowane przez władze i instytucje publiczne poszczególnych państw członkowskich UE nie miały dowolnego charakteru w sprawach z zakresu ochrony zdrowia²⁴. Przepisy krajowe wykluczające w każdym przypadku pokrycie kosztów świadczeń szpitalnych udzielonych bez uzyskania uprzedniej zgody zawierają nieuzasadnione ograniczenie swobodnego świadczenia usług i nie spełniają wymogu proporcjonalności.

Istotną przeszkodą w uznaniu takiego podejścia jest nowe orzeczenie TSUE, w którym unijny organ wymiaru sprawiedliwości pod-

²² Wyrok TSUE w sprawie C-243/19, pkt 51. Powyższe zapatrywanie zostało wyrażone przez rząd Republiki Włoskiej, który uczestniczył, obok przedstawicieli władz Rzeczypospolitej Polskiej i Łotwy, w omawianej sprawie w charakterze *amicus curie*.

²³ Wyrok TSUE z 12 listopada 2015 r. w sprawie C-198/14 *Visnaapuu*, EU:C:2015:751, pkt 18.

²⁴ Wyroki TSUE: z 12 lipca 2001 r. w sprawie C-157/99 *Smits i Peerbooms*, pkt. 82, 90; z 13 maja 2003 r. w sprawie C-385/99 *Müller-Fauré i van Riet*, pkt. 83–85; z 16 maja 2006 r. w sprawie C-372/04 *Watts*, EU:C:2006:325, pkt. 108–109; z 5 października 2010 r. w sprawie C-173/09 *Elchinov*, EU:C:2010:581, pkt 42.

kreśla subiektywny charakter przekonań religijnych i – w związku z tym – zalicza je do kategorii *forum internum*, które nie powinno być uwzględniane w politykach ochrony zdrowia państw członkowskich UE²⁵.

W pierwszej konkluzji zamieszczonej w odpowiedzi na pytanie pierwsze sądu odsyłającego TSUE orzekł, że przepisy Unii sprzeciwiają się interpretowaniu norm zabezpieczenia społecznego w państwach członkowskich w ten sposób, że wyłączają one w każdym przypadku pokrycie kosztów świadczeń szpitalnych udzielonych w innym państwie członkowskim bez uzyskania uprzedniej zgody. TSUE dodał, iż do sądu krajowego należy dokonanie oceny zgodności przepisów krajowych – przy uwzględnieniu wskazówek zawartych w wyroku C-243/19 – z normami UE.

Stosowane przez sądy krajowe przepisy prawa zabezpieczenia społecznego, regulujące warunki transgranicznych usług medycznych w państwach członkowskich UE, mogą być przedmiotem niejednakowych interpretacji prawnych. TSUE więc orzekł, iż sądy krajowe powinny interpretować przepisy obowiązujące w państwie, w którym ubezpieczone są osoby podejmujące starania na rzecz realizacji przysługujących im uprawnień do korzystania z prawa do swobodnego przemieszczenia się w obrębie wspólnego rynku w celach bezpośrednio powiązanych z ochroną zdrowia, zgodnie z prawem Unii²⁶.

Problem tkwi w tym, że interpretacja tych przepisów jest uzależniona od oceny spornej sprawy przez sądy krajowe orzekające w tych sprawach w państwach członkowskich UE.

Przepisy unijne stoją na przeszkodzie temu, by instytucje krajowe rozstrzygające w przedmiocie wniosku o wydanie uprzedniej zgody zakładały przy stosowaniu wymienionych wyżej norm rozporządzenia nr 883/2004 (uprzednio rozporządzenia nr 1408/71²⁷), że leczenie szpitalne, które nie może zostać przeprowadzone w państwie członkowskim, na którego terytorium zamieszkuje osoba objęta ubezpieczeniem społecznym, nie należy do świadczeń pokrywanych zgodnie z ustawodawstwem tego państwa i *vice versa*. Leczenie szpitalne należące do tych świadczeń może zostać przeprowadzone w tym państwie członkowskim.

