

KOHTUJURISTI ETTEPANEK

L. A. GEELHOED

esitatud 15. detsembril 2005¹**I. Sissejuhatus**

1. Nagu Euroopa Kohtu otsused muu hulgas Kohlli, Smitsi ja Peerboonsi ning Müller-Fauré kohtuasjades,² käsitleb ka käesolev kohtuasi patsientide ühenduse piires liikumise problemaatikat. Kui seni on Euroopa Kohus kujundanud mitmesuguseid põhimõtteid seoses tingimustega, mil patsientidel on EÜ artikli 49 alusel õigus saada ravi teistes liikmesriikides ning saada selle ravi kulud tagasi oma liikmesriigi ravikindlustussüsteemilt, mille liikmed nad on, siis käesolevas asjas palutakse Euroopa Kohtul selgitada, kuivõrd need põhimõtted kehtivad Ühendkuningriigi National Health Service'ile (edaspidi „NHS”), mis erinevalt Euroopa Kohtu senises praktikas käsitletud süsteemidest on nii oma korralduse kui ka rahastamise poolest täielikult riiklik. Peale küsimuse, kuivõrd on EÜ artikkel 49 kohaldatav NHS-i kui sellise suhtes, puudutab eelotsusetaotlus ka ravijärjekordi kui meetodit, mille abil

tasakaalustatakse haiglaraviteenuste nõudlust ja pakkumist, ning sellise võimaliku hinnangu mõju riigieelarvele, mille kohaselt peab NHS-i sugune süsteem teises liikmesriigis saadud haiglaraviteenuste eest kantud kulud tagasi maksma. Eelotsusetaotlus on seega seotud ka määruse nr 1408/71 artikli 22 õige tõlgendamisega.

II. Õiguslik raamistik*A. Ühenduse õigusnormid*

2. EÜ artikli 49 esimene lõik sätestab:

1 — Algkeel: inglise.

2 — 28. aprilli 1998. aasta otsus kohtuasjas C-158/96: Kohll (EKL 1998, lk I-1931), 12. juuli 2001. aasta otsus kohtuasjas C-157/99: Smits ja Peerboons (EKL 2001, lk I-5473) ja 13. mai 2003. aasta otsus kohtuasjas C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet (EKL 2003, lk I-4509).

„Järgnevate sätete kohaselt keelatakse ühenduse piires teenuste osutamise vabaduse

piirangud liikmesriikide kodanike suhtes, kes asuvad mõnes teises ühenduse riigis kui see isik, kellele teenuseid pakutakse.”

c) kellele pädev asutus on andnud loa minna teise liikmesriigi territooriumile, et saada seal vajalikku ravi,

on õigus saada:

3. EÜ artikli 152 lõike 5 esimene lause sätestab:

„Ühenduse tervishoiumeetmed võtavad täiel määral arvesse liikmesriikide vastutust tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel ning kättesaadavaks muutmisel.”

i) mitterahalisi hüvitisi, mida pädeva asutuse nimel annab viibimis- või elukohajärgne asutus vastavalt tema poolt kohaldatavatele õigusaktidele, nii nagu oleks see asutus kõnealuse isiku kindlustanud; hüvitiste andmise kestus on siiski reguleeritud pädeva riigi õigusaktidega;

[...]

4. Määruse nr 1408/71 artikkel 22 sätestab:

„1. Töötajal või füüsilisest isikust ettevõtjal, kes vastab pädeva riigi õigusaktide tingimustele õiguse kohta saada hüvitist, arvestades vajadusel artikli 18 sätteid, ning

2. [...] Lõike 1 punkti c alusel nõutava loa andmisest ei või keelduda, kui kõnealune ravi kuulub hüvitiste hulka, mis on ette nähtud selle liikmesriigi õigusaktidega, kelle territooriumil asjaomane isik elab ja kus tal puudub võimalus saada sellist ravi aja jooksul, mis harilikult kulub kõnealuse ravi saamiseks elukohajärgses liikmesriigis, võttes arvesse tema tervislikku hetkeseisundit ja haiguse eeldatavat kulgu.

[...]

3. [...]”.

B. Siseriiklikud õigusnormid

6. 1977. aasta NHS Act'i artikkel 3 sätestab:

5. Riiklikku tervishoiuteenistust käsitleva 1977. aasta seaduse (National Health Service Act 1977; edaspidi „NHS Act”) artikkel 1 sätestab:

„1) Ministri ülesanne on kogu Inglismaal ja Walesis tagada sellises ulatuses, nagu ta peab kõigi mõistlike nõuete rahuldamiseks vajalikuks,

„1) Ministri ülesanne on jätkuvalt edendada Inglismaal ja Walesis igakülgset tervishoiuteenistust, mis on kavandatud parandama

a) haiglakohad;

a) nimetatud maade elanike kehalist ja vaimset tervist ning

b) muud majutuskohad käesolevas seaduses ette nähtud teenuste osutamiseks;

b) haiguste ennetamist, diagnoosimist ja ravi, ning tagada sel eesmärgil efektiivne teenuste osutamine vastavalt käesolevale seadusele.

c) ravi-, hambaravi-, põetus- ja kiirabiteenused;

2) Selliselt osutatud teenused on tasuