

L. A. GEELHOED

## FŐTANÁCSNOK INDÍTVÁNYA

Az ismertetés napja: 2005. december 15.<sup>1</sup>**I – Bevezetés**

1. A Bíróságnak többek között a Kohll-ügyben, a Smits és Peerbooms ügyben, valamint a Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott ítéleteit<sup>2</sup> követően ez az ügy is a betegek Közösségen belüli szabad mozgásának problémáját érinti. Bár a Bíróság számos elvet alakított ki azon feltételek tekintetében, amelyek alapján a betegek az EK 49. cikk szerint orvosi ellátás igénybevételére jogosultak valamely másik tagállamban, és jogosultak az ellátás költségeinek azon nemzeti társadalombiztosítás rendszer általi megtérítésére, amelyhez tartoznak, a Bíróságtól most annak tisztázását kérik, hogy milyen terjedelemben alkalmazandóak ezek az elvek az Egyesült Királyságban működtetett National Health Service-re (a továbbiakban: NHS), amely – az ítélkezési gyakorlat által eddig érintett rendszerekkel ellentétben – teljes egészében – mind szervezetében, mind finanszírozásában – állami jellegű. Az EK 49. cikk NHS-re, mint ilyenre való alkalmazhatóságának kérdése mellett az előzetes döntéshozatal iránti kérelem foglalkozik a várólistáknak – mint a kórházi ellátás iránti igényt kiegyensúlyozó eszköznek – a kérdésével és annak a lehetséges álláspont-

nak a költségvetési hatásával, miszerint az NHS-típusú rendszernek rendelkezéseket kell hoznia a más tagállamban nyújtott kórházi ellátás megtérítésére. Az előzetes döntéshozatal iránti kérelem továbbá az 1971. június 14-i 1408/71/EGK tanácsi rendelet 22. cikkének helyes értelmezésére vonatkozik.

**II – A vonatkozó szabályozás****A – A közösségi szabályozás**

2. Az EK 49. cikk első bekezdése előírja:

1 – Eredeti nyelv: angol.

2 – A C-158/96. sz. Kohll-ügyben 1998. április 28-án hozott ítélet (EBHT 1998., I-1931. o.), a C-157/99. sz., Smits és Peerbooms ügyben 2001. július 12-én hozott ítélet (EBHT 2001., I-5473. o.), valamint a C-385/99. sz., Müller-Fauré és van Riet ügyben 2003. május 13-án hozott ítélet (EBHT 2003., I-4509. o.).

„Az alábbiakban megállapított rendelkezéseknek megfelelően tilos a Közösségen belüli

szolgáltatásnyújtás szabadságára vonatkozó minden korlátozás a tagállamok olyan állampolgárai tekintetében, akik a Közösségnek nem abban a tagállamában letelepedettek, mint a szolgáltatást igénybe vevő személy.”

3. Az EK 152. cikk (5) bekezdésének első mondata szerint:

„A népegészségügy terén való közösségi fellépés során teljes mértékben tiszteletben kell tartani a tagállamoknak az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás szervezésére és nyújtására vonatkozó hatáskörét.”

c) akit az illetékes intézmény feljogosított arra, hogy egy másik tagállamba utazzon az állapotának megfelelő ellátás igénybevétele céljából, jogosult:

i. természetbeni ellátásra, amelyet az illetékes intézmény nevében a tartózkodási hely [...] szerinti tagállam intézménye nyújt az általa alkalmazott jogszabályoknak megfelelően, mintha a munkavállaló vagy önálló vállalkozó ott lenne biztosított; ugyanakkor az ellátás nyújtásának időtartamát az illetékes állam jogszabályai határozzák meg

[...].

4. Az 1408/71 rendelet 22. cikke előírja:

„(1) Az a munkavállaló vagy önálló vállalkozó, aki az ellátásra való jogosultság tekintetében kielégíti az illetékes állam jogszabályaiban előírt feltételeket, szükség esetén a 18. cikk rendelkezéseinek figyelembevételével, és:

(2) [...] Az (1) bekezdés c) pontjában előírt engedély megadását nem lehet megtagadni, ha az adott ellátás szerepel annak a tagállamnak a jogszabályaiban meghatározott ellátások között, amely tagállam területén az érintett személy lakóhellyel rendelkezett [helyes fordítása: rendelkezik], és ha [az érintett] nem részesülhet ilyen ellátásban az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges időn belül a lakóhely szerinti tagállamban, jelenlegi egészségi állapotának és a betegség valószínű lefolyásának figyelembevételével.

[...]

(3) [...]”

B – A nemzeti szabályozás

6. A nemzeti egészségügyi ellátásról szóló 1977. évi törvény (National Health Service Act 1977) 3. cikke előírja:

5. A nemzeti egészségügyi ellátásról szóló 1977. évi törvény (National Health Service Act 1977) 1. cikke előírja:

„(1) A miniszter köteles Anglia és Wales egész területén az ésszerű követelmények teljesítéséhez általa szükségesnek tartott mértékben biztosítani:

„(1) A miniszter kötelessége Angliában és Walesben előmozdítani az átfogó egészségügyi ellátást, amelynek célja javítani:

a) a kórházi infrastruktúrákat;

a) az említett területeken lakóhellyel rendelkezők testi és lelki egészségét;

b) a jelen törvényben előírt valamennyi szolgáltatás biztosításához szükséges egyéb ellátási infrastruktúrát;

b) a betegség megelőzését, diagnosztizálását és ellátását, valamint e célból köteles a jelen törvénynek megfelelően gondoskodni az ellátás hatékony biztosításáról, illetve köteles azt biztosítani.

c) az orvosi, fogorvosi, ápolói és ambuláns ellátást;

(2) Az így nyújtott ellátások ingyenesek, kivéve, ha törvény vagy az alapján más jogszabály – elfogadásának időpontjától függetlenül – kifejezetten rendelkezik azok kiszámlázásáról vagy ellenértékük beszedéséről.”

d) a terhes nők, a szoptató anyák és az újszülöttek ellátáshoz szükséges minden egyéb olyan infrastruktúrát, amelyet az egészségügyi ellátás keretében szükségesnek vél;

- e) a betegségek megelőzéséhez, a betegek ellátásához és a volt betegek utókezeléséhez szükséges minden olyan infrastruktúrát, amelyet az egészségügyi ellátás keretében szükségesnek vél;
- f) a betegek szűréséhez és ellátásához szükséges minden egyéb szolgáltatást.”

tartozó területen élő lakosság szükségleteinek megfelelően; nem létezik a betegbiztosítási rendszer finanszírozását szolgáló, a fizetésből levont vagy munkáltatói hozzájárulási rendszer, és a beteg semmilyen saját hozzájárulást nem fizet. A PCT-knek a kórházi ellátás tekintetében juttatott összeg korlátozott.

#### C – Az NHS alapvető jellemzői

7. A kérdést előterjesztő bíróság előzetes döntéshozatal iránti kérelmében foglalt tájékoztatás szerint az NHS alapvető jellemzői a következők szerint foglalhatók össze:

- Az NHS-hez tartozó szervezetek a kórházi ellátást anyagi haszonszerzési cél nélkül és ingyenesen nyújtják a szokásosan az Egyesült Királyságban élő személyeknek.
- A kórházi ellátást közvetlenül az állam finanszírozza, majdnem teljes egészében az adóbevételekből, amelyeket a kormány az elsődleges egészségbiztosítók (Primary Care Trusts, a továbbiakban: PCT) között oszt szét a hozzájuk

- A PCT-k bizonyos földrajzi területen az egészségügyi ellátás, beleértve az általános orvosi ellátás megtervezésére és biztosítására létrehozott közintézmények.<sup>3</sup> Mindegyik régió egy PCT alá tartozik.

- Az „NHS-trösztök” olyan jogi személyek, amelyeket a nemzeti egészségügyi ellátásról és az otthoni ellátásokról szóló 1990. évi törvény (National Health Service and Community Care Act 1990) alapján hoztak létre a kórházak, illetve más intézmények vagy létesítmények, a tulajdonosi és működtetési feladatainak ellátására. Módosítását követően e törvény 5. cikkének (1) bekezdése úgy rendelkezik, hogy az NHS-trösztök célja az, hogy az egészségbiztosítási rendszer keretében

<sup>3</sup> – A nemzeti egészségügyi ellátás reformjáról és az egészségügyi szakmákról szóló 2002. évi törvény (National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002) által módosított 1999. évi egészségügyi törvény (Health Act 1999) 2. cikke által az 1977. évi törvénybe beillesztett 16.A cikk.

vagyonai eszközöket biztosítsanak és szolgáltatásokat nyújtsanak. Általánosságban véve a trösztöket a PCT-k befizetései finanszírozzák.

NHS szerveinek az orvosi ellátás nyújtására vonatkozó döntésével szemben megsemmisítés iránti keresetet lehet indítani, ezeket azonban legtöbb esetben elutasítják.

- Mivel az NHS-trösztök a (kórházi) ellátást magát mindig ingyenesen nyújtják az NHS-hez tartozó betegek részére, vagy néhány esetben más szolgáltatókkal kötött ellátási megállapodás alapján, az ellátás költségének a beteg részére történő megtérítésének a kérdése nem merül fel, és nincs is szabályozva. Az NHS-hez tartozó betegeknek a magánjog alapján nincsen jogosultságuk az NHS-től az orvosi ellátás finanszírozását kérni, és a közjog sem jogosítja fel őket valamely adott ellátás meghatározott időpontban történő igénybevitelére. Az NHS költségén nem vehetik igénybe az angliai vagy walesi magánszektor által nyújtott kórházi ellátásokat.
- Az NHS részére elkülönített költségvetés nem elegendő ahhoz, hogy – a sürgősség fokától függetlenül – a betegek gyorsan megkapják az ellátásokat. Ennek megfelelően az NHS a rendelkezésre álló erőforrásokat a különböző ellátásokra meghatározott prioritások alapján és az egyedi esetek figyelembevételével veszi igénybe. Ez a nem túl sürgős ellátások esetén várólistákat eredményez.
- A kórházi kezelésekhez való hozzáférés főszabály szerint az általános orvos döntésétől függ. A biztosítandó orvosi ellátásokról nem léteznek nemzeti listák.
- Az NHS-rendszer alapján a kórházi ellátások jellege, helye, időpontja és időtartama a klinikai prioritások és az NHS illetékes szerveinek erőforrásai alapján kerül meghatározásra, nem pedig a beteg választása szerint. Az
- Az NHS szervei szabadon határozzák meg a források elosztását, és azt, hogy a nemzeti irányelvek tiszteletben tartásával mely klinikai prioritásokkal foglalkozzanak. A várólisták kezelésének célja egyrészt az, hogy biztosítsák a prioritásoknak és az NHS szervei által a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásáról hozott döntéseknek megfelelő kórházi kezeléseket, másrészt hogy a különböző egészségügyi problémák miatt kórházi ellátást igénylő betegek között – a sürgősség fokának figyelembevételével – megőrizze a pártatlanságot.

- Az NHS hatálya alá tartozó és szokásosan az Egyesült Királyságban élő betegek az 1408/71 rendelet 22. cikke (1) bekezdésének c) pontja értelmében (E-112-es rendszer) lehetősége van arra, hogy a kórházi ellátást valamely másik tagállamban vegye igénybe; ebben az esetben a költségeket – a rendelet értelmében – közvetlenül az ellátást nyújtó tagállami intézménynek térítik meg, az említett tagállamban hatályos megtérítési díjtétel alapján, és nem a betegnek. Az 1408/71 rendeletre vonatkozóan a brit jogban semmilyen végrehajtási intézkedést nem hoztak.

hogy nem számlázza ki ezen ellátásokat, kivéve, ha a beteg megfelel a rendeletben foglalt mentességi feltételeknek.<sup>4</sup>

### III – A tényállás és a nemzeti bíróság előtti eljárás

8. 2002 szeptemberében az általános orvos csípőízületi gyulladást diagnosztizált Y. Watts mindkét csípőjében. Október 1-jén megvizsgálta egy ortopédsebész szakorvos, aki megállapította, hogy teljes csípőprotézis beültetésre van szüksége mindkét oldalon.

- A külföldről érkezett betegek, vagyis a szokásosan nem az Egyesült Királyságban élő betegek az NHS keretében térítés ellenében vehetnek igénybe orvosi ellátást. A külföldről érkezett betegek által fizetendő díjakról szóló – többször módosított – 1989. évi rendelet (NHS [Charges to Overseas Visitors] Regulations 1989) határozza meg az NHS által e betegeknek nyújtott ellátások díjának kiszámlázására és beszedésére vonatkozó részletes szabályokat. Ezeket a díjakat az NHS ellátást nyújtó szerve szedi be és kezeli. A külföldről érkezett betegnek ellátást biztosító NHS-tröszt nem dönthet úgy,

9. Ezzel egyidőben Y. Watts lánya kérte a Bedford PCT-től, hogy támogassa édesanyja külföldi csípőműoperációra vonatkozó kérelmét az 1408/71 rendelet 22. cikke alapján, az E-112 nyomtatvány felhasználásával. Y. Watts szakorvosa levélben tájékoztatta a PCT-t arról, hogy Y. Watts mozgásképesége súlyosan korlátozott, és állandó fájdalmai vannak. Y. Watts kérdéséhez kapcsolódva, hogy az operáció elvégezhető-e külföldön az NHS költségére, azt állította, hogy esete a várólistáján szereplő heveny ízületi gyulladásban szenvedő többi betegével azonos

4 – Az 1408/71 rendelet bizonyos körülmények esetén mentességet biztosít, például a baleseti ellátásra fenntartott vagy sürgősségi kórházi kezelés keretében nyújtott ellátásokra, másrészt arra az esetre, amikor valamely másik tagállam társadalombiztosítási rendszerében biztosított személyek jogosultságát kell figyelembe venni.

elbírálás alá esik. Mivel esetét „szokványos” kategóriába sorolták, a betegnek körülbelül egy évet kellett volna várnia a valamely helyi kórházban elvégzendő sebészi beavatkozásig.

10. A PCT 2002. november 21-i levelében arra hivatkozva tagadta meg az E 112-es nyomtatvány kiállítását, hogy az esetet a szakorvos „szokványosnak” minősítette, és mivel az ellátás biztosítható „a kormány társadalombiztosítási tervében foglalt célok-  
kon belül”, az 1408/71 rendelet 22. cikkében foglalt feltétel – miszerint a lakóhely szerinti tagállamban az „általában szükséges időn belül” ellátásban nem részesül – nem teljesül. A PCT úgy vélte, hogy nem merül fel az „indokolatlan késedelem” kérdése, mivel az ellátás biztosítható helyben, a kormány társadalombiztosítási tervében foglalt célok-  
nak megfelelő 12 hónapos határidőn belül. 2002. december 12-én Y. Watts eljárást kezdeményezett az engedélyt megtagadó határozat megsemmisítése végett.

11. 2003 januárjában Y. Watts Franciaországba utazott, hogy konzultáljon egy szakorvossal. Ez a szakorvos arra a következtetésre jutott, hogy az illető állapota romlott, és a csípőprotézis beültetését 2003 márciusának közepén végre kell hajtani.

12. A megsemmisítés iránti kérelmének megfelelően 2003. január 22-én tartott első tárgyaláson a Secretary of State (miniszter) azt javasolta, hogy Y. Wattsot vizsgálják meg újra, hogy a PCT felülvizsgálhassa a döntését. Ennek megfelelően 2003. január 31-én ugyanaz a szakorvos, aki korábban vizsgálta, ismét megvizsgálta Y. Wattsot. Azt állapította meg, hogy állapota egy kicsivel rosszabbodott az átlaghoz képest, és a „hamarosan” műtendő kategóriájába sorolta őt. Ez azt jelentette, hogy három-négy hónapon belül, vagyis 2003. áprilisában vagy májusában kerülhet sor a műtetre. Ezt követően a 2003. február 4-én kelt levelében a PCT megerősítette, hogy ezen információk alapján továbbra sem támogatja Y. Watts kérelmét az E 112-es nyomtatvány révén külföldön történő kezelésére vonatkozóan, mivel most már csak három vagy négy hónapot kell várnia a csípőprotézis-beültetési műtetre, amelyet Bedfordban végeznek.

13. Ahelyett, hogy áprilisig vagy májusig várt volna, Y. Watts 2003. március 7-én elvégeztette csípőprotézis műtétjét Abbeville-ben, Franciaországban.