Krajowe i unijne przepisy prawa zabezpieczenia społecznego regulują zasady przyznawania prawa do świadczeń rzeczowych udzielanych na rachunek instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z ustawodawstwem państwa członkowskiego, w którym świadczenia są udzielane, tak jak gdyby zainteresowany był ubezpieczony w tej ostatniej instytucji²⁸.

Postępując zgodnie z tą regułą, TSUE udzielił w sprawie C-243/19 odpowiedzi na pierwsze pytanie sądu odsyłającego, że art. 20 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 w związku z art. 21 ust. 1 Kpp nie stoi w tym konkretnym przypadku na przeszkodzie temu, aby państwo członkowskie miejsca zamieszkania ubezpieczonego (Łotwa) odmówiło wydania zgody na leczenie transgraniczne, ponieważ w tym państwie dostępne jest leczenie szpitalne, którego skuteczność medyczna nie może budzić żadnych wątpliwości, lecz stosowana metoda leczenia jest niezgodna z przekonaniem reli-

²⁵ Wyrok TSUE z 22 stycznia 2019 r. w sprawie C-193/17 Cresco Investigation, EU:C:2019:43, pkt 58.

²⁶ Wyroki TSUE: z 26 września 2000 r. w sprawie C-262/97 Englbrecht, Rec. s. I-7321, pkt 39; z 27 października 2009 r. w sprawie C-115/08 ČEZ, Zb. Orz. s. I-10265, pkt 138; z 13 kwietnia 2010 r. (Wielka Izba) w sprawie C-91/08 Wall AG, Zb. Orz. 2010 I-02815, ECLI:EU:C:2010:182, pkt 70; z 22 czerwca 2010 r. (Wielka Izba) połączone sprawy C-188/10 i C-189 przeciwko Azisowi Melkiemu i Sélimenowi Abdeli, Zb. Orz. 2010 I-05667, ECLI:EU:C:2010:363, pkt 50.

²⁷ Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie, Dz.Urz. L 149, 5.7.1971, s. 2–50. Zob. Andrzej M. Świątkowski, *Europejskie prawo socjalne*, Tom III *Europejskie prawo ubezpieczeń społecznych* (Warszawa, Dom Wydawniczy ABC, 2000), 157 i nast.

²⁸ Wyroki TSUE: z 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-120/95 Decker, Rec. s. I-1831, pkt. 28–29; z 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-158/96 Kohll przeciwko Union des caisses de maladie, Rec. s. I-1931, Zb. Orz. 1998 I-01931, ECLI:EU:C:1998:171 pkt. 26–27; z 12 lipca 2001 r. w sprawie C-368/98 Vanbraekel i inni, Rec. s. I-5363, ECLI:UE:C:2001:400, pkt. 32, 36; z 23 października 2003 r. w sprawie C-56/01 Inizan, Rec. s. I-12403, EU:C:43, pkt. 19, 20; z 16 maja 2006 r. w sprawie Watts, ECLI:2006:325, pkt 48.

gijnymi osoby ubiegającej się o pokrycie kosztów takiego leczenia w innym państwie unijnym²⁹.

Inną sprawą są natomiast decyzje podejmowane przez publiczne instytucje ochrony zdrowia w tym państwie, niejednakowo traktującym osoby ubezpieczone i członków ich rodzin ze względu na przekonania religijne.

Prawo do zwrotu kosztów transgranicznego leczenia

Jeżeli – w rozumieniu judykatury unijnej – lista świadczeń medycznych praktykowanych w danym państwie członkowskim UE, finansowanych z państwowego funduszu świadczeń zabezpieczenia społecznego, nie wskazuje w sposób wyraźny i dokładny metody stosowanego leczenia, określa natomiast rodzaje leczeń, instytucja państwa członkowskiego miejsca zamieszkania osoby objętej ubezpieczeniem społecznym powinna ustalić – przy zastosowaniu zwykłych zasad interpretacji oraz na podstawie obiektywnych i niedyskryminujących kryteriów, biorąc pod uwagę wszelkie istotne wskazania medyczne i dostępne dane naukowe – czy ta metoda leczenia odpowiada świadczeniom przewidzianym przez ustawodawstwo tego państwa członkowskiego.