14. Visszatérését követően Y. Watts eljárást indított a PCT külföldi ellátást elutasító határozatának megsemmisítése iránt, és egyúttal kérte a 3 900 GBP összegű kiadásainak – beleértve a kórházi tartózkodás költségeinek – megtérítését.

15. 2003. október 1-jén kelt határozatában<sup>5</sup> a High Court elutasította Y. Watts kérelmét. Bár elfogadta, hogy a PCT elutasító határozatai jogilag tévesek voltak, mert nem ismerték el, hogy az Y. Wattsnak nyújtott szolgáltatások az EK 49. cikk hatálya alá esnek, és ezt nem befolyásolja az a tény, miszerint az ellátási költségek megtérítésének kérdése az NHS kapcsán vetődik fel, a keresetet a tényállás alapján elutasította. A High Court megállapította, hogy „a Bíróság által – különösen (a Smits és Peerbooms ügyben), valamint a Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott ítéletben – meghatározott elvek alapján a nemzeti hatóságoknak 2002 októberében-novemberében úgy kellett volna döntenük, hogy az előírt mintegy egyéves határidő mindenképpen „indokolatlan”, és így lehetséges az EK 49. cikkben foglalt jog alkalmazása az ésszerűbb határidőn belüli, másik tagállamban igénybe vett ellátáshoz szükséges költségek megtérítésére”. Mindazonáltal a High Court arra a következtetésre jutott, hogy Y. Watts – esetének 2003. január végi újbóli vizsgálátát követően – immár nem volt kitéve „indokolatlan késedelemnek”. Az abban az időpontban fennálló négy hónapos várakozási idő nem jogosítja fel Y. Wattsot arra, hogy az ellátást külföldön vegye igénybe, így az NHS-től nem követelheti ellátása költségeinek megtérítését.

16. Mind a Secretary of State for Health (egészségügyi miniszter), mind Y. Watts fellebbezett a Court of Appealhez a High Court ítélete ellen. Az Y. Watts által benyújtott fellebbezést megtérítési kérelmének elutasítása és a bíróság azon észrevételei

indokolták, amelyek értelmében a nemzeti várakozási idő az EK 49. cikk és az 1408/71 rendelet 22. cikkének alkalmazása szempontjából releváns. A Secretary of State for Health fellebbezése az EK 49. cikk Y. Watts esetére vonatkozó alkalmazhatóságára összpontosít. Úgy ítéli meg, hogy az NHS-hez tartozó betegek nem jogosultak ellátás igénybevételére e rendelkezés értelmében, és ebből következően helyzetét kizárólag az 1408/71 rendelet 22. cikke szabályozza. Tekintettel az EK 49. cikkben lefektetett elvekre a Bíróság által a Smits és Peerbooms, illetve a Müller-Fauré és van Riet ügyben<sup>6</sup> hozott ítéletekben megfogalmazott értelmezésének az NHS helyzetére történő alkalmazásával kapcsolatos problémákra, a Court of Appeal úgy határozott, hogy e tárgyban több kérdést is a Bíróság elé terjeszt.

#### **IV – Az előzetes döntéshozatalra előterjesztett kérdések és a Bíróság előtti eljárás**

17. A Court of Appealnél felmerülő értelmezési problémákat az alábbi előzetes döntéshozatalra előterjesztett kérdések tartalmazzák:

##### *„1. kérdés*

Tekintettel az NHS jellegére és a nemzeti jog szerinti jogállására, a – Geraets Smits, a

<sup>5</sup> – A High Court felfüggesztette az eljárást, hogy figyelembe vehesse a Müller-Fauré és van Riet ügyben (hivatkozás a 2. lábjegyzetben) a Bírósághoz előterjesztett előzetes döntéshozatal iránti kérelem kimenetelét.

<sup>6</sup> – Hivatkozás a 2. lábjegyzetben.



Müller-Fauré és van Riet és az Inizan-ügyben hozott ítéletek fényében – az EK 49. cikket úgy kell-e értelmezni, hogy az Egyesült Királyságban szokásos tartózkodási hellyel rendelkező személyek a közösségi jog alapján főszabály szerint más tagállamokban is igénybe vehetnek kórházi ellátást az Egyesült Királyság nemzeti egészségügyi ellátásának (az NHS-nek) a költségére?

## 2. kérdés

Az első kérdésre adott válasszal kapcsolatban van-e jelentősége annak, hogy az NHS által nyújtott kórházi ellátások maguk is az EK 49. cikk értelmében vett szolgáltatásnyújtásnak minősülnek?

Az EK 49. cikk értelmezésével kapcsolatban különösen:

a) Létezik-e különbségtétel az NHS-hez hasonló állami finanszírozású nemzeti egészségügyi ellátás és a holland ZFW rendszerhez hasonló egészségbiztosítási pénztárak között, különös tekintettel arra, hogy az NHS nem rendelkezik semmiféle olyan pénztárral, amelyből kifizetéseket lehetne teljesíteni?

Amennyiben igen, a fent ismertetett tényállásban foglalt körülmények alapján az EK 48., EK 49. és EK 50. cikket úgy kell-e értelmezni, hogy főszabály szerint:

1) az NHS alá tartozó szervek által nyújtott kórházi ellátások az EK 49. cikk értelmében vett szolgáltatásnyújtásnak minősülnek;

b) Az NHS annak ellenére is köteles-e engedélyezni és kifizetni a valamely másik tagállamban igénybe vett ellátásokat, hogy az ilyen ellátásokat nem köteles engedélyezni és kifizetni, amennyiben azokat valamely, egyesült-királyságbeli magánszolgáltatónál veszik igénybe?

2) az NHS alapján kórházi ellátásban részesülő beteg – mint olyan – az EK 49. cikk szerinti szolgáltatásnyújtáshoz való jogát gyakorolja;

c) Van-e jelentősége annak, hogy a beteg az NHS illetékes szervétől függetlenül, illetve előzetes engedélyezés vagy értesítés nélkül részesül az ellátásban?

3) az NHS kórházi ellátást nyújtó szervei az EK 48. és az EK 50. cikk értelmében vett szolgáltatóknak minősülnek?

3. kérdés

Ha az EK 49. cikk alkalmazandó az NHS-re, az NHS vagy a miniszter a más tagállamban nyújtott kórházi ellátáshoz kért előzetes engedély megtagadásának objektív igazolása-ként hivatkozhat-e:

d) arra, hogy az engedély megadása arra kényszerítené az Egyesült Királyságot, hogy kiegészítő finanszírozást nyújtson az NHS költségvetésének, vagy korlátozza az NHS keretei között igénybe vehető ellátások körét;

e) az ellátások és azok más tagállamban felmerülő többletköltségének összehasonlítására?

a) arra, hogy az említett engedély megadása súlyosan károsítaná az NHS-nek az orvosi prioritások várólistás kezelésével kialakított rendszerét;

4. kérdés

Annak mérlegeléséhez, hogy az ellátásokat az EK 49. cikk értelmében »megfelelő időben« lehet-e igénybe venni, milyen mértékben szükséges vagy megengedett az alábbi szempontok figyelembevétele:

b) arra, hogy az említett engedély megadásával a kevésbé sürgős beavatkozást igénylő betegek elsőbbséget élveznének a sürgősebb orvosi ellátást igénylő betegekkel szemben;

a) várakozási idő;

b) az NHS illetékes szerve által az ellátásra meghatározott klinikai prioritás;

c) arra, hogy az engedély megadása azzal járna, hogy a külföldre utazni kész betegek kevésbé sürgős ellátásának kifizetéséhez erőforrásokat vonna el, ami így árt a külföldre utazni nem szándékozó vagy nem képes betegeknek, illetve növeli az NHS szerveinek kiadásait;

c) a kórházi ellátásoknak a korlátozott erőforrások legjobb felhasználását célzó prioritások szerinti biztosítása;

- d) az, hogy az NHS keretében nyújtott ellátások a beteg kezelésének helyén ingyenesek;

#### 6. kérdés

- e) a beteg egyéni élettani állapota, kór-előzményei és az általa kezeltetni kívánt betegség valószínű lefolyása?

Amennyiben a közösségi jog arra kötelezi a tagállamot, hogy finanszírozza az e tagállamban szokásos tartózkodási hellyel rendelkező személyek részére a más tagállamban nyújtott kórházi ellátást, ezen ellátások költségét az 1408/71 rendelet 22. cikke értelmében az igénybevett kezelés szerinti tagállam vagy – az EK 49. cikk alapján – a lakóhely szerinti tagállam szabályozása alapján kell kiszámítani?

#### 5. kérdés

Valamennyi esetben:

Az 1408/71 rendelet 22. cikke (1) bekezdése c) pontjának, különösen »az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges idő« fogalmának helyes értelmezésével kapcsolatban:

- a) Az alkalmazandó szempontok azonosak-e az EK 49. cikk céljából a »megfelelő idő«-vel kapcsolatos kérdéseknél felsoroltakkal?
- a) Pontosan milyen terjedelmű a kórházi ellátások költségeivel kapcsolatos fizetési vagy megtérítési kötelezettség, különösen akkor, ha – mint az Egyesült Királyság esetén – ezeket az ellátásokat a kezelés helyén ingyen biztosítják a betegeknek, és az ellátás költségeinek a betegek részére való megtérítésre semmilyen nemzeti korlát nem létezik?
- b) Amennyiben a válasz nemleges: milyen mértékben szükséges vagy megengedett a negyedik kérdésben felsorolt tényezők figyelembevétele?
- b) E kötelezettség az első tagállamban nyújtottal azonos, vagy az annak megfelelő ellátás tényleges költségére korlátozódik?

- c) Beletartozik-e ebbe az utazási és szállásköltségek fedezésének kötelezettsége is?

## V – Álláspont

### A – Általános bevezető megjegyzések

#### 7. kérdés

Az EK 49. cikk és az 1408/71 rendelet 22. cikke úgy értelmezendő-e, hogy e rendelkezések azt a kötelezettséget róják a tagállamokra, hogy a költségvetési korlátok figyelembevétele nélkül finanszírozzák a más tagállamban nyújtott kórházi ellátásokat, és ha ez így van, e követelmények összeegyeztethetők-e a tagállamoknak az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás szervezésére és nyújtására vonatkozó, az EK 152. cikk (5) bekezdésében foglalt hatáskörével?

18. A Bíróság alapokmányának 23. cikke alapján Y. Watts, a belga, a finn, a francia, a máltai, a spanyol, a svéd kormány és az Egyesült Királyság Kormánya, valamint Írország és a Bizottság írásbeli észrevételt terjesztett elő. A 2005. október 4-én tartott tárgyaláson Y. Watts, a spanyol, a francia, a lengyel,<sup>7</sup> a finn, a svéd kormány, az Egyesült Királyság Kormánya, valamint Írország és a Bizottság további észrevételeket tett.

<sup>7</sup> – A lengyel kormány nem nyújtott be írásbeli észrevételeket.

19. Általánosabb összefüggésben nézve a jelen ügy számos alapvető feszültséget jelez és tár fel, amelyek a nemzeti egészségügyi és egészségbiztosítási rendszerek sokféleségéből fakadnak, és abból, ahogyan ezek a rendszerek a huszonöt tagállam közös belső piacának összefüggésében működnek. Ezek a feszültségek számos tényezőtől adódnak, amelyeket figyelembe kell venni a Court of Appeal által előzetes döntéshozatalra előterjesztett kérdések megválaszolásánál.

20. Az első szempont a kollektíven szervezett és finanszírozott egészségügyi rendszerbeli korlátozott kapacitás problémáját érinti, amely rendszerben az emberi, pénzügyi és infrastrukturális erőforrások természetüknél fogva végesek. Ilyen rendszerekben az egészségügyi ellátás iránti igény mindig meghaladja az orvosi szolgáltatás kapacitását, és – szemben a magán-egészségügyi ellátás rendszerével – az ármechanizmus nem működik korrekciósan. A technológiai fejlődés és az innováció gyakran inkább új igényeket gerjeszt, semmint hogy a meglévő igények kielégítésének hatékonyságát fejlesztené. Az egészségügyi ágazatban a befektetések az orvosi szolgáltatások iránti igények középtől hosszútávú való kielégítésére figyelemmel történnek, és nem alkalmasak arra, hogy rövidebb távon adjanak választ az

ingadozó igényekre. Ebben a helyzetben a valamely orvosi ellátásra igényt tartó személyek nem mindig kaphatják meg elfogadható időkorlátokon belül ezt az ellátást a nemzeti rendszerükben. A várólisták e rendszer elkerülhetetlen következményei, amelyek később az igények és a kapacitás kiegyensúlyozásának eszközeivé válnak az egészségügyi ellátás működtetőinek kezében.

21. Ehhez járul még hozzá a második tényező, vagyis az, hogy a különböző egészségügyi és egészségbiztosítási rendszerek együtt léteznek a Közösségen belül. A Ruiz-Jarabo Colomer főtanácsnok által a Smits és Peerbooms ügyben<sup>8</sup> ismertetett indítványban már elvégzett kezdetleges osztályozás szerint ezek lehetnek teljesen állami rendszerek (mint az Egyesült Királyságban az NHS), hibrid rendszerek (mint Hollandiában a Ziekenfondswet-rendszer, [továbbiakban: ZFW]) és magánbiztosítási rendszerek. Az első típusban a finanszírozás teljes egészében állami, és az ellátást ingyenesen nyújtják. A második típusú rendszer lehet mind állami-, mind magánforrásokból finanszírozott, vagy ezek keveredése, ahol az ellátást természetben vagy megtérítési alapon nyújtják. A harmadik modellben az ellátást közvetlenül a beteg fizeti, akinek ezt követően biztosítója megtéríti. A szervezet típusától függően ezek

a rendszerek vagy szoros irányítás alatt állnak, és viszonylag zártak, vagy rugalmasabb az irányításuk, és viszonylag nyitottak.

22. A feszültség harmadik forrását maga a belső piac adja, különösen a szolgáltatás nyújtásának és igénybevételének a Közösségen belüli szabadsága révén. Nyilvánvalóan a Bíróság ezen a területen folytatott ítélkezési gyakorlatától is ösztönözve, a betegek növekvő számban kérelmezik az egészségügyi ellátás más tagállamban történő igénybevételét, különböző okokból, mint például az ellátáshoz való, a lakóhely szerinti tagállamnál korábbi hozzáférhetőség valamely más tagállamban (Y. Watts), olyan ellátás elérhetősége más tagállamban, amely a lakóhely szerinti tagállamban (még) nem elérhető (Keller), vagy csak kísérleti alapon érhető el (Peerbooms), vagy azért, mert a beteg nagyobb bizalommal van egy, valamely másik tagállamban ellátást nyújtó személy iránt.<sup>9</sup> A betegek szabad mozgását a más államban nyújtott orvosi ellátásra vonatkozó egyre több információ elérhetősége (internet), valamint a közvetítők – például az ellátást közvetítő brókerek – tevékenysége is ösztönzi.

23. Ebben a helyzetben megjelenik az egészségügyi szolgáltatások határokon átnyúló piaca, ami problémákat vet fel nem annyira

8 – A. Smits és Peerbooms ügyben ismertetett főtanácsnoki indítvány 46. pontja (az ítélet hivatkozása a 2. lábjegyzetben).

9 – Lásd a C-145/03. sz. Keller-ügyben 2005. április 12-én hozott ítéletet (EBHT 2005., I-2529. o.) és a Smits és Peerbooms ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítéletet.

a lakóhely szerinti tagállam elhagyásának jogát vagy az orvosi ellátás céljából másik tagállamba való belépés jogát illetően, hanem az ilyen ellátások finanszírozásának a kérdése tekintetében. Ez a szempont nyilvánvalóan problémákat idéz elő, amennyiben az egészségügyi ellátás finanszírozásának kérdése szigorúan az igények és a kapacitás nemzeti egészségügyi és egészségbiztosítási rendszer határain belüli kiegyensúlyozásának funkciójára irányul.

előterjesztett kérdések megválaszolásához, megfontolandó, hogy azon sajátos összefüggésekre tekintettel, amelyek között e kérdések felmerültek szükséges-e néhány további finomítás.

25. E kérdések eldöntéséhez azonban először is meg kell határozni a pontos jogi hátteret.

#### B – Az alkalmazandó jog

24. A saját nemzeti egészségbiztosítási rendszereik keretein kívül ellátást igénylő személyek által felvetett ügyek a Bíróság határozatainak sorozatát eredményezték az elmúlt 10 évben, amely során a Bíróság számos elvet fektetett le a határokon átnyúló orvosi szolgáltatásnyújtás finanszírozása problémáinak megoldására. A Decker-ügyben és a Kohll-ügyben hozott ítéletet követően a Bíróság a legfontosabb elveket a Smits és Peerbooms ügyben alakította ki, majd a Müller-Fauré és van Riet ügyben finomította.<sup>10</sup> Más fontos, az EK 49. cikk és az 1408/71 rendelet 22. cikke kapcsolatára vonatkozó kérdéseket a Vanbraekel és társai ügyben, valamint az Inizan-ügyben döntött el.<sup>11</sup> Bár a Bíróság ezen ítéletekben kidolgozott elvei mára állandósultak, és biztosítják az elsődleges alapot a Court of Appeal által

26. A Court of Appeal által előterjesztett kérdések főként az EK 49. cikk Y. Watts esetére való alkalmazhatóságára összpontosítanak, különösen arra a kérdésre, hogy e rendelkezés feljogosítja-e őt a franciaországi kórházi ellátása költségeinek megtérítésére annak ellenére, hogy az NHS vagy más illetékes hatóság az Egyesült Királyságban nem engedélyezte számára ezen ellátás igénybevételét.

27. Igaz – ahogy arra a Bizottság rámutatott –, az E 112-es nyomtatvánnyal Y. Watts először az 1408/71 rendelet 22. cikke alapján engedélyt kért a külföldi ellátás igénybevételére. A PCT illetékes hatóságként kétszer utasította el a kérelmet, arra hivatkozva, hogy állapotának egymást követő sürgősségi osztályokba („szokványos”, majd „hamarosan”)

10 – A C-120/95. sz. Decker-ügyben 1998. április 28-án hozott ítélet (EBHT 1998., I-1831. o.) és a 2. lábjegyzetben hivatkozott ügyekben hozott ítéletek.

11 – A C-368/98. sz. Vanbraekel és társai ügyben 2001. július 12-én hozott ítélet (EBHT 2001., I-5363. o.) és a C-56/01. sz. Inizan-ügyben 2003. október 23-án hozott ítélet (EBHT 2003., I-12403. o.).

történő besorolása alapján a kormány társadalombiztosítási tervében foglalt céloknak megfelelő kórházi ellátásokhoz való hozzáférésre előírt 12 hónapos határidőn belül megkaphatja az ellátást. Ezért az 1408/71 rendeletben foglalt feltételek nem teljesültek.

28. Mivel mind az EK 49. cikk, mind az 1408/71 rendelet 22. cikke jelentőséggel bír az ügyben, tisztázni kell az e rendelkezések közötti kapcsolatot, és azt, hogy e rendelkezések hogyan alkalmazhatók a jelen ügyre.

29. Az 1408/71 rendelet 22. cikke (1) bekezdésének c) pontja előírja, hogy amennyiben egy személy engedélyt kap arra, hogy egy másik tagállamban vegyen igénybe ellátást, amelyet az illetékes tagállam fedez (a továbbiakban: a biztosítás szerinti tagállam), az ellátást nyújtó tagállam jogszabályainak megfelelően jogosult az ellátásra, mint ha ebben a tagállamban lenne biztosított.<sup>12</sup> Az ellátás költségeit a biztosítás szerinti tagállam köteles viselni, és az ellátást nyújtó tagállamnak közvetlenül visszatéríti a rendelet 36. cikkének megfelelően.

30. A rendelet 22. cikke (2) bekezdésének második albekezdése szerint az engedély megadását nem lehet megtagadni, amennyiben két feltétel teljesül: 1. az ellátás szerepel az illetékes tagállamban meghatározott ellátások között; 2. az igényelt ellátás nem nyújtható „az ellátásban való részesüléshez általában szükséges időn belül a lakóhely szerinti tagállamban, jelenlegi egészségi állapotának és a betegség valószínű lefolyásának figyelembevételével”.

31. Az 1408/71 rendelet harmonizációra irányuló célkitűzésének természetéből adódik, hogy a Bíróság a rendelet 22. cikkének hatókörét szűken értelmezte. Így a Vanbraekel és társai ügyben megállapította, hogy a rendelet 22. cikke (2) bekezdésének „egyetlen célja” azon körülmények meghatározása, amelyek között az illetékes nemzeti intézmény számára kizárt az engedély 22. cikk (1) bekezdésének c) pontja alapján történő megtagadása, és hogy e rendelkezésnek nem célja azon körülmények szűkítése, amelyek között az engedély megadható.<sup>13</sup>

32. A Bíróság továbbá kijelentette, hogy a 22. cikknek nem célja, hogy szabályozza, és ezáltal megakadályozza a tagállam által a másik tagállamban nyújtott ellátások alkalmával felmerült költségeknek az illetékes

<sup>12</sup> – A Vanbraekel és társai ügyben hozott, a 11. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 32. pontja.

<sup>13</sup> – A Vanbraekel-ügyben hozott, a 11. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 31. pontja.

tagállamban hatályos díjtételek szerinti megtérítését.<sup>14</sup>

33. A 22. cikk ezért a tagállamokra bízva annak meghatározását, hogy a másik tagállamban nyújtott ellátás megtérítésre kerüljön-e, és ha igen, milyen feltételek szerint. Amennyiben valamely tagállam biztosítja az egyének részére történő megtérítés lehetőségét, a 22. cikk nem tiltja, hogy a tagállam feltételként írja elő az illetékes hatóság előzetes engedélyét arra vonatkozóan, hogy az érintett személye igénybe vehesse a külföldi ellátást.

34. Az a beteg, aki nem kap engedélyt, mert a rendelet 22. cikke (2) bekezdésében foglalt feltételek nem teljesülnek, nem jogosult a más tagállamban igénybevett ellátásának a megtérítésére, ahogy az illetékes intézmény sem köteles megtéríteni azt az ellátást nyújtó intézménynek az 1408/71 rendelet 36. cikke alapján.

35. Más azonban a helyzet, amennyiben egy személy engedélyt kért az orvosi ellátás másik tagállamban történő igénybevételére,

de azt tévesen megtagadták. Ilyen esetben a Bíróság úgy ítélte meg, hogy az érintett személy, aki az engedély hiánya ellenére másik tagállamban vett igénybe ellátást, jogosult annak az összegnek az illetékes intézmény általi közvetlen megtérítésre, amely megegyezik azzal, amelyet rendesen viselnie kellett volna, ha az engedélyt első körben megadják.<sup>15</sup>

36. Megint más helyzet merül fel, amennyiben az engedély megadásának megtagadása nem kifejezetten vagy kizárólag a rendelet 22. cikke (2) bekezdésének feltételein alapul, hanem (részben) a nemzeti feltételekre hivatkozva. Ha egy személy mégis más tagállamba utazik az orvosi ellátás igénybevételéért, amelyet közvetlenül kifizet az ellátást nyújtónak, és ezt követően a biztosítás szerinti tagállamban ennek megtérítést kéri, a megtérítés megtagadását az EK 49. cikk alapján kell mérlegelni. Más szavakkal: az a kérdés, hogy a megtérítés ilyen helyzetben történő megtagadása megalapozza-e a szolgáltatásnyújtás szabadságának korlátozását, és ha igen, a korlátozás igazolható-e.

14 – A Kohll-ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 27. pontja és a Vanbraekel és társai ügyben hozott, a 11. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 36. pontja.

15 – A Vanbraekel és társai ügyben hozott, a 11. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 34. pontja.



37. Ez utóbbi helyzet vonatkozik Y. Watts ügyére, hiszen a döntés kapcsolódott a társadalombiztosítási tervben foglalt célokhoz. A Court of Appeal az alapeljárásban ennek megfelelően az ügy megoldása érdekében helyesen összpontosította figyelmét az EK 49. cikk helyes értelmezésére.

Y. Watts a franciaországi kórházi ellátása költségeit kéri az NHS-től.

*C – Az előzetes döntéshozatalra előterjesztett első két kérdés: az NHS és az EK 49. cikk*

#### 1. Az EK 49. cikk hatálya

38. Az első két kérdés azt kívánja tisztázni, hogy az NHS sajátos jellemzői alapján az Egyesült Királyságban lakó személy jogosult-e az EK 49. cikk alapján kórházi ellátásra valamely másik tagállamban az NHS költségére, és hogy releváns-e ebben a tekintetben, hogy az NHS által nyújtott szolgáltatások maguk minősülhetnek az EK 49. cikk értelmében vett szolgáltatásoknak.

40. Y. Watts, valamint a belga és a francia kormány azt állítja, hogy az EK 49. cikk – ahogy azt a Bíróság különösen a Smits és Peerbooms ügyben, a Müller-Fauré és van Riet ügyben és az Inizan-ügyben<sup>16</sup> értelmezte – alkalmazandó az NHS-re, így a szokásosan az Egyesült Királyságban élő személyek jogosultak az NHS költségén más tagállamban kórházi ellátást igénybe venni. Ebben a tekintetben irreleváns, hogy az NHS által nyújtott ellátás szolgáltatásnak minősül-e az EK 49. cikk értelmében, bár fenntartják, hogy valójában ez a helyzet.

41. Amikor a Bizottság azt adja elő, hogy az ügyet elsődlegesen az 1408/71 rendelet 22. cikke alapján kell eldönteni, akkor a PCT-nek Y. Watts franciaországi operációja engedélyezését és az ellátás költségeinek megtérítését megtagadó határozatának az EK 49. cikkel való összhangjára vonatkozó kérdést másodlagosnak tekinti. Ezzel kapcsolatban a Bizottság azt az álláspontot képviseli, hogy bár a Humbel-ügy, valamint a Poucet és Pistre ügy<sup>17</sup> alapján amellett lehet érvelni, hogy az NHS által nyújtott szolgáltatások kívül esnek az EK 49. és az

39. Az észrevételt benyújtó felek eltérő álláspontot képviselnek az EK 49. cikk Y. Watts megtérítési igényére történő alkalmazhatóságára vonatkozóan, amikor

16 – A C-157/99. sz., illetve a C-385/99. sz. ügyben (hivatkozások a 2. lábjegyzetben), valamint a C-56/01. sz. ügyben (hivatkozás a 11. lábjegyzetben) hozott ítélet.

17 – A 263/86. sz. Humbel-ügyben 1988. szeptember 27-én hozott ítélet (EBHT 1998., 5365. o.), valamint a C-159/91. és C-160/91. sz., Poucet és Pistre egyesített ügyekben 1993. február 17-én hozott ítélet (EBHT 1993., I-637. o.).

EK 50. cikk hatályán, a Smits és Peerbooms ügyben, valamint a Müller-Fauré és van Riet ügyben<sup>18</sup> hozott ítéletből egyértelműen az következik, hogy a másik tagállamban nyújtott és a beteg által közvetlenül megfizetett orvosi ellátások az EK 50. cikk szerinti szolgáltatásnak minősülnek, kivéve, ha úgy kell tekinteni, hogy a Bíróság által tett megállapítások kizárólag ezen ügyek tényállásaira korlátozódtak. A korlátozások tekintetében a Bizottság észrevételezi, hogy az NHS-rendszer nem tekinthető hátrányosan megkülönböztetőnek, mivel nincsen külön rendelkezés a más tagállamban nyújtott ellátásra vonatkozóan. Azonban a betegek számára más tagállamban történő orvosi szolgáltatás igénybevételének engedélyezésére, valamint ezen szolgáltatások költségének megtérítésére vonatkozó eljárás hiánya valószínűleg elbizonytalanítja – vagy akár meg is akadályozza őket – a külföldi ellátás igénybevételében, ebből következően az EK 49. cikk értelmében vett korlátozásnak minősül.

42. A svéd kormány szintén úgy véli, hogy a Bíróság ítélkezési gyakorlata alapján Y. Watts ügye az EK 49. cikk hatálya alá esik. Rámutat azonban arra, hogy figyelembe kell venni az állami egészségügyi rendszer eltérő jellegzetességeit. Azoknak, akik előzetes engedély nélkül az állami rendszeren kívüli, magánlétesítmény által nyújtott egészségügyi ellátást kívánnak igénybe venni, maguknak kell viselniük ezen ellátás költségeit.

tást kívánnak igénybe venni, maguknak kell viselniük ezen ellátás költségeit.

43. Az Egyesült Királyság Kormánya – a finn, a máltai és a spanyol kormány, valamint Írország támogatásával – hangsúlyozza, hogy az NHS rendszerében az Egyesült Királyság lakosai nem meghatározott időben vagy meghatározott helyen jogosultak az adott ellátásra, és ebben a tekintetben nincs választási lehetőségük. Álláspontja szerint ítélkezési gyakorlatában a Bíróság világossá tette, hogy az ellátás igénybevételére való, a lakóhely szerinti állam joga alapján fennálló jogosultság előfeltételezi a másik tagállamban igénybevett ellátás költségeinek megtérítésére vonatkozó, az EK 49. cikk alapján fennálló jogosultságot. Megjegyi továbbá, hogy az NHS bármilyen, az Y. Wattsnak történő megtérítésre vonatkozó kötelezettsége attól függ, hogy az NHS alapján nyújtott kórházi ellátás az EK 49. és az EK 50. cikk alapján „szolgáltatásnak” minősül-e. Azon ténynél fogva, hogy az NHS-t teljes egészében az adókból finanszírozzák, ezt az ellátást nem gazdasági megfontolásból nyújtják, tehát a szolgáltatás meghatározásának alapvető eleme, a díjazás, hiányzik. Hozzáteszi továbbá, hogy amikor a Bíróság azt állapította meg, hogy az EK 49. cikk kizárja azon nemzeti jogszabályok alkalmazását, amelyek a tagállamon belüli szolgáltatásnyújtáshoz képest megnehezítik a tagállamok közötti szolgáltatásnyújtást,<sup>19</sup> akkor ezen összehasonlítás előfeltételezi, hogy mind az államon

18 – A C-157/99. sz., illetve a C-385/99. sz. ügyben hozott ítéletek (hivatkozások a 2. lábjegyzetben).

19 – Lásd a Kohll-ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 33. pontját, a Vanbraekel és társai ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 44. pontját, a Smits és Peerbooms ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 61. pontját, valamint a C-8/02. sz. Leichtle-ügyben 2004. március 18-án hozott ítéletet (EBHT 2004., I-2641. o.).

belüli, mind az államok közötti szolgáltatás-nyújtás az EK 49. cikk hatálya alá esik. Ebből következően az NHS által nyújtott egészségügyi ellátás nem esik az EK 49. cikk hatálya alá. Az NHS alapvetően különbözik a hollandiai ZFW-tól, amely a Smits és Peerbooms ügy, valamint a Müller-Fauré és van Riet ügy<sup>20</sup> tárgya volt, nemcsak azért, mert az NHS alapján az ellátást nem gazdasági megfontolásból nyújtják, hanem azért is, mert az NHS nem rendelkezik alapokkal az NHS-rendszereken kívül nyújtott egészségügyi költségek betegek részére történő megtérítéséhez.

44. Az első eldöntendő kérdés az, hogy az EK 49. cikk alkalmazható-e ennek az ügynek a tényállására, vagy sem, különös tekintettel a beavatkozó kormányok által előadott azon érvelésre, miszerint az NHS állami jellege e rendelkezés hatályán kívül helyezi az NHS-t.

45. Annak meghatározásakor, hogy az EK 49. cikk alkalmazandó-e Y. Watts ügyére és visszatérítési kérelmére, az a tény releváns, miszerint ő maga utazott Franciaországba a csípőműtetre, és ő maga fizette ki közvetlenül az ellátást nyújtó intézménynek a 3 900 GBP-t.

46. Először is: régóta állandósult ítélkezési gyakorlat, hogy az orvosi tevékenységek, mint ilyenek, az EK 50. cikk hatálya alá esnek, és nincs szükség a kórházi környezetben nyújtott ellátások vagy az azon kívül nyújtott ellátások közötti különbségtételre.<sup>21</sup> Szintén állandó ítélkezési gyakorlat, hogy bizonyos szolgáltatások sajátos természete nem helyezi e szolgáltatásokat a szabad mozgás alapvető elvének hatályán kívül, így az a tény, hogy a szóban forgó nemzeti jogszabályok társadalombiztosítási szabályok, nem zárja ki az EK 49. és az EK 50. cikk alkalmazását.<sup>22</sup>

47. Másodszor: a díjazás követelménye tisztán teljesül, mivel Y. Watts közvetlenül rendezte kórházi számláját. Ebben a tekintetben ő ugyanolyan helyzetben van, mint B. S. M. Smits és V. G. Müller-Fauré. E két beteg ügyében a Bíróság hangsúlyozta azt a tényt, miszerint az érintett személyeket biztosító tagállamhoz képest más tagállamban nyújtott orvosi ellátást az ellátást nyújtó intézményeknek közvetlenül fizették ki a betegek.<sup>23</sup> A Bíróság hozzátette: el kell fogadni, hogy az egyik tagállamban nyújtott és a beteg által kifizetett orvosi szolgáltatás nem kerül ki a Szerződés által biztosított

20 – Hivatkozás a 2. lábjegyzetben.