Jeśli zostanie to potwierdzone, nie można wówczas odmówić udzielenia uprzedniej zgody z tym uzasadnieniem, że tego rodzaju metoda leczenia nie jest praktykowana w państwie członkowskim miejsca zamieszkania osoby objętej ubezpieczeniem społecznym, ponieważ gdyby tego rodzaju uzasadnienie zostało dopuszczone, prowadziłoby do ograniczenia zakresu art. 22 ust. 2 akapit drugi poprzednio obowiązującego rozporządzenia nr 1408/71.

Należy też sprawdzić, czy leczenie – zważywszy na aktualny stan zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem społecznym i dalszy przebieg jego choroby – może zostać przeprowadzone w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia w państwie członkowskim miejsca zamieszkania.

Gdy sporne leczenie nie może zostać zrealizowane w państwie członkowskim miejsca zamieszkania zainteresowanego, gdzie zostałby przeprowadzony zabieg chirurgiczny, należy ocenić, czy i z jakiego powodu planowany zabieg chirurgiczny nie może zostać uznany za leczenie identyczne lub równie skuteczne. Sama okoliczność, że leczenie przewidziane w innym państwie członkowskim nie jest praktykowane w państwie członkowskim miejsca zamieszkania zainteresowanego nie oznacza, że spełnione są wymagania prawne regulowane przepisami rozporządzenia nr 883/2004, koordynującego zabiegi medyczne w ramach Unii Europejskiej.

Zgodnie z prawem unijnym należy także stwierdzić, że dochodzi do spełnienia tego warunku wówczas, gdy równie skuteczne leczenie nie może być w tym państwie udzielone we właściwym czasie. Nie można bowiem odmówić udzielenia zgody na dokonanie zabiegu transgranicznego, gdy nie spełniony został warunek odnoszący się do wymogu leczenia identycznego albo gdy leczenie o tym samym stopniu skuteczności nie może być zrealizowane w stosownym czasie w państwie członkowskim miejsca zamieszkania zainteresowanego³⁰.

W każdym przypadku należy więc ustalić, przy zastosowaniu zwykłych zasad interpretacji oraz na podstawie obiektywnych i niedyskryminujących kryteriów, że nie można odmówić udzielenia uprzedniej zgody z uzasadnieniem, że tego rodzaju metoda leczenia nie jest praktykowana w państwie członkowskim miejsca zamieszkania osoby objętej ubezpieczeniem społecznym. W powyższym rozumowaniu należy wziąć pod uwagę wszelkie istotne wskazania, dostępne dane naukowe i wcześniej stosowane praktyki pozwalające wyjaśnić, czy metoda leczenia, o którą chodzi osobie najbardziej zainteresowanej – pacjentowi, odpowiada świadczeniom przewidzianym przez ustawodawstwo krajowe.

Wprowadzenie i stosowanie powyższego wymagania w przepisach rozporządzeń koordy-

²⁹ Wyrok TSUE z 29 października 2020 r. w sprawie C-243/19, pkt 56.

³⁰ Wyroki TSUE: z 23 października 2003 r. w sprawie C-56/01 Inizan, pkt. 45, 59, 60 oraz z 16 maja 2006 r. w sprawie C-372/04 Watts, pkt. 59–61.

nujących uniemożliwia krajowym instytucjom publicznym rozstrzygającym przeszkody występujące w leczeniu szpitalnym, jakie nie może zostać przeprowadzone w państwie członkowskim, na którego terytorium zamieszkuje osoba objęta ubezpieczeniem społecznym.