21 – A 286/82. és 26/83. sz., Luisi és Carbone egyesített ügyekben 1984. január 31-én hozott ítélet (EBHT 1984., 377. o.) 16. pontja; a C-159/90. sz., The Society for the Protection of Unborn Children Ireland ügyben 1991. október 4-én hozott ítélet (EBHT 1991., I-4685. o.) 18. pontja; a Kohll-ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 29. és 51. pontja; a Smits és Peerbooms ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 53. pontja, valamint a Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 38. pontja.

22 – A Kohll-ügyben hozott ítélet 20. pontja, a Smits és Peerbooms ügyben hozott ítélet 54. pontja (hivatkozások a 2. lábjegyzetben).

23 – A Smits és Peerbooms ügyben hozott ítélet 55. pontja, valamint a Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott ítélet 39. pontja (hivatkozások a 2. lábjegyzetben).

szolgáltatásnyújtás szabadságának hatálya alól pusztán azért, mert az érintett ellátás költségeinek visszatérítésére a másik tagállam betegbiztosítási jogszabályai alkalmazandók, amelyek alapvetően olyan típusúak, amelyek természetbeni ellátásokat nyújtanak.<sup>24</sup>

48. Ezért nem lehet kétség afelől, hogy Y. Wattsot úgy kell tekinteni, mint a szolgáltatás EK 49. és EK 50. cikk értelmében vett igénybevevőjét.

49. Az Egyesült Királyság Kormánya, a máltai, a finn és a spanyol kormány, valamint Írország azonban vitatja ezt, mivel az NHS teljes egészében állami rendszer, így szerintük Y. Watts kérelme nem ítéltető meg az EK 49. cikk alapján.

50. Ezzel a kérdéssel a Bíróság tulajdonképpen egyértelműen foglalkozott a Hollandiában működő ZFW rendszer kapcsán. A Müller-Fauré és van Riet ügyben, különösen miután nyomatékos figyelmet szentelt az Egyesült Királyság NHS-re vonatkozó észrevételeinek (az ítélet 55–59. pontja), a Bíróság úgy ítélte meg, hogy „egy orvosi szolgáltatás nem veszíti el a szolgáltatásnyújtás jellegét azáltal, hogy azt egy nemzeti egészségügyi rendszer vagy egy természetbeni ellátást nyújtó rendszer fizeti. [...] Az egyik tagállamban nyújtott és a beteg által kifizetett

orvosi szolgáltatás nem kerül ki a Szerződés által biztosított szolgáltatásnyújtás szabadságának hatálya alól pusztán azért, mert az érintett ellátás költségeinek visszatérítésére a másik tagállam betegbiztosítási jogszabályai alkalmazandók, amelyek alapvetően olyan típusúak, amelyek természetbeni ellátásokat nyújtanak. [...] Így a szolgáltatásnyújtás szabadságának szempontjából nincs szükség különbségtételre aszerint, hogy a beteg kifizeti a felmerült költségeket, és azt követően kéri a költségek megtérítését, vagy hogy a költségeket a betegbiztosítást pénztár vagy a nemzeti költségvetés fizeti közvetlenül a szolgáltatásnyújtónak”.<sup>25</sup>

51. A Smits és Peerbooms ügyben<sup>26</sup> kifejtett párhuzamos érveléshez képest a „nemzeti egészségügyi rendszerekre” történő kifejezett hivatkozás új volt a Müller-Fauré és van Riet ügyben. Ha ezt a „természetbeni ellátást nyújtó rendszer” fogalom mellé helyezzük, amely kizárólag a ZFW-re utalhat, úgy tűnik, ez az Egyesült Királyság Kormányának észrevételeire adott közvetlen válasz lehet ebben az ügyben.

52. Bár ez látszólag megoldja a kérdést, mindazonáltal az Egyesült Királyság Kormánya azt állítja, hogy mivel az NHS sajátos helyzete, mint olyan, nem volt kérdéses a Müller-Fauré és van Riet ügyben, és a Bíróság

24 – A Smits és Peerbooms ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 55. pontja.

25 – A Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 103. pontja.

26 – A Smits és Peerbooms ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 55. pontja.

„nemzeti egészségügyi rendszerekre” való hivatkozása túlzottan elvont ahhoz, hogy lefedje az NHS-t, a Bíróságnak újra végig kell gondolnia ezt a kérdést, és meg kell különböztetnie az NHS-t a ZFW-tól. A Bíróság ítélkezési gyakorlata ebben a témában nyilvánvalóan további tisztázást kíván.

betegbiztosítási pénztárból a ZFW alapján történt kifizetés a kórházak díjazásának minősül-e, és kimondta, hogy valóban ez a helyzet. Ez a megállapítás azonban nem tűnik jelentősnek azon elsődleges gondolat szempontjából, miszerint az EK 49. cikk arra a tényre figyelemmel alkalmazható, hogy az adott orvosi ellátást B. S. M. Smits és H. T. M. Peerbooms közvetlenül fizette ki.

53. Pontosabban fogalmazva: a Müller-Fauré és van Riet ügyben a Bíróság lényegében azt állapította meg, hogy az EK 49. cikk alkalmazandó arra a személyre, aki más tagállamban vesz igénybe orvosi ellátást, amelyet közvetlenül kifizet, függetlenül attól, hogy a saját tagállamában milyen biztosítással rendelkezik a betegség költségeire. Valójában az EK 49. cikk szerinti szolgáltatásnyújtás szabadsága nézőpontjából a szolgáltatás finanszírozásának módja, mint olyan, irreleváns annak eldöntéséhez, hogy valamely ügylet a Szerződés ezen rendelkezésének hatálya alá esik-e, vagy sem. Az NHS – a ZFW betegbiztosítási pénztárnak a Smits és Peerbooms ügyben, valamint a Müller-Fauré és van Riet ügyben játszott szerepéhez hasonlóan – pusztán eszköz volt a jelen ügyben Y. Watts és a számára Abbeville-ben (Franciaország) orvosi ellátást nyújtó kórház közötti alapügyletben.

54. Igaz, hogy a Smits és Peerbooms ügyben a Bíróság annak megállapítása alapján, hogy az érintett betegek maguk fizették az orvosi ellátásukat, azt gondolta tovább, hogy a

55. Ebből adódóan az EK 49. cikknek az olyan helyzetre – mint az alapeljárásban felmerült helyzet – történő alkalmazhatósága szempontjából irreleváns, hogy az EK 49. cikk értelmében az NHS-t magát szolgáltatónak kell-e tekinteni, vagy sem. Nem kérdéses, hogy az NHS az EK 49. cikk értelmében vett szolgáltatást nyújtott Y. Wattsnak. Szerepe az Y. Watts által más tagállamban igénybe vett ellátás költségeinek esetleges visszatérítésére korlátozódik. Esetleges érintettsége kiegészíti az EK 49. cikk hatálya alá eső ügyletet.

56. Megjegyezhető, hogy az NHS-nek az Egyesült Királyságban élők számára orvosi ellátást nyújtó rendes működésével kapcsolatban nem kérdéses, hogy e tevékenységek az EK 49. cikk hatálya alá tartoznak. Figyelembe kell venni, hogy a Szerződés e

rendelkezése nem alkalmazandó a tisztán belső helyzetekre,<sup>27</sup> és hogy alkalmazásához fenn kell állnia egy határon átnyúló elemnek. Ez utóbbi helyzet áll fenn például akkor, amikor az Egyesült Királyságon kívüli másik tagállamban lakó személyek ellátást igényelnek az Egyesült Királyságban az NHS alapján. Ilyen esetekben az Egyesült Királyságba külföldről érkezett betegektől megkövetelik, hogy a külföldről érkezett betegek által fizetendő díjakról szóló 1989. évi rendelet (NHS [Charges to Overseas Visitors] Regulations 1989) alapján fizessenek az NHS által nekik nyújtott orvosi ellátásokért, ami jelzi, hogy azok az EK 49. cikk hatálya alá tartoznak. Ehhez hasonlóan akkor lenne határon átnyúló elem, ha az NHS-nek valamely másik tagállambeli kórházi szolgáltatásokat kellene igénybe vennie az ellátások kapacitásának növelésére.

57. Nem fogadható el az Egyesült Királyság által előterjesztett azon érvelés, miszerint amikor a Bíróság azt rögzíti, hogy az EK 49. cikkel ellentétes az olyan nemzeti szabályozás alkalmazása, amely a tagállamok közötti szolgáltatásnyújtást megnehezíti az egy tagállamon belüli szolgáltatásnyújtáshoz képest, akkor ez az összehasonlítás egyúttal előfeltételezi, hogy mind az államon belüli, mind az államok közötti szolgáltatásnyújtás az EK 49. cikk hatálya alá esik. A Bíróság ezen értékelése tisztán a más tagállamban nyújtott szolgáltatásra vonatkozó nemzeti szabályok korlátozó hatásához kapcsolódik, és az EK 49. cikk alkalmazását nem kívánja

olyan helyzetekre korlátozni, ahol az érintett tagállamon belüli szolgáltatásnyújtás hasonló feltételekhez van kötve, mint a határon átnyúló szolgáltatásnyújtás.

58. Sőt, ahogy fentebb már megjegyeztem, a Bíróság kimondta, hogy sajátos természetük miatt a szolgáltatásokat nem lehet kizárni e cikk hatálya alól. Még az a tény sem zárja ki az EK 49. és az EK 50. cikk alkalmazhatóságát, hogy az érintett nemzeti szabályok társadalombiztosítási szabályok.<sup>28</sup> Ezen ítélkezési gyakorlat alapján nehéz belátni, hogy az NHS rendszerben nyújtott orvosi szolgáltatások hogyan zárhatóak ki a Szerződésnek a szolgáltatásnyújtás szabadságára vonatkozó rendelkezéseinek a hatálya alól, akár természetük miatt, akár azért, mert teljesen állami rendszerben nyújtják őket.

59. Végül, ezzel összefüggésben, az EK 49. cikk NHS-re történő alkalmazhatósága kapcsán a különböző beavatkozó kormányok hivatkoznak a Bíróság Humbel-ügyben<sup>29</sup> hozott ítéletére, amelyben a Bíróság kimondta, hogy az a tagállam, amelyik a nemzeti oktatási rendszert állami pénzekből finanszírozva hozza létre és tartja fenn, nem jövedelemszerző tevékenységet folytat, hanem a saját lakossága felé fennálló kötelezettségeit teljesíti szociális, kulturális és oktatási területeken. Ilyen esetben a díjazás

27 – Lásd például a C-41/90. sz. Höfner-ügyben 1991. április 23-án hozott ítélet (EBHT 1991., I-1979. o.) 37. pontját.

28 – A Kohll-ügyben hozott ítélet 20. pontja és a Smits és Peerbooms ügyben hozott ítélet 54. pontja (hivatkozások a 2. lábjegyzetben).

29 – Hivatkozás a 17. lábjegyzetben.

alkotóeleme hiányzik, ezért az EK 49. cikk nem alkalmazható.<sup>30</sup> Mivel az NHS összehasonlítható az ilyen oktatási rendszerrel, és szintén teljes egészében adóbevételekből finanszírozott, az NHS alapján nyújtott szolgáltatásokat nem ellenérték fejében nyújtják, így e szolgáltatások az EK 49. cikk hatályán kívül esnek.

60. Visszatérve, és figyelmen kívül hagyva, hogy a Humbel-ügyben hozott ítélet továbbra is követendőnek tekinthető-e, ezt a kérdést már előterjesztették, és a Bíróság meg is válaszolta. Anélkül, hogy szükség lenne a Smits és Peerbooms ügyben tett megállapítások megismétlésére, amelyre fentebb már hivatkoztam, elegendő megjegyezni, hogy ítéletében a Bíróság kiemelte, hogy az orvosi szolgáltatások az EK 50. cikk hatálya alá esnek, függetlenül attól, hogy kórházi környezetben nyújtják-e, és függetlenül attól, hogy a ZFW rendszerében a betegbiztosítási pénztárból a kórházak részére történő kifizetések a kórházak által nyújtott szolgáltatás díjazásának minősülnek-e. Legalábbis, ahogy azt már fentebb megállapítottam, az NHS működtetésének módja nem befolyásolja az EK 49. cikk jelen ügyre való alkalmazhatóságát, mivel nem az NHS által nyújtott szolgáltatások a kérdésesek. Sőt, ahogy fentebb rámutattam (a 7. pont utolsó francia bekezdésében és az 56. pontban), a külföldről

érkező betegek térítés ellenében vehetik igénybe az NHS szervei által nyújtott orvosi ellátást. Ez esetben teljesen nyilvánvalóan gazdasági megfontolásból nyújtják az ellátást, így nincs akadálya az EK 49. cikk alkalmazhatóságának.

61. Jelen ügyben az alapprobléma abból a tényből fakad, hogy az Y. Watts helyzetében lévő személy két különböző jellemzővel rendelkezik, amelyek ellentmondásosak. Nemzeti szinten az ilyen személy státuszát a nemzeti társadalombiztosítási rendszerhez való tartozása határozza meg, amely alapján nem jogosult meghatározott időben vagy helyen az ellátásra. A közösségi jog szempontjából ő az orvosi szolgáltatások igénybevevője, aki a nemzeti jog által előírt igazolható korlátozások betartása mellett, szabadon választhat az általa igényelt ellátások között. Fenntartva, hogy a nemzeti jog szerinti státusza feltételhez kötheti az EK 49. cikk szerinti jogát, amely alapján megtámadhatja az általa más tagállamban igénybevett szolgáltatás megtérítésének saját biztosítási rendszere általi megtagadását, ez a közösségi joggal való összhang felülvizsgálatának lehetőségét felvető elfogadhatatlan korlátozásnak minősül.

62. E megfontolások alapján arra a következtetésre jutottam, hogy az EK 49. cikk alkalmazható Y. Watts Franciaországban igénybevett kórházi ellátási költségeinek megtérítésére, és az ezzel ellentétes érvek megalapozatlanok. Ezen a ponton szeretném

30 – Az ítélet 17. és 18. pontja.

megjegyezni, hogy ez nem jelenti azt, hogy az állami egészségügyi rendszert működtető tagállamok jogos felvetéseit nem kell elismerni. Ezeket az előzetes döntéshozatalra előterjesztett harmadik kérdés kapcsán fogom tárgyalni.

értelmezni, mint amelyek annak tisztázására irányulnak, hogy az Egyesült Királyságon kívül igénybevett orvosi ellátások költségeinek az NHS keretében történő megtérítésére vonatkozó lehetőség hiánya az Egyesült Királyság lakóinak más tagállamban történő szolgáltatás igénybevételéhez való joga korlátozásának minősül-e. Ha úgy találjuk, hogy ez a helyzet, azt kell megvizsgálni, hogy ez a korlátozás igazolható-e. Ahogy jeleztem, ez az előzetes döntéshozatalra előterjesztett harmadik kérdéshez tartozik.

## 2. Az előzetes döntéshozatalra előterjesztett első két kérdés háttérének elemzése

63. Miután arra a következtetésre jutottunk, hogy az EK 49. cikk főszabályként alkalmazandó jelen ügyben, a Szerződés ezen rendelkezése tekintetében a következő felmerülő kérdés az, hogy az Y. Watts által Franciaországban igénybevett ellátás költségei megtérítésének NHS általi megtagadása a más tagállamban történő szolgáltatás igénybevételéhez való jog korlátozásának minősül-e.

65. A Bíróság kimondta, hogy az EK 49. cikkel ellentétes az a nemzeti szabályozás, amely a tagállamok közötti szolgáltatásnyújtást megnehezíti a tisztán egy tagállamon belüli szolgáltatásnyújtáshoz képest.<sup>31</sup> A Bíróság azt is kimondta, hogy a szabályok, amelyek elbizonytalanítják, vagy akár meg is akadályozzák a biztosítottakat abban, hogy igénybe vegyék a kórházi ellátásokat más tagállamban biztosító szolgáltatókat, mind a biztosított személyek, mind a szolgáltatók esetén akadályozzák a szolgáltatásnyújtás szabadságát.<sup>32</sup>

64. E kérdés megválaszolásához a Court of Appeal által az előzetes döntéshozatalra előterjesztett első két kérdés megfogalmazásánál választott nézőpont átformálása szükséges. A megfogalmazás szerint azt kérdezik, hogy az Y. Watts helyzetében lévő személy „jogosult-e a közösségi jog alapján” szolgáltatást igénybe venni az NHS költségén, figyelembe véve azt a tényt, hogy az NHS teljes egészében államilag működtetett és finanszírozott egészségügyi rendszer. Mivel a szolgáltatások szabad áramlásának szabálya alapján fennálló jogosultság e szabadság nem igazolható korlátozásának a hiányából következik, hasznosabbnak tűnik e kérdéseket úgy

66. Jelen ügyben az NHS-hez tartozó biztosítottak abban való korlátozása, hogy az Egyesült Királyságon kívüli tagállamban vegyenek igénybe orvosi szolgáltatásokat, nem annyira valamely konkrét külföldi ellátás lehetőségét korlátozó rendelkezésben rejlik, hanem az ilyen ellátásra irányuló kérelmek elbírálásának pontosan meghatáro-

31 – A Smits és Peerbooms ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 61. pontja.

32 – Uo., 69. pont.



zott eljárási rendjének hiányában. Ezen eljárás hiánya valóban magyarázható az NHS működési módjával. A betegek nem meghatározott időben vagy helyen jogosultak ellátásra, hanem ellátásuk az NHS-n belül az ellátást nyújtó által elvégzett orvosi értékeléstől függ. Az orvosi ellátást igénylő személyeket megvizsgálják, majd panaszaik súlyossága szerint osztályozzák, és az osztályozástól függően kapnak helyet a várólistán. Úgy tűnhet, hogy az NHS szervei ebben a tekintetben korlátlan mérlegelési jogkört élveznek.

67. Bár az ilyen államilag finanszírozott és működtetett rendszerektől elválaszthatatlan, hogy az orvosi ellátás nyújtására vonatkozó összes döntést a rendszer működtetője hozza meg, ez a tény magában foglalja, hogy az e rendszer alapján biztosítottakat korlátozzák a rendszeren kívüli ellátás igénylésének lehetőségében, mivel nem lehetnek biztosak abban, hogy az ellátás költségeit megfizetik közvetlenül az ellátás nyújtójának, vagy számukra visszatérítik. Abban az esetben, ha más tagállamban akarnak orvosi szolgáltatásokat igénybe venni, ez korlátozza őket azon szabadságukban, hogy más tagállamban vegyenek igénybe szolgáltatásokat.

68. Az a tény, hogy az Egyesült Királyságon belül a magánszektorbeli szolgáltatás igény-

bevételére vonatkozó szabadságuk is korlátozva van, nem releváns ebben a tekintetben. Ez az Egyesült Királyság belső ügye, és legfeljebb az ellentétes hatást eredményező hátrányos megkülönböztetés példájának tekinthető, amely – ahogy arra a francia kormány rámutatott – nem tilos az EK-Szerződés szerint.

69. Bár fentebb megállapítottuk, hogy az NHS működési módja korlátozza az e rendszerben biztosítottakat azon szabadságukban, hogy más tagállamban jussanak orvosi ellátáshoz, ez nem jelenti azt, hogy e személyek e cél érdekében az EK 49. cikk alapján korlátlanul jogosultak más tagállamba utazni. Ahogy a Bíróság elismerte, a tagállam előzetes engedélyezést írhat elő feltételként, mielőtt vállalja a társadalombiztosítási rendszerében biztosított személyek számára a másik tagállamban nyújtott kórházi ellátás pénzügyi terhet. Ezeket a követelményeket mind szükségesnek, mind ésszerűnek tekintik ahhoz, hogy a tagállam területén biztosítsák a minőségi és kiegyensúlyozottan sokrétű kórházi ellátásokhoz való megfelelő és állandó hozzáférést, hogy hozzájáruljanak a költséghatékonyság biztosításához, valamint ahhoz, hogy amennyire csak lehetséges, elkerüljék az anyagi, műszaki és emberi erőforrások olyan területen történő pazarlását, ahol a pénzügyi források természetüknél fogva végesek.<sup>33</sup> A Bíróság elismerte, hogy ha a biztosítottak szabadon, a körülményekre

<sup>33</sup> – A. Smits és Peerbooms ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 78–80. pontja.

való tekintet nélkül vehetnének igénybe ellátást a biztosításuk szerinti rendszeren kívül, a rendszeren belüli összes tervezés, amely az ésszerű, állandó, kiegyensúlyozott és hozzáférhető kórházi ellátás biztosítását célozza, egy csapásra veszélybe kerülne.<sup>34</sup>

70. Az előzetes engedély megadásához kapcsolódó feltételeketnek azonban a közérdek elsőrendű fontosságú szempontjával igazolhatóknak kell lenniük, és meg kell felelniük az arányosság követelményének. Ezzel összefüggésben a Bíróság világossá tette, „hogy az előzetes engedélyezés rendszere nem legitimálhatja a nemzeti hatóságok önkényes eljárását, amely – különösen az alapvető jogra vonatkozó – közösségi rendelkezéseket (mint például a szolgáltatásnyújtás szabadsága [...]) megfosztja hatékony érvényesüléstől. Ahhoz, hogy az előzetes engedélyezésen alapuló rendszer annak ellenére igazolt legyen, hogy eltér ettől az alapvető szabadságtól, minden esetben objektív, hátrányos megkülönböztetéstől mentes és előzetesen ismert szempontokon kell alapulnia, annak érdekében, hogy kellően behatárolja a nemzeti hatóságok mérlegelési jogkörének gyakorlását, hogy azok ne tudják önkényesen alkalmazni. Az efféle engedélyezési rendszernek egyebekben olyan, könnyen hozzáférhető eljárási rendszer az alapja, amely megfelelően gondoskodik arról, hogy az érdekeltek kérelmét ésszerű határidőn belül, objektíven és pártatlanul bírálják el, és amelyben az engedély esetleges megtagadását bírói úton meg lehet támadni”.<sup>35</sup>

71. Bár a Bíróság így elfogadja, hogy a tagállamok jogosultak előzetes engedélyezést előfeltételként előírni a rendszeren kívüli kórházi ellátást igénylő, az állami biztosítási rendszer alapján biztosított személyek számára és az e szolgáltatások költségeinek visszatérítésére, az ítélezési gyakorlat arra is utal, hogy a tagállam köteles intézkedéseket tenni a határon átnyúló orvosi szolgáltatásnyújtás megkönnyítésére.

72. A kórházon kívüli ellátás előzetes engedélyhez kötése igazolhatóságának megítélésakor a Bíróság a Müller-Fauré és van Riet ügyben számos észrevételt tett a nemzeti társadalombiztosítási rendszereknek a közösségi jogi kötelezettségekkel való összhangjára, amelyek természetükben annyira általánosnak tűnnek, hogy nem tekinthetők úgy, hogy a kórházon kívüli ellátásra korlátozódnak.

73. Vélelmezve, hogy a közösségi jog nem sérti a tagállamoknak a társadalombiztosítási rendszerük kialakítására vonatkozó hatáskörét azzal, hogy e hatáskörüket a közösségi joggal összhangban kell gyakorolniuk, a Bíróság megjegyezte, hogy „a Szerződésben előírt alapvető szabadságok érvényesülése a tagállamokat nyilvánvalóan arra kötelezi, hogy a nemzeti társadalombiztosítási rendszerüket ehhez igazítsák”. A Bíróság szerint ez nem sérti az e területre vonatkozó önálló hatáskörüket. A Bíróság hozzáfűzte, hogy „az 1408/71 rendelet alkalmazása során azon

34 – Uo., 81. pont.

35 – A Smits és Peerbooms ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 90. pontja.

tagállamoknak, amelyek természetbeni ellátást nyújtó rendszert vagy akár nemzeti egészségügyi rendszert alakítottak ki, az illetékes államon kívüli tagállamban nyújtott ellátások tekintetében biztosítaniuk kell az utólagos megtérítés rendszerét. Ez a helyzet áll fenn például abban az esetben, amikor az alaki előírásokat nem sikerült teljesíteni az érintett személy adott tagállambeli tartózkodása alatt<sup>36</sup> [...], vagy amennyiben az illetékes hatóság engedélyezte a külföldi ellátás igénybevételét az 1408/71 rendelet 22. cikke (1) bekezdésének c) pontja alapján”. Ebben az összefüggésben a Bíróság elismerte, hogy ha a biztosított engedély nélkül részesül ellátásban valamely másik tagállamban, akkor kizárólag a saját tagállamának betegbiztosítási rendszere által nyújtott fedezet keretein belül igényelhet megtérítést, és csak akkor, ha teljesíti a közösségi joggal összhangban lévő feltételeket. Végül a Bíróság jelezte, hogy „semmi tiltja a természetbeni ellátást biztosító rendszert működtető tagállamok számára, hogy rögzítsék azon megtérítés összegeit, amelyet a más tagállamban ellátást igénylők követelhetnek, feltéve, hogy ezen összegek objektív, nem hátrányosan megkülönböztető és átlátható feltételeken alapulnak”.<sup>37</sup>

74. Bár – ahogy megállapítottuk – ezeket a megfontolásokat a kórházon kívül nyújtott

ellátások tekintetében dolgozták ki, nem indokolt, hogy kifejezetten ezekre a tevékenységre korlátozzuk őket. Sőt, úgy kell tekinteni őket, mint amelyek az EK 10. cikkben lefektetett azon általánosabb elvet juttatják kifejezésre, miszerint a tagállamok a Szerződésből eredő kötelezettségeik teljesítésének biztosítása érdekében megteszik a megfelelő általános vagy különös intézkedéseket, és elősegítik a Közösség feladatainak teljesítését. Ez az elv megkövetelheti a tagállamtól, hogy olyan különös intézkedéseket hozzon, amelyek célja a szolgáltatás szabad áramlásának elősegítése, amennyiben az ilyen intézkedések hiánya olyan helyzethez vezethetne, amely a – jelen esetben az EK 49. cikk szerinti – kötelezettségek megszegését eredményezné.

75. Pontosabban: ez a kötelezettség megköveteli a tagállamoktól, hogy a problémát okozó rendelkezések egyszerű hatályon kívül helyezése helyett pozitív intézkedéseket tegyenek a Közösségen belüli szabad mozgás felmerülő korlátainak eltávolítására. Az erre vonatkozó hasonló – az áruk szabad mozgásából vett – példák közé tartozik a kölcsönös elismerési záradék nemzeti élelmezési jogszabályokba való beillesztésére,<sup>38</sup> valamint az egyes szereplők által létrehozott akadályokkal szembeni intézkedésekre<sup>39</sup> vonatkozó kötelezettség. Szintén idetartozik a

36 – Lásd a a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK tanácsi rendelet végrehajtására vonatkozó szabályok megállapításáról szóló, 1972. március 21-i 574/72/EGK tanácsi rendelet (HL L 74., 1. o.; magyar nyelvű különkiadás 5. fejezet, 1. kötet, 83. o.) 34. cikkét.

37 – A Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 100–107. pontja.

38 – A C-184/96. sz., Bizottság kontra Franciaország ügyben (ún. „libamáj”-ügy) 1998. október 22-én hozott ítélet (EBHT 1998., I-6197. o.) 28. pontja.

39 – A C-265/95. sz., Bizottság kontra Franciaország ügyben 1997. december 9-én hozott ítélet (EBHT 1997., I-6959. o.) 30–32. pontja.

Bíróság által rögzített, a 70. pontban említett feltételeknek megfelelő eljárási rendszeren alapuló előzetes engedélyezés előírására vonatkozó kötelezettség.

*D – Az előzetes döntéshozatalra előterjesztett harmadik kérdés: az előzetes engedélyezés megtagadásának igazolása*

76. A fenti megfontolások alapján az első két kérdésre azt a választ kell adni, hogy az EK 49. cikket főszabály szerint úgy kell értelmezni, hogy a nemzeti egészségügyi rendszert – mint amilyen a National Health Service az Egyesült Királyságban – működtető tagállamban szokásosan élő személyek a nemzeti egészségügyi szolgáltatás költségén jogosultak a más tagállamban nyújtott kórházi ellátásra. A tagállamok e jogosultságot ahhoz a feltételhez köthetik, hogy a személy köteles erre engedélyt kérni, feltéve, hogy az engedélyezés objektív, nem hátrányosan megkülönböztető és átlátható szempontokon alapul egy olyan eljárási rendszerben, amely könnyen hozzáférhető, és amely megfelelően gondoskodik arról, hogy az érdekeltek kérelmét ésszerű határidőn belül, objektíven és pártatlanul bírálják el, és amelyben az engedély esetleges megtagadását bírói úton meg lehet támadni. Ezen kritériumok hiánya nem fosztja meg a személyt a jogosultságától. Az EK 49. cikk alkalmazása szempontjából az alapeljárás körülményei között irreleváns, hogy az NHS által nyújtott kórházi ellátás maga az EK 49. cikk értelmében vett szolgáltatásnyújtás-e.

77. Az előzetes döntéshozatalra előterjesztett harmadik kérdéssel a Court of Appeal azt kérdezi, hogy az EK 49. cikk NHS-re történő alkalmazhatósága esetében a más tagállambeli kórházi ellátásra irányuló előzetes engedély megtagadása objektíven igazolható-e különböző indokok alapján. Ezek közé tartozik a) az a tény, hogy az engedélyezés súlyosan károsítaná az NHS-nek az orvosi prioritások várólistás kezelésével kialakított rendszerét; b) az a tény, miszerint az engedély megadásával a kevésbé sürgős beavatkozást igénylő betegek elsőbbséget élveznének a sürgősebb orvosi ellátást igénylő betegekkel szemben; c) az a tény, miszerint az engedély megadása azzal járna, hogy a külföldre utazni kész betegek kevésbé sürgős ellátásának kifizetéséhez erőforrásokat vonna el, ami így árt a külföldre utazni nem szándékozó vagy nem képes betegeknek, illetve növeli az NHS szerveinek kiadásait; d) az a tény, hogy az engedély megadása arra kényszerítené az Egyesült Királyságot, hogy kiegészítő finanszírozást nyújtson az NHS költségvetésének, vagy korlátozza az NHS keretei között igénybe vehető ellátások körét; e) az ellátás összehasonlítható költségei és az ellátás más tagállamban felmerülő többletköltségei.

78. Y. Watts rámutat arra, hogy a külföldi ellátásra irányuló kérelem elbírálásánál alkalmazott vizsgálati szempont az, hogy az ellátás „megfelelő időben” biztosítható-e az Egyesült Királyságon belül, és ezt a várólisták alapján határozzák meg. Az elsőbbség meg-

határozásának várólisták alapján történő módszerénél nem veszik figyelembe az egyes betegek élettani állapotára, kórelőzményére és sajátos körülményeire tekintettel megállapított kezelési szükségleteit. Ebben a helyzetben a megtagadás nem igazolható pusztán a várólistákra való hivatkozással. A várólistákat és a létezésük okait megfelelően vizsgálni kell, figyelembe véve, hogy a túl hosszú vagy rendellenes várakozási idő inkább korlátozza, mintsem elősegíti a minőségi kórházi ellátáshoz való hozzáférést. Y. Watts azt állítja, hogy semmi nem bizonyítja, hogy a kérdést előterjesztő bíróság által az előzetes döntéshozatalra előterjesztett harmadik kérdésben említett bármelyik negatív hatás fennállna.

79. A francia kormány lényegében támogatja ezt az álláspontot, és rámutat arra, hogy mivel a Court of Appeal által jelzett legtöbb negatív következmény pénzügyi jellegű, ezek nem szolgálhatnak igazolásként. A belga kormány hozzáteszi, hogy az Egyesült Királyság igazolhatja az engedélyek megtagadását, de ennek objektív, nem hátrányosan megkülönböztető szempontokon kell alapulnia, amelyek előre ismertek, és nem fosztják meg az alkalmazandó közösségi rendelkezéseket pozitív hatásuktól.

80. A Bizottság megjegyzi, hogy mivel az Egyesült Királyságban az ellátási költségek megtérítésére az 1408/71 rendelet alkalmazási körén kívül nem létezik más eljárás, az ilyen korlátozást igazoló kényszerítő indokok vizsgálata lehetetlen.