Analogiczna sytuacja ma miejsce wówczas, kiedy instytucja publiczna państwa członkowskiego, w którym zamieszkuje osoba ubezpieczona, zmierza do ustalenia, czy świadczenia szpitalne powinny zostać zrefundowane osobie objętej ubezpieczeniem społecznym przez właściwą instytucję albo przez instytucję miejsca, w którym nastąpiło leczenie. W jakiej wysokości należy dokonać refundacji, jeżeli zakres świadczeń przewidzianych w przepisach państwa członkowskiego zamieszkania osoby objętej ubezpieczeniem społecznym różni się od zakresu świadczeń przewidzianych w przepisach państwa członkowskiego, na którego terytorium przeprowadzone zostało leczenie?

W sprawie C-243/19 sąd odsyłający i TSUE dążyły – mimo sprzeciwu przedstawicieli rządów łotewskiego i polskiego³¹ – do ustalenia, czy skarżący jest uprawniony do uzyskania zwrotu w państwie członkowskim, w jakim zamieszkuje, całości lub części poniesionych kosztów transgranicznej opieki udzielonej w Polsce jego synowi. Zasady regulujące refundację kosztów regulują przepisy omówione na początku niniejszego artykułu.

Zakończenie

Dyrektywa 2011/24/UE skodyfikowała orzecznictwo odnoszące się swobody świadczenia usług medycznych, gwarantowanych art. 56 TFUE w celu zapewnienia powszechnego i skuteczniejszego stosowania regul sformułowanych pod rządami prawa dwóch przedstawionych rozporządzeń – aktualnego (nr 883/2004) i wcześniejszego (nr 1408/71) w *acquis communautaire*. Zwrot tych kosztów podlega podwójnym ograniczeniom po to, aby system opieki zdrowotnej państwa członkowskiego, które nie może zaspokoić potrzeb

i wymagań własnych obywateli, zmuszonych do korzystania z transgranicznych usług opieki zdrowotnej, nie był narażony na dodatkowe obciążenia finansowe. Koszty usług medycznych są obliczane na podstawie taryf obowiązujących w państwie, w którym ubezpieczona jest osoba leczona albo członkowie jej rodziny.

Zasada ta chroni finanse tego państwa. Natomiast interes państwa, w którym wykonywane są usługi medyczne, jest chroniony regulą, według której, gdy poziom kosztów świadczenia takiej usługi w państwie przyjmującym jest niższy od tego, jaki jest stosowany w państwie „ubezpieczenia”, zwrot kosztów nie może przekraczać rzeczywistych kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Pokrywanie kosztów takich usług przeprowadzanych w innych państwach członkowskich może bowiem wpływać w istotny sposób na finansowanie krajowych systemów ochrony zdrowia³². Trudno bowiem zaakceptować zamieszczone w uzasadnieniu omawianego wyroku stwierdzenie, będące jednocześnie wskazówką dla sądu odsyłającego, aby dokonał oceny proporcjonalnego charakteru wpływ wyznawców odmienności religijnej na zakres i poziom ochrony zdrowia obywateli państw członkowskich UE.

Zajmując kompromisowe stanowisko w sprawie ochrony zdrowia obywateli UE w kontekście równego traktowania i niedyskryminacji pacjentów należących do mniejszości religijnej, TSUE nie bierze w dostatecznym stopniu pod uwagę zapatrywań prawodawcy unijnego, przedstawionych w motywie 29 preambuły do dyrektywy 2011/24/UE³³.

Według tej ogólnej normy wyrażającej kierunek interpretacji przepisów regulujących korzystanie z ochrony zdrowia przez wszystkich bez wyjątku obywateli UE pokrywanie kosztów leczenia nie może w istotny sposób wpływać na finansowanie krajowych systemów opieki zdrowotnej poszczególnych państw członkowskich. W przypadku leczenia trans-

³¹ Wyrok TSUE z 29 października 2020 r. w sprawie C-243/19, pkt 57.

³² Motyw 29 dyrektywy 2011/24/UE.