81. A spanyol, a máltai, a finn, a svéd kormány és az Egyesült Királyság Kormánya, valamint Írország, éppen ellenkezőleg, úgy véli, hogy még ha az EK 49. cikk alkalmazandó is az NHS-re, az NHS pénzügyi egyensúlyának és a mindenki számára nyitva álló kiegyensúlyozott orvosi és kórházi ellátás fenntartásának biztosítására irányuló célok igazolják a szolgáltatásnyújtás szabadságának korlátozását. A Court of Appeal által az előzetes döntéshozatalra előterjesztett harmadik kérdésben felsorolt hatásokra ezért helyesen lehet hivatkozni a másik tagállamban történő ellátásra vonatkozó engedély megtagadása igazolásaként, az NHS-rendszer egyensúlyára ugyanis veszélyes, ha sok beteg számára engedélyezik a külföldi ellátást. A spanyol, a svéd kormány és az Egyesült Királyság Kormánya különösen hangsúlyozza a várólisták e célra történő alkalmazásának jogszerűségét, különösen mivel ezek a listák orvosi megfontolások alapján kerülnek összeállításra.

82. E kérdés megválaszolásánál kiindulópontnak a Bíróság azon indokokra vonatkozó állandó ítélkezési gyakorlatát kell tekinteni, amelyet alkalmasnak tartanak arra, hogy igazolják a biztosítottak más tagállamban történő kórházi ellátás igénybevételére vonatkozó, EK 49. cikk szerinti jogának korlátozását. Különösen azt kell vizsgálni, hogy ezen indokok közé tartoznak-e a Court of Appeal által jelzett különböző hatások, ha pedig nem, akkor elfogadhatóak-e az engedély megadásának és a megtérítés elutasításának igazolásául szolgáló indokként.

83. A Bíróság által igazolásként elismert indokokat a Smits és Peerbooms ügyben hozott ítélet hasznosan foglalja össze. Először is a Bíróság kimondta, hogy nem zárható ki, hogy a társadalombiztosítási rendszer pénzügyi egyensúlyában okozott súlyos kár olyan közérdeken alapuló kényszerítő indokot jelent, amely igazolhatja a szolgáltatásnyújtás szabadságának korlátozását. Másodszor: a Bíróság elismerte, hogy a kiegyensúlyozott és mindenki számára hozzáférhető orvosi és kórházi ellátás fenntartása tekintetében e cél, még akkor is, ha lényegében a társadalombiztosítási rendszer finanszírozásának módjához kapcsolódik, az EK 46. cikkben foglalt közegészségügyi okból történő eltérés hatálya alá esik, amennyiben hozzájárul az egészségvédelem magas szintjéhez. Harmadszor: a Bíróság meghatározta, hogy az EK 46. cikk alapján a tagállamok korlátozhatják a szabad orvosi és kórházi szolgáltatásnyújtást, amennyiben az ellátási kapacitás vagy az orvosi lehetőségek nemzeti területen történő fenntartása közegészségügyi szempontból vagy akár a népesség fennmaradása szempontjából alapvető jelentőséggel bír. Végezetül, amennyiben ezen indokokra hivatkozni lehet, gondoskodni kell arról, hogy az érintett nemzeti intézkedések nem lépnek túl az e célból objektíve szükséges mértéket, valamint arról is meg kell bizonyosodni, hogy ez az eredmény kevésbé korlátozó szabályokkal nem érhető el.<sup>40</sup>

84. Kifejezetten a várólisták tekintetében a Bíróság a Müller-Fauré és van Riet ügyben egyértelműen elutasította, hogy a tagállam ne

a kórházak többletkapacitásából eredő pazarlástól való féltelmére hivatkozhatnék, hanem kizárólag arra a tényre, miszerint a nemzeti területen léteznek ilyen listák, anélkül hogy számba vennék a betegek élettani állapotának sajátos körülményeit. Megjegyezte, hogy nem bizonyították azt, hogy a várakozási idők a közegészség védelmének megőrzéséhez szükségesek.<sup>41</sup> Ellenkezőleg: a túl hosszú vagy rendellenes várakozási idő korlátozza a minőségi kórházi ellátáshoz való hozzáférést. A várólisták – jegyezte meg a Bíróság – látszólag pusztán gazdasági természetű megfontolásokon alapulnak, amelyek nem igazolhatják a szolgáltatásnyújtás szabadsága – mint alapvető elv – korlátozását.<sup>42</sup>

85. Ennyiben el kell ismerni, hogy ha a kórházi szolgáltatások iránti igény meghaladja a szolgáltatásnyújtás kapacitását, lehetetlen úgy és akkor ellátni az ellátást igénylő személyeket, ahogy az számukra szükséges, vagy akár olyan időkorláton belül, amely elfogadhatónak minősül. Mivel a kórházak rendelkezésére álló emberi, pénzügyi és anyagi erőforrások korlátozottak, nyilvánvaló, hogy a betegek kénytelenek várni, mielőtt ellátják őket. Mivel ezen ágazatban az igény általában sokkal nagyobb, mint az ellátási kapacitás, a várólisták az erőforrások elosztásának eszközeként működnek, és figyelembe veszik a kórházi kapacitás opti-

40 – A Smits és Peerbooms ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 72–75. pontja.

41 – Ez a helyzet, az Egyesült Királyság Kormányának ezzel kapcsolatban kifejtett előterjesztései ellenére. Lásd a Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 58. pontját.

42 – Lásd a Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 92. pontját.

mális kihasználását. Bár ez tökéletesen ésszerű az erőforrások racionális kezelése szempontjából, a várólisták alkalmazásának (lehetőséges) ára ebben az esetben az, hogy hátráltatja a betegeket a kórházi ellátáshoz való hozzáférésben. Ez utóbbi szempontot a Bíróság figyelembe vette, amikor elutasította a várólisták pusztá létezését – mint a külföldi ellátás igénylésére irányuló engedély megtagadásának igazolását.

86. Szükségszerű feszültséget rejt ezért magában a várólisták elkerülhetetlen létezése és a listák korlátozott erőforrások kezelésének és elosztásának eszközeként betöltött szerepe, valamint a betegeknek a megfelelő és megfelelő időben történő ellátásra irányuló érdeke. Ez a két ütköző érdek csak akkor békíthető össze a Bíróság ítélkezési gyakorlatával összeegyeztethető módon, ha a várólisták kezelési módjára bizonyos feltételeket írnak elő. Pontosabban: a várólisták nem korlátozhatóak kizárólag annak nyilvántartására, hogy egy beteg adott típusú ellátásra vár, adott sürgősségi fokozat mellett. A listákat aktívan kell kezelni, dinamikus és rugalmas eszközökként, amelyek figyelembe veszik a beteg szükségleteit, élettani állapotváltozásának megfelelően. Ez magában foglalja, hogy a beteg patológiás állapotának újraértékelése azt eredményezheti, hogy az ellátására hamarabb sor kerül. Ráadásul fontos, hogy biztonsági szelepet biztosítsanak, például az érintett személy élettani állapota alapján megállapított ésszerű maximális várakozási idővel, amelynek leteltét

követően többlet-erőfeszítést tesznek az azonnali ellátás biztosítására. Sőt, az átláthatóság érdekében az ellátások nyújtására és valószínű idejére vonatkozó döntéseket világos szempontok alapján kell meghozni, korlátozva a döntéshozó szerv mérlegelési jogkörét.

87. Ebből az következik, hogy amikor valamely személy engedélyt kér a külföldi ellátás igénybevételére, nem elegendő, hogy a döntéshozó hatóság azon formális okokból utasítsa el a kérelmet, hogy az ellátás a nemzeti rendszerben kitűzött céloknak megfelelő határidőn belül biztosítható. Ezt a döntést annak figyelembevételével kell meghozni, hogy a céloknak megfelelő határidő alkalmazása az adott esetben elfogadható-e az érintett beteg egyedi patológiás állapotának ismeretében. Ismét a Bíróságot idézve: az adott esetre jellemző valamennyi körülményt figyelembe kell venni. Sőt, nemcsak a betegnek az engedély iránti kérelem benyújtásakor fennálló egészségi állapotát kell figyelembe venni, és amennyiben szükséges a beteg fájdalmainak intenzitását vagy a beteg kedvezőtlen egészségi állapotának jellegét – amely miatt például egyáltalán nem vagy csak különlegesen nehezen tudja gyakorolni szakmai tevékenységét –, hanem a beteg kórelőzményét is.<sup>43</sup>

88. Ebből következően nem tekinthető igazoltnak a más tagállamban az NHS költségén

43 – A Smits és Peerbooms ügyben hozott ítélet 104. pontja, valamint a Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott ítélet 90. pontja.

történő ellátás iránti engedélyezési kérelem kizárólag azon az alapon történő elutasítása, hogy a pozitív döntés súlyos kárt okozna az orvosi prioritásokat várólistákkal kezelő NHS rendszerében. Hasonlóképpen: mivel ennek a döntésnek a kérelmező patológias állapotának értékelésén kell alapulnia, az értékelésen kívülálló megfontolások, mint például a várólistán szereplő személyek helyzetére vagy az erőforrások NHS-n belüli újrafelosztására gyakorolt hatás, nem igazolhatják az engedély megadásának megtagadását. Ami az első hatást illeti, az NHS döntéshozó szervei által hozott pozitív határozatnak szükségszerű velejárója, hogy a kérelmezőt mégis sürgős ellátást igénylőnek minősítik. Ami a második hatást illeti, megjegyezném, hogy gazdasági jellege mellett – ahogy azt a 73. pontban említettem – a közösségi jog megköveteli a tagállamoktól, hogy társadalombiztosítási rendszerüket az EK-Szerződésben előírt alapvető szabadságok érvényesüléséhez igazítsák. Ez kiterjedhet arra is, hogy az NHS tervezési rendszerén belül megfelelő rugalmasságot biztosítsanak a bizonyos körülmények fennállása esetén külföldi ellátásra irányuló kérelmek elfogadására vonatkozóan.

amelyben az NHS szervei találják magukat, amikor az alkalmazandó szempontokra figyelemmel nagyobb számban külföldi ellátásokra irányuló engedély megadására kényszerülnek, amelynek veszélyeztetheti a rendszer pénzügyi stabilitását. Az előzetes engedélyezés előírása azonban pontosan azt célozza, hogy a rendszer pénzügyi stabilitásának fenntartása végett a tagállamok jogosultak legyenek ellenőrizni a betegek kiáramlását. Az engedély megadása feltételezi, hogy figyelembe vették a költségvetési következményeket, így ezek nem alkalmazhatók a megtagadás önálló indokaként. Ezzel kapcsolatban rögzíteni kell, hogy a rendszer pénzügyi stabilitásához fűződő érdek nyilvánvalóan a hosszabb távú stabilitásra vonatkozik, és nem a mérlegek éves szintű kiegyensúlyozására. Ez magában foglalja azt, hogy e szempont alkalmazásánál nemcsak a másik tagállamban nyújtott kórházi ellátással kapcsolatban felmerülő pénzügyi terheket kell figyelembe venni, hanem az ellátás hosszabb távon megtakarított azon költségeit is, amelyeket máskülönben az NHS-nek kellett volna viselnie. Ez hosszabb távon nemcsak nagyobb stabilitáshoz vezethet, hanem hozzájárulhat a kórházi kapacitás jobb kihasználásához is.

89. Ismételten: az a tény, hogy az engedély megadása kiegészítő források biztosítását teheti szükségessé az NHS költségvetése számára, önmagában nem tekinthető olyan körülménynek, amelyet figyelembe kell venni annak eldöntésénél, hogy az adott kérelmező – élettani állapotát figyelembe véve – kaphat-e engedélyt a másik tagállamba történő utazáshoz, hogy ott az NHS költségein vegye igénybe a szükségesnek vélt orvosi ellátást. Ezen érvelés, amely szintén gazdasági jellegű, lényegében ahhoz a helyzethez kapcsolódik,

90. Az előzetes engedélyezés előírásának a közösségi joggal való összhangja attól függ, hogy az ebben az összefüggésben alkalmazott szempontok maguk igazolhatóak-e. Mivel az



egyetlen szempont, ami jelenleg alkalmazandó az NHS rendszerében az, hogy az ellátás biztosítható-e a kormány társadalombiztosítási tervében foglalt határidőn belül, és mivel ez nem veszi eléggé figyelembe a betegek egyéni szükségleteit, az engedélyezési eljárás jelen formájában nincs összhangban az EK 49. cikkel.

91. A Court of Appeal által említett utolsó megfontolás, vagyis hogy az engedély megadásának megtagadása alapulhat-e az ellátások és az ellátások más tagállamban felmerülő többletköltségének összehasonlításán, szintén nem vehető figyelembe annál a nyilvánvaló oknál fogva, hogy szintén gazdasági jellegű.

92. Ezért arra a következtetésre jutottam, hogy a harmadik kérdésre azt a választ kell adni, hogy a várólisták kezeléséhez kapcsolódó megfontolások kizárólag akkor igazolhatják a más tagállamban történő kórházi ellátásra irányuló engedély megtagadását, ha a várólistákat úgy kezelik, hogy megfelelően figyelembe veszik a betegek orvosi szükségleteit, és sürgősség esetén nem akadályozzák meg a másik tagállamban nyújtott ellátást. Amennyiben a más tagállamban történő kórházi ellátásra irányuló engedély megadásának feltételeit úgy alakították ki, hogy biztosítsák a nemzeti egészségügyi rendszer pénzügyi stabilitását, a pusztán költségvetési vagy gazdasági jellegű megfontolások nem igazolják az engedély megadásának megtagadását.

E – Az előzetes döntéshozatalra előterjesztett negyedik és ötödik kérdés: a várakozási idő

93. Mind a negyedik, mind az ötödik kérdés a várakozási idő témájával foglalkozik, így célszerű együtt tárgyalni őket. Pontosabban a negyedik kérdés azon körülményekhez kapcsolódik, amelyeket figyelembe kell venni annak meghatározásakor, hogy az EK 49. cikk alkalmazásának értelmében az ellátás „megfelelő időben” hozzáférhető-e. A hivatkozott körülmények: a) várakozási idő, b) az NHS illetékes szerve által az ellátásra meghatározott klinikai prioritás, c) a kórházi ellátásoknak a korlátozott erőforrások legjobb felhasználását célzó prioritások szerinti biztosítása, d) az, hogy az NHS keretében nyújtott ellátások a beteg kezelésének helyén ingyenesek, e) a beteg egyéni élettani állapota, kórelőzményei és az általa kezeltetni kívánt betegség valószínű lefolyása. Az ötödik kérdés lényegében azt kérdezi, hogy a „megfelelő időben” és az 1408/71 rendelet 22. cikke (1) bekezdésének c) pontjában szereplő, „az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges idő” azonos szempontok szerint értékelendő-e, ha pedig nem, milyen terjedelemben alkalmazhatóak a negyedik kérdésnél említett körülmények az utóbbi rendelkezés összefüggésében.

94. Míg Y. Watts, hivatkozva a Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott ítéletre, azt adja elő, hogy az a kérdés, hogy az „indokolatlan késedelem” fennáll-e, kizárólag a kérelmező beteg élettani állapota alapján értékelhető, a belga és a francia kormány azt az álláspontot

képviseli, hogy ez az értékelés csak a várakozási idő és beteg patológiás állapotának együttes figyelembevételén alapulhat. E beavatkozók mindegyike úgy véli, hogy az Inizan-ügy alapján a késedelem kérdése az EK 49. cikk és az 1408/71 rendelet 22. cikke alapján ugyanazon szempontok szerint kezelendő. Y. Watts azonban hangsúlyozza, hogy a nemzeti jogszabályokban szereplő rendes várakozási idők nem vonatkoznak a 22. cikk alkalmazására.

95. A spanyol kormány, az Egyesült Királyság Kormánya, valamint Írország fenntartja, hogy a Court of Appeal által a negyedik kérdésében említett valamennyi szempontot figyelembe lehet venni az igényelt ellátás nyújtására vonatkozó indokolatlan késedelem fennállásának megállapításakor. Az utóbbi két beavatkozó megjegyzi, hogy mivel az EK 49. cikk (amelynek célja a szolgáltatásnyújtás szabadságának megteremtése) és az 1408/71 rendelet 22. cikke (társadalombiztosítási rendelkezés, amelynek célja a betegek védelme) eltérő célkitűzéseket követ, az a tény, hogy ezek a szempontok közül egyesek nem alkalmazhatóak az EK 49. cikk összefüggésében, semmiképpen nem befolyásolja a rendelet 22. cikke szempontjából történő alkalmazhatóságukat. Az Egyesült Királyság Kormánya hangsúlyozza, hogy az 1408/71 rendelet 22. cikkének nem az a célja, hogy egységes követelményeket fektessen le a teljes Közösségre a várakozási idők tekintetében, sőt, szükségszerűen utal a várakozási időre alkalmazandó nemzeti szempontokra.

96. A finn és a svéd kormány előadja, hogy bár a Bíróság ítélezési gyakorlatából az következik, hogy a külföldi ellátás megtagadása kizárólag a kérelmező beteg élettani állapotán alapulhat, ez nem zárja ki a tagállamok számára, hogy figyelembe vegyenek olyan tényezőket, amelyek alapvetőek a nemzeti egészségügyi rendszer megfelelő működéséhez, mint például a tagállam területén való ellátáshoz szükséges reális várakozási idők és a tagállami orvosi gyakorlat. A máltai kormány azt állítja, hogy a biztosítás szerinti tagállamban megfelelő időben történő ellátáshoz jutás lehetősége szigorúan orvosi szempontból értékelhető, függetlenül az ellátás igénybevételére vonatkozó várakozási időktől, ám ez az értékelés az ellátás pénzügyi terheinek viselésére kötelezett szerv mérlegelési jogkörébe tartozik.

97. A Bizottság azon az állásponton van, hogy az 1408/71 rendelet 22. cikke és különösen „az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges időn belül a lakóhely szerinti tagállamban” szövegezés nem zárja ki, hogy a nemzeti hatóságok figyelemmel legyenek a nemzeti várakozási időkre, feltéve, hogy minden egyes ügy körülményeit megfelelően figyelembe veszik, és a várakozási idők maguk objektíve indokolható orvosi szempontokon alapulnak. Ennek eldöntése a nemzeti bíróság feladata. A Bizottság az Inizan-ügyet<sup>44</sup> idézve utalt továbbá arra, hogy az 1408/71 rendelet

44 – Hivatkozás a 11. lábjegyzetben.

22. cikke szerinti, „az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges idő” meghatározásának szempontjai azonosak a Bíró-ság által az EK 49. cikkel összefüggésben használt, az ellátásban „megfelelő időn” belül történő részesülés meghatározásakor alkalmazott szempontokkal.

98. Ahogy fentebb megjegyeztem: a Bíró-ság már választ adott arra a kérdésre, hogyan kell meghatározni azt, hogy az ellátás a lakóhely szerinti tagállamban elérhető-e a „megfelelő időben” az EK 49. cikk alkalmazása szempontjából. A Müller-Fauré és van Riet ügyben (amelyre fentebb hivatkoztunk, de itt meg kell ismételni, mint a negyedik kérdés megválaszolásának kiindulópontját) kifejtett egyik érvelésében a Bíró-ság kimondta, hogy „a nemzeti hatóságoknak figyelembe kell venni nemcsak a betegnek az engedély iránti kérelem benyújtásakor fennálló egészségi állapotát, és amennyiben szükséges, a beteg fájdalmainak intenzitását vagy a beteg kedvezőtlen egészségi állapotának jellegét – amely miatt például egyáltalán nem, vagy csak különlegesen nehezen tudja gyakorolni szakmai tevékenységét –, hanem a beteg kórelőzményét is”.<sup>45</sup>

figyelembe lehet-e venni más tényezőket ebben az összefüggésben, beleértve a várakozási időket és az NHS szervei által felállított klinikai prioritásokat. Annak meghatározásában, hogy az ellátás nyújtható-e megfelelő időben, az elsődleges szempont – ahogy azt a Bíró-ság hangsúlyozta – az, hogy az igényelt ellátás bizonyos időtartammal történő elhalasztása elfogadhatónak tekinthető-e a beteg patológiás állapotának súlyossága és ennek várható javulása alapján. A várakozási időnek a beteg vizsgálat idején fennálló állapotához kapcsolódó konkrét orvosi javaslaton kell alapulnia. A különböző betegségek ellátására tervszerűen előírt határidők, elvont jellegüket tekintve, nem felelnek meg ezen kritériumnak. Abban az esetben, ha a várakozási időket és a klinikai prioritásokat az ismertetett egyedi értékelés alapján határozzák meg, akkor azok a Bíró-ság által a Smits és Peerbooms ügyben, valamint a Müller-Fauré és van Riet ügyben rögzített szempontokkal összhangban lévőnek tekinthetők. E feltétel alapján az előzetes döntéshozatalra előterjesztett negyedik kérdés a) és b) pontjában említett tényezőket figyelembe lehet venni annak megítélésakor, hogy az ellátás „megfelelő időben” nyújtható-e. Ugyanez alkalmazandó a negyedik kérdés e) pontjában jelzett tényezőre, amely közvetlenül utal a Bíró-ság e kérdésben kialakított ítélkezési gyakorlatára.

99. A Court of Appeal által felvetett kérdés mindazonáltal azt kívánja tisztázni, hogy

100. Ezzel szemben a negyedik kérdésben jelzett másik két tényező, nevezetesen a kórházi ellátások korlátozott erőforrások mellett történő biztosítása, illetve az, hogy az egészségügyi ellátások a beteg kezelésének

<sup>45</sup> – A Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott ítélet 90. pontja. Lásd még a Smits és Peerbooms ügyben hozott ítélet 104. pontját (hivatkozások a 2. lábjegyzetben).

tagállamában ingyenesek, az NHS gazdasági működését érintik, és ezért nem vehetőek figyelembe ebben az összefüggésben.

101. A Court of Appeal ezt követően azt kérdezi, hogy ezek a megfontolások alkalmazhatók-e az 1408/71 rendelet 22. cikke (1) bekezdésének c) pontjára, különösen pedig „az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges idő” megfogalmazásra ebben a rendelkezésben. Ismét hivatkozni kell a Bíróság ítélezési gyakorlatában már fellelhető válaszokra. Az Inizan-ügyben<sup>46</sup> a 22. cikk (1) bekezdése c) pontjában szereplő második feltételt értelmezve, amely ha teljesül, megtiltja a tagállamok számára, hogy megtagadják a más tagállamban történő ellátásra irányuló engedélyt, a Bíróság közvetlenül hivatkozott „a megfelelő időben” kapcsán a Smits és Peerbooms ügyben, valamint a Müller-Fauré és van Riet ügyben rögzített álláspontjára.<sup>47</sup> Bár a Bíróság nem mondta ki egyértelműen, hogy a két fogalmat azonosan kell értelmezni, nyilvánvaló, hogy így gondolta. Valóban nincs értelme a két rendelkezés összefüggésében különböző szempontokat alkalmazni, amennyiben az alapkérdés ugyanaz, vagyis hogy a biztosítás szerinti tagállam intézményei képesek-e a kórházi ellátást elfogadható határidőn belül biztosítani. Minden más megközelítés további bizonytalanságot teremtené, és sértené az átláthatóságot.

102. Az Egyesült Királyság Kormánya és Írország vitatja, hogy az EK 49. cikk és az 1408/71. rendelet 22. cikke különböző célokat szolgál, és hogy ennek tükröződnie kell az értelmezés módjában is. Emlékeztetni lehet arra, hogy az Inizan-ügyben hozott ítéletében a Bíróság rámutatott, hogy a 22. cikk elősegíti a biztosított személyek szabad mozgását és egyúttal a határon átnyúló, a tagállamok közötti orvosi szolgáltatásnyújtást.<sup>48</sup> Az 1408/71 rendelet alapvető értelme valóban a tagállamok közötti társadalombiztosítási rendszerek olyan megfelelő szintű harmonizációjának megteremtése, hogy a biztosítottaknak ne menjen el a kedve attól, hogy éljenek a Közösségen belüli szabad mozgás jogával, attól féltve, hogy elveszítik az idők során megszerzett jogosultságukat. A rendelet 22. cikkének célja, hogy biztosítsa, hogy a biztosított jogosult más tagállamba utazni orvosi ellátás igénybevétele céljából, ha az e rendelkezésben lefektetett feltételek teljesülnek, bár – ahogy fentebb megjegyeztem – ez a rendelkezés lehetővé teszi a tagállamok számára, hogy liberálisabb szabályozást alakítsanak ki. A 22. cikk minimumgaranciát biztosít. Alapvetően ezért ugyanazt a célt követi, mint az EK 49. cikk, jóllehet más szempontból, nevezetesen inkább a biztosított, és nem pedig a szolgáltatás szempontjából.

103. Ebből következik, hogy az EK 49. cikk alapján alkalmazott „megfelelő idő” fogalma

46 – Hivatkozás a 11. lábjegyzetben, az ítélet 44–46. pontja.

47 – Hivatkozás a 2. lábjegyzetben.

48 – Az Inizan-ügyben hozott ítélet 21. pontja. Lásd a Vanbraekel és társai ügyben hozott ítélet 32. pontját is. (Hivatkozások a 11. lábjegyzetben).

és az 1408/71 rendelet 22. cikke (2) bekezdésében szereplő, „az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges időn belül” fogalom ugyanazon szempontok szerint értelmezendő.

104. A negyedik kérdésre azt a választ kell adni, hogy annak meghatározásakor, hogy az ellátás elérhető-e megfelelő időben az EK 49. cikk értelmében, megengedhető a várakozási időknél és az illetékes NHS-szerv által a az ellátásra vonatkozóan megállapított klinikai prioritásoknak a figyelembevétele, azzal a feltétellel, hogy ezek a beteg vizsgálat idején fennálló élettani állapotához kapcsolódó konkrét orvosi javaslaton, továbbá kórelőzményen és a beteg által ellátni kért betegség várható lefolyásán alapulnak.

105. Az ötödik kérdésre az a válasz adható, hogy az 1408/71 rendelet megfelelő értelmezéséhez – különösen „az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges időn belül” értelmezéséhez – alkalmazandó szempontok azonosak az EK 49. cikk szerinti „indokolatlan késedelem” kapcsán meghatározott szempontokkal.

*F – Az előzetes döntéshozatalra előterjesztett hatodik kérdés: a megtérítés összegének kiszámítási alapja*

106. Az előzetes döntéshozatalra előterjesztett hatodik kérdés a megtérítés összegének kiszámítását érinti. Feltéve, hogy a Bíróság úgy dönt: az Egyesült Királyság köteles a közösségi jog alapján megtéríteni az NHS alapján biztosított személy által igényelt ellátást, a Court of Appeal azt kérdezi, hogy az ilyen ellátás költségét az 1408/71 rendelet 22. cikke alapján az ellátást nyújtó tagállam jogszabályaira hivatkozva kell kiszámítani, vagy az EK 49. cikk alapján a lakóhely szerinti tagállam jogszabályaira utalva. Mindkét eset tekintetében kérdezi továbbá, hogy mi a költségek megfizetésére vagy megtérítésére vonatkozó kötelezettség pontos terjedelme, amennyiben a betegek ellátási költségeinek megtérítésére nincsenek nemzetileg megállapított díjtételek; hogy ez a kötelezettség a biztosítás szerinti tagállamban nyújtott azonos vagy egyenértékű ellátás tényleges költségeire korlátozódik-e; és hogy az utazás és a szállás költségeit is meg kell-e fizetni.

107. Y. Watts fenntartja, hogy ha egy személy akár az 1408/71 rendelet 22. cikke, akár az EK 49. cikk alapján ellátásban részesülhet valamely másik tagállamban, akkor a legkedvezőbb megtérítési módot választhatja, amely a jelen esetben az EK 49. cikkhez kapcsolódik. Amennyiben a lakóhely szerinti tagállamban nincsenek megtérítési díjtételek, az ellátás teljes össze-

gét meg kell téríteni. Az utazás és a szállás költségei kizárólag az engedély jogsértő megtagadása esetén térítendőek meg a rendelet 22. cikke alapján, és akkor, ha ezeket a költségeket egyébként az illetékes intézménynek kellett volna viselnie.

108. A belga és a francia kormány úgy véli, hogy az ellátást nyújtó tagállam jogszabályai alkalmazandók, hacsak a biztosítás szerinti tagállamban alkalmazott díjtételek nem kedvezőbbek a kérelmező számára.

109. Az Egyesült Királyság Kormánya azon az állásponton van, hogy abban az esetben, ha az EK 49. cikk alkalmazandó az NHS-re, a beteg részére történő megtérítés mértéke a nemzeti jog szerinti jogosultság mértékétől függ. Az 1408/71 rendelet 22. cikke alapján a biztosítás szerinti tagállam felelőssége az ellátást nyújtó tagállam illetékes hatósága által viselt ellátási költségrész megtérítésére korlátozódik. Ez a rendelkezés nem rója a biztosítás szerinti tagállamra az utazási vagy más kiadások megtérítésének kötelezettségét. Ilyen költségek kizárólag az EK 49. cikk összefüggésében igényelhetők vissza abban az esetben, ha a nemzeti jog alapján fennáll a megtérítésre való jogosultság.

110. A spanyol és a finn kormány előadja, hogy mivel az EK 49. cikk nem alkalmazandó ebben az esetben, a megtérítés összegét az 1408/71 rendelet 22. cikkével összhangban kell meghatározni. A finn kormány hozzáfűzi, hogy ez a rendelkezés nem szabályozza az utazási költségek és a szállásköltségek szempontját, ezért az a nemzeti jog feladata. Írország kijelenti, hogy maximálni kell az NHS bármiféle, a más tagállamban nyújtott ellátás megtérítésére vonatkozó kötelezettségét, és hogy e kötelezettség nem tartalmazza a járulékos költségeket. A svéd kormány úgy véli, hogy a nemzeti hatóságoknak joguk van a megtérítés megtagadására, amennyiben a költségek túl magasak.

111. Ahogy azt a hatodik kérdés már magában foglalja: a más tagállamban igénybe vett ellátás költségeinek megtérítését szabályozó feltételek eltérnek aszerint, hogy az ellátást az 1408/71 rendelet 22. cikke vagy az EK 49. cikk összefüggésében nyújtották.

112. Az előbbi esetben az alaphelyzet az, hogy a beteg számára engedélyhez van kötve a más tagállamban történő ellátás igénybevétele, és az ellátás költségeit közvetlenül térítik meg az 1408/71 rendelet 36. cikke szerint az ellátást nyújtó tagállam illetékes szervének. Mivel a rendelet 22. cikke (1) bekezdésének c) pontja meghatározza, hogy a természetbeni ellátást a tartózkodás

helye szerinti tagállam intézményére vonatkozó jogszabályok szerint kell nyújtani, világos, hogy a megtérítést az ellátást nyújtó tagállam jogszabályai szerint kell kiszámítani.

113. Ha az 1408/71 rendelet 22. cikke alapján kért, másik tagállamban történő orvosi ellátásra irányuló engedélyt jogsértően elutasítják, a kérelmező jogosult annak az összegnek a biztosítás szerinti tagállam illetékes intézménye<sup>49</sup> általi közvetlen megtérítésére, amelyet szokásosan viselnie kellett volna, ha az engedélyt elsőre megadják,<sup>50</sup> vagyis az ellátás helye szerinti tagállam jogszabályai alapján számított összegre.

114. Amennyiben azonban a biztosított az illetékes tagállamban magasabb összegre jogosult, mint amelyre az ellátás szerinti tagállam jogszabályai alapján jogosult lenne, ez a személy a Bíróság Vanbraekel és társai ügyben hozott ítéletének értelmében a két tagállam fedezeti rendszere közötti különbségnek megfelelő kiegészítő megtérítésre jogosult.<sup>51</sup>

49 – Rámutatnék arra, hogy mind a Bíróság ezzel kapcsolatos következtetése (53. pont), mind az ítélet rendelkező része zavaróan az „ellátás helye szerinti intézmény által viselendő összeggel azonos összegre” utal. Kiemelés tőlem.

50 – A Vanbraekel és társai ügyben hozott, a 11. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 34. pontja.

51 – Uo., 53. pont.

115. Jóllehet a megtérítés kiszámításának alapját az 1408/71 rendelet 22. cikke alapján az ellátás szerinti tagállam jogszabályai képezik, a helyzet eltérő, amennyiben az EK 49. cikk alkalmazandó. Ahogy a Bíróság a Müller-Fauré és van Riet ügyben kimondta, egyedül a tagállam jogosult meghatározni a biztosítottak számára rendelkezésre álló betegbiztosítási fedezet mértékét. Ha a biztosított előzetes engedély nélkül utazik más tagállamba orvosi ellátásért, csak a biztosítás tagállamának betegbiztosítási rendszere által nyújtott fedezet keretein belül követelheti a számára nyújtott ellátás költségeinek megtérítését.<sup>52</sup> Amennyiben az EK 49. cikk alkalmazandó, az illetékes tagállam jogszabályai határozzák meg a megtérítés mértékét. Ez azt jelenti, hogy a biztosított kizárólag azon összegre jogosult, amelyet akkor térítettek volna, ha az ellátást az illetékes tagállamban nyújtották volna.