³³ Pacjenci powinni otrzymać gwarancję, że koszty takiej opieki zdrowotnej zostaną pokryte w co najmniej takiej wysokości, jak w przypadku takiej samej opieki zdrowotnej świadczonej w państwie członkowskim ubezpieczenia.

granicznego państwo członkowskie UE, w którym ubezpieczona jest osoba albo członkowie jej rodziny, wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu medycznego w innym państwie unijnym nie powoduje dodatkowych obciążeń finansowych.

Powyższa konstatacja wynika z przedstawionych wyżej, unormowanych w przepisach dyrektywy 2011/24/UE, technik regulowania kosztów opieki zdrowotnej w ramach UE. Ochrona lotewskiego potencjału finansowego w sprawach odnoszących się do leczenia oraz kompetencji medycznych nie musi ograniczać się do tego, co jest konieczne i proporcjonalne do osiągnięcia celu medycznego. Gdyby tak było, lotewska instytucja publiczna nie odmówiłaby obywatelowi UE ubezpieczonemu w innym państwie (Polsce) skorzystania z szansy wykonania zabiegu medycznego na jego dziecku w sposób zgodny z przekonaniem religijnym, ponieważ państwo członkowskie stosujące unijne przepisy prawa zabezpieczenia społecznego w rozumieniu art. 51 ust. 1 Kpp nie mogłoby zostać zwolnione z obowiązku nierespektowania praw podstawowych, do jakich zaliczone zostało przepisami art. 21 Kpp prawo do ochrony zdrowia.

TSUE trafnie uznał, że odmowa równego traktowania pacjentów, wobec których ma być przeprowadzony zabieg transfuzji krwi na takich, jacy wyrażają zgodę na jego przeprowadzenie oraz pozostałych, którzy ze względów religijnych nie mogą wyrazić na to zgody, może zostać uznana za przypadek odmiennego traktowania ze względu na prawnie zabronione kryterium różnicowania osób ubezpieczonych, jakim są przekonania religijne lub światopoglądowe.

Argumentacja zaprezentowana w pkt. 84 w związku z pkt. 41 i 42 uzasadnienia wyroku TSUE w sprawie C-243/19 nie została – w moim przekonaniu – starannie uzasadniona. Koszty leczenia, w ramach których transfuzja krwi powinna być przeprowadzona w państwie, w którym powyższa osoba i członkowie jej rodziny są ubezpieczeni i mieszkają, powinna być pokryta przez publiczną instytucję zabezpieczenia społecznego tego państwa. Odmowa lub ewentualna odmowa zrefundowania operacji medycznej opłaconej w Polsce indywidualnie przez skarżącego winna być zawsze uznana za postępowanie niezgodne z przekonaniem religijnym wyznawanym przez ubezpieczonego i członków jego rodziny.

Wyrok wydany przez TSUE w sprawie C-243/19 akceptuje praktykę odmiennego traktowania społeczności obywatelskiej, pośrednio opartą na religii³⁴. Trudno bowiem zaakceptować zamieszczone w wymienionym akapicie uzasadnienia omawianego wyroku stwierdzenie, będące jednocześnie wskazówką dla sądu odsyłającego (Sądu Najwyższego Łotwy), aby „dokonał oceny proporcjonalnego charakteru tej odmienności”.

W moim przekonaniu w żadnym przypadku decyzja o sfinansowaniu albo o odmowie pokrycia kosztów transgranicznego leczenia nie powinna być oceniana pod kątem następstw finansowych, definiowanych jako „perspektywa celu” (uzasadniony lub nieuzasadniony) uważanego przez judykaturę unijną za istotny element oraz właściwy i konieczny środek potencjału leczenia oraz kompetencji medycznych gwarantowanych przez państwa członkowskie UE ich obywatelom i członkom ich rodzin.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

- Uścińska G. *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, 2013.
- Świątkowski A.M. „The Coordination of National Social Security System of UE Member States: EC Regulation No. 883/2004”, W: *Labour Regulation in the 21st Century. In Search of Flexibility and Security*, eds. T. Fashoyin, M. Tiraboschi, Guest Editors: T. Davulis, D. Petrylaitė. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing, Adapt Labour Studies Book-Series, 2012.
- Świątkowski A.M., *Europejskie prawo socjalne*, Tom III *Europejskie prawo ubezpieczeń społecznych*. Warszawa, Dom Wydawniczy ABC, 2000.
- Opinia Rzecznika Generalnego G. Hogana przedstawiona 30 kwietnia 2020 r. w sprawie C-243/19*, ECLI:C:2020:325, pkt 37.