116. Bár ezek a szabályok önmagukban világosak, felmerül a kérdés, hogy hogyan alkalmazandók olyan esetben, mint amilyen az egyesült királyságbeli NHS esete, amely ingyenesen nyújtja az egészségügyi ellátást a beteg kezelésének helyén, és nem tart fenn semmilyen megtérítési rendszert. Hangsúlyozni kell, hogy ebben a rendszerben megtérítési díjtáblázat sem létezik.

52 – A Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott, a 2. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 98. pontja. Lásd még az ítélet 106. pontját is.

117. A díjtáblázat rendszerének hiánya, mint ilyen, nem zárja ki a külföldi orvosi ellátással felmerült költségek megtérítési összegének kiszámítására vonatkozó rendelkezéseknek az alkalmazását. Elég felidézni a Bíróságnak a Müller-Fauré és van Riet ügyben tett, a 73. pontban idézett megállapításait, miszerint a tagállamok kötelesek a társadalombiztosítási rendszerüket a belső piac és az 1408/71 rendelet működésének megfelelő követelményekhez igazító mechanizmusokat kialakítani, és ez magában foglalhatja a megtérítési díjtáblázat létrehozását is. Ami az NHS-t illeti, úgy tűnik, ilyen díjtáblázatnak léteznie kell a külföldről érkező betegek által az NHS (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1989 alapján fizetendő költségek meghatározásához. Amennyiben nincs díjtáblázat, amelynek alapján a megtérítés összege kiszámítható, egyetlen hivatkozási pont marad: az igénybe vett ellátás tényleges költsége.

118. Az előzetes döntéshozatalra előterjesztett hatodik kérdés által felvetett utolsó probléma az, hogy az EK 49. cikk és az 1408/71 rendelet 22. cikke szerint fennáll-e a más tagállamban igénybe vett kórházi ellátáshoz kapcsolódó utazási költségek és szállásköltségek megtérítésére való jogosultság. Először is megjegyezném, hogy az 1408/71 rendelet csak a biztosítottak szabad mozgásának biztosításához szükséges mértékig harmonizálja a nemzeti társadalombiztosítási rendszereket, de a jogosultságok meghatározása a nemzeti jog feladata. Ebben a rendszerben a rendelet 22. és 36. cikke kizárólag az orvosi ellátás költségeinek közvetlen, intézmények közötti, az ellátás szerinti tagállamban alkalmazandó díjtételek szerinti megtérítését írja elő. Bár a rendszer magában

foglalhatja a kórházi tartózkodás költségeit, természeténél fogva nem tartalmazhatja az utazási kiadásokat vagy az orvosi intézményen kívüli szállásköltségeket. Ebből következik, hogy a külföldi orvosi ellátással kapcsolatos utazási költségek és szállásköltségek megtérítésére vonatkozó jogosultságot elsődlegesen a nemzeti jog szabályozza. Ebből következően amennyiben a nemzeti jog biztosítja ezen járulékos költségek megtérítését a nemzeti területen nyújtott orvosi ellátás tekintetében, az EK 49. cikkből az következik, hogy ezeket azonos korlátok és feltételek mellett biztosítani kell a más tagállamban igénybe vett ellátásokkal kapcsolatban is.<sup>53</sup>

119. A hatodik kérdésre azt a választ kell adni, hogy amennyiben a tagállam a közösségi jog alapján köteles a más tagállamban nyújtott kórházi ellátást finanszírozni a szokásos tartózkodási hellyel az első tagállamban rendelkező olyan személy számára, aki az 1408/71 rendelet 22. cikkének keretein kívül vett igénybe ellátást, az ellátás költségeit a lakóhely szerinti tagállam jogszabályai alapján kell kiszámítani. A megtérítés összegének kiszámítására vonatkozó díjtáblázat hiánya esetén a megtérítést az igénybe vett ellátás tényleges költsége szerint kell kiszámítani. A más tagállamban történő kórházi

53 – A. Leichtle-ügyben hozott, a 19. lábjegyzetben hivatkozott ítélet.



ellátással kapcsolatos utazás és szállás költsége kizárólag akkor térítendő meg, ha ezt a nemzeti jog a nemzeti területen biztosítja.

*G – Az előzetes döntéshozatalra előterjesztett hetedik kérdés: költségvetési korlátok és az EK 152. cikk (5) bekezdése*

120. Az előzetes döntéshozatalra előterjesztett utolsó kérdés arra irányul, hogy a tagállamok kötelesek-e a más tagállamban nyújtott kórházi ellátás finanszírozására az EK 49. cikk és az 1408/71 rendelet 22. cikke alapján, tekintet nélkül a költségvetési korlátokra, és ha igen, ez összhangban van-e az EK 152. cikk (5) bekezdésével, amely elismeri a tagállamoknak az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás szervezésére és nyújtására vonatkozó hatáskörét.

121. Y. Watts előadja, hogy nem ellentétes az EK 152. cikk (5) bekezdésével, illetve nem minősül a tagállamok szuverenitásába való beavatkozásnak ezen a területen annak rögzítése, hogy a költségvetési korlátok irrelevánsak az „indokolatlan késedelem” kérdésének meghatározásánál. Gazdasági megfontolások nem igazolhatják a szolgáltatásnyújtás szabadságának korlátozását. A francia kormány úgy véli, hogy amíg az engedélyek száma viszonylag korlátozott, és a pénzügyi terhek ésszerű korlátok között

maradnak, az EK 49. cikkből és az 1408/71 rendelet 22. cikkéből adódó kötelezettségek összhangban vannak az EK 152. cikk (5) bekezdésével. A belga kormány megjegyzi, hogy bár ezek a kötelezettségek olyan költségeknek teszik ki a tagállamokat, amelyek meghaladják a saját területükön szervezett és nyújtott egészségügyi ellátás várható költségeit, eddig nincs arra vonatkozó jelzés, hogy ezek a többletköltségek megzavarhatják a nemzeti rendszer pénzügyi egyensúlyát.

122. A finn kormány és az Egyesült Királyság Kormánya, valamint Írország ellentétes álláspontot képvisel: szerintük a más tagállamban igénybevett kórházi ellátás költségvetési korlátok figyelembevételével történő finanszírozása nincs összhangban a tagállamok EK 152. cikk (5) bekezdésében elismert, az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás szervezésére és nyújtására vonatkozó hatáskörével. Az ilyen kötelezettségnek mélyreható következményei lennének a tisztán állami finanszírozású nemzeti rendszerre nézve, amely az ellátásokat természetben nyújtja, és amelyet közvetlenül adóbevételekből finanszíroznak.

123. Először is szeretnék rámutatni arra, hogy az EK 152. cikk összefüggésében, egészében nézve, a cikk (5) bekezdésének szerepe az, hogy korlátot szabjon azon

különböző tevékenységeknek és politikáknak, amelyeket a Közösség e területen elfogadhat. Nem úgy kell érteni, hogy az egészségügyi ágazatban a tagállamok számára a Szerződés szerint fennálló kötelezettségek alóli általános kivételt jelent. Sőt, e bekezdést a Bíróság állandósult megközelítésével összhangban kell értelmezni, amely szerint elismerik a tagállamok teljes hatáskörét a társadalombiztosítási rendszereik megszervezésére vonatkozóan, de e jogkörüket a tagállamok a közösségi jog szerinti – különösen az EK-Szerződés által biztosított alapvető szabadságokhoz kapcsolódó – kötelezettségeik teljes körű betartásával kötelesek gyakorolni.

124. Másodszor: nem lehet elsiklani afelett, hogy bár a Bíróság nem fogadja el a pusztán gazdasági természetű megfontolásokat a szolgáltatásnyújtás szabadságát érintő korlátozások igazolására szolgáló indokként, az EK 49. cikk összefüggésében elismerte, hogy a társadalombiztosítási rendszer pénzügyi egyensúlya megbomlásának veszélye indokolhat ilyen korlátozásokat, amennyiben ez általános szinten hatással lehet a közegészség védelmére.<sup>54</sup> Ezen az alapon a Bíróság elismerte, hogy az előzetes engedélyezés ésszerű és a betegek nemzeti egészségbiztosítási rendszerből más tagállamok kórházaiba történő kiáramlásának ellenőrzéséhez szükséges intézkedés, amennyiben az engedély megadásának feltételei összhangban vannak a közösségi joggal.

125. A Bíróság így egyensúlyt teremtett a betegeknek a más tagállamban történő kórházi ellátás igénybevételére vonatkozó szabadsága, valamint a tagállamnak a személyek nemzeti egészségügyi és egészségbiztosítási rendszeren kívülre áramlásával kapcsolatos költségvetési aggodalmai között. Meghatározta azokat a korlátokat, amelyeken belül a tagállamok jogosultak ezen mozgásokat ellenőrizni, hogy fenntartsák a nemzeti rendszerek pénzügyi egyensúlyát. Amennyiben valamely tagállam sikeresen bizonyítja, hogy a biztosítottak számára más tagállamban nyújtott kórházi ellátások finanszírozására vonatkozó kötelezettség teljesítése olyan szintet ért el, hogy az közvetlenül fenyegeti a nemzeti rendszer életképességét, és így a saját területén károsítja az egészségügyi ellátás minőségét és folytonosságát, ez elfogadható keretek között igazolhatja a betegek kiáramlásának korlátozását célzó intézkedéseket. A rendszer pénzügyi stabilitásának fenntartását célzó általános politikától elszigetelt formában a költségvetési korlátok azonban önmagukban nem igazolhatják az egyéneknek a más tagállamban történő kórházi ellátás igénybevételéhez való jogának a korlátozását.

126. A kórházi szolgáltatások nyújtására vonatkozó szabadság követelménye és a tagállamok létfontosságú, a nemzeti egészségügyi rendszer stabilitását biztosító érdekének összhangba hozásával a Bíróság jelezte, hogy milyen korlátok között vehetőek figyelembe a költségvetési korlátok. Ezen értelmezés teljes egészében tiszteletben tartja a tagállamoknak az EK 152. cikk (5) bekezdése szerinti, az egészségügyi szolgáltatások

<sup>54</sup> – A Kohll-ügyben hozott ítélet 41. pontja, a Smits és Peerbooms ügyben hozott ítélet 72. pontja, valamint a Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott ítélet 72–73. pontja (hivatkozások a 2. lábjegyzetben).

és az orvosi ellátás szervezésére és nyújtására vonatkozó hatáskörét.

latának megfelelően – ez a szempont kizárólag az engedélyt kérő beteg patológias állapotának figyelembevételével alkalmazható.

127. Ami az 1408/71 rendelet 22. cikkének (2) bekezdését illeti, ennek célja azon feltételek lefektetése, amelyek fennállása esetén az orvosi ellátás más tagállamban történő igénybevételére irányuló engedély nem tagadható meg. Míg e rendelkezésnek nem célja azon körülmények korlátozása, amelyek mellett az engedély megadható, nem teszi lehetővé a tagállamok számára, hogy további szempontokat írjanak elő az engedély megtagadásához. A tekintetben, hogy költségvetési megfontolások kapcsolódhatnak-e ahhoz, hogy mi minősülhet „rendes” várakozási időnek a tagállamon belül, én arra a következtetésre jutottam, hogy – a Bíróság erre a kérdésre vonatkozó ítélkezési gyakor-

128. Következésképpen az EK 49. cikk nem teszi lehetővé a költségvetési megfontolások annak meghatározásakor történő önálló figyelembevételét, hogy a tagállam köteles-e finanszírozni a más tagállamban nyújtott kórházi ellátás költségeit, kivéve, ha bizonyított, hogy az e kötelezettségnek való megfelelés általánosabb mértékben veszélyeztetné a nemzeti egészségügyi rendszer pénzügyi egyensúlyát. Költségvetési megfontolások nem vehetőek figyelembe az engedélyt megtagadó határozatnak az 1408/71 rendelet 22. cikke alapján történő meghozatalakor. Ezen értelmezés teljesen összhangban van az EK 152. cikk (5) bekezdésével.

## VI – Véggkövetkeztetések

129. A fentiekre tekintettel azt indítványozom, hogy a Bíróság a következőképpen válaszoljon a Court of Appeal által előzetes döntéshozatalra előterjesztett kérdésekre:

- 1) Az EK 49. cikket főszabály szerint úgy kell értelmezni, hogy a nemzeti egészségügyi rendszert – mint amilyen a National Health Service az Egyesült

Királyságban – működtető tagállamban szokásos tartózkodási hellyel rendelkező személyek a nemzeti egészségügyi szolgáltatás költségén jogosultak a más tagállamban nyújtott kórházi ellátásra. A tagállamok ezt a jogosultságot előzetes engedélyhez köthetik, feltéve, hogy az engedélyezés objektív, nem hátrányosan megkülönböztető és átlátható szempontokon alapul egy olyan eljárási rendszerben, amely könnyen igénybe vehető és megfelelően gondoskodik arról, hogy az érdekeltek kérelmét ésszerű határidőn belül, objektíven és pártatlanul bírálják el, és amelyben az engedély esetleges megtagadását bírói úton meg lehet támadni. E szempontok és az eljárás hiánya nem fosztja meg a személyt a jogosultságától. Az EK 49. cikk alkalmazása szempontjából az alapeljárás körülményei között nincs jelentősége annak, hogy az NHS által nyújtott kórházi ellátás maga az EK 49. cikk értelmében vett szolgáltatásnyújtásnak minősül-e.

- 2) A várólisták kezeléséhez kapcsolódó megfontolások kizárólag akkor igazolhatják a más tagállamban történő kórházi ellátásra irányuló engedély megtagadását, ha a várólistákat oly módon kezelik, hogy megfelelően figyelembe veszik a betegek orvosi szükségleteit, és sürgősség esetén nem akadályozzák meg a másik tagállamban nyújtott ellátást. Amennyiben a más tagállamban történő kórházi ellátásra irányuló engedély megadásának feltételeit úgy alakították ki, hogy biztosítsák a nemzeti egészségügyi rendszer pénzügyi stabilitását, a pusztán költségvetési vagy gazdasági jellegű megfontolások nem igazolják az engedély megadásának megtagadását.
  
- 3) Annak meghatározásakor, hogy az ellátás elérhető-e megfelelő időben az EK 49. cikk értelmében, megengedhető a várakozási időknak és az illetékes NHS-szerv által az ellátásra vonatkozóan megállapított klinikai prioritásoknak a figyelembevétele, azzal a feltétellel, hogy ezek a beteg vizsgálat idején fennálló

orvosi állapotához kapcsolódó orvosi javaslaton, továbbá a kórelőzményen és a beteg által ellátni kért betegség várható lefolyásán alapulnak.

- 4) Az 1408/71 rendelet 22. cikke (1) bekezdésének c) pontja és különösen „az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges időn belül” megfogalmazás megfelelő értelmezésének szempontjai azonosak az EK 49. cikk szerinti „indokolatlan késedelem” meghatározása során alkalmazandó szempontokkal.
- 5) Amennyiben a tagállam a közösségi jog alapján köteles a más tagállamban nyújtott kórházi ellátás finanszírozni az első tagállamban szokásos tartózkodási hellyel rendelkező olyan személy számára, aki az 1408/71 rendelet 22. cikkének keretein kívül vett igénybe ellátást, az ellátás költségeit a lakóhely szerinti tagállam jogszabályai alapján kell kiszámítani. A megtérítés összegének kiszámítására vonatkozó díjtáblázat hiánya esetén a megtérítést az igénybevett ellátás tényleges költsége szerint kell kiszámítani. A más tagállamban történő kórházi ellátáshoz kapcsolódó utazás és szállás költsége kizárólag akkor térítendő meg, ha ezt a nemzeti jog a nemzeti területen biztosítja.
- 6) Az EK 49. cikk nem teszi lehetővé a költségvetési megfontolások annak meghatározásakor történő önálló figyelembevételét, hogy a tagállam köteles-e finanszírozni a más tagállamban nyújtott kórházi ellátás költségeit, kivéve, ha bizonyított, hogy ezen kötelezettségnek való megfelelés általánosabb mértékben veszélyeztetné a nemzeti egészségügyi rendszer pénzügyi egyensúlyát. Költségvetési megfontolások nem vehetőek figyelembe az engedélyt megtagadó határozatnak az 1408/71 rendelet 22. cikke (2) bekezdése alapján történő meghozatalakor.