³⁴ Wyrok TSUE w sprawie C-243/19, pkt 84.

AKTY PRAWNE/LEGAL ACT

- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Dz.Urz. UE C 202, 7.6.2021, s. 1
Karta praw podstawowych UE, Dz.Urz. UE C 83, 30.3.2021, s. 389.
Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie, Dz.Urz. L 149, 5.7.1971, s. 2–50.
Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, Dz.U. L 166 z 30.4.2004, s. 1; sprostowanie Dz.U. L. 188 z 9.7.2013, s. 10.
Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Dz.Urz. L 88, 4.4.2011, s. 45.

ORZECZNICTWO/CASE LAW

- Wyrok TSUE z 4 grudnia 1986 r. w sprawie C-205/84 Komisja przeciwko Niemcom.
Wyrok TSUE z 26 lutego 1991 r. w sprawie C-180/89 Komisja przeciwko Włochom.
Wyrok TSUE z 20 maja 1992 r. w sprawie C-106/91 Ramrath.
Wyrok TSUE z 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-120/95 Decker.
Wyrok TSUE z 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-158/96 Kohll przeciwko Union des caisses de maladie.
Wyrok TSUE z 26 września 2000 r. w sprawie C-262/97 Engelbrecht.
Wyrok TSUE z 12 lipca 2001 r. w sprawie C-157/99 Smits i Peerbooms.
Wyrok TSUE z 12 lipca 2001 r. w sprawie C-368/98 Vanbraekel i inni.
Wyrok TSUE z 13 maja 2003 r. w sprawie C-385/99 Müller-Fauré i van Riet.
Wyrok TSUE z 23 października 2003 r. w sprawie C-56/01 Inizan.
Wyrok TSUE z 16 maja 2006 r. w sprawie C-372/04 Watts.
Wyrok TSUE z 27 października 2009 r. w sprawie C-115/08 ČEZ.
Wyrok TSUE z 13 kwietnia 2010 r. (Wielka Izba) w sprawie C-91/08 Wall AG.
Wyrok TSUE z 22 czerwca 2010 r. (Wielka Izba) połączone sprawy C-188/10 i C-189 przeciwko Azisowi Melkiemu i Sélimenowi Abdeli.
Wyrok TSUE z 5 października 2010 r. w sprawie C-173/09 Elchinov.
Wyrok TSUE (wielka izba) z 26 lutego 2013 r. w sprawie C-617/10 Åklagaren przeciwko Hansowi Åkerbergowi Franssonowi.
Wyrok TSUE z 9 października 2014 r. w sprawie C-268/13 Petru.
Wyrok TSUE z 12 listopada 2015 r. w sprawie C-198/14 Visnaapuu.
Wyrok TSUE z 17 kwietnia 2018 r. w sprawie C-414/16 Egenberger.
Wyrok TSUE z 22 stycznia 2019 r. w sprawie C-193/17 Cresco Investigation.
Wyrok TSUE z 25 maja 2020 r. w sprawie C-643/19 Resopre – Sociedade Revendedora de Aparelhos de Precisão SA przeciwko Município de Peso da Régua.
Wyrok TSUE z 11 czerwca 2020 r. w sprawie C-634/18 JI przy udziale Prokuratury Rejonowej w Słupsku.
Wyrok TSUE z 29 października 2020 r. w sprawie C-243/10 Komisja Europejska przeciwko Republice Włoskiej.
Wyrok TSUE z 29 października 2020 r. w sprawie C-243/19 A przeciwko Veselibas ministrija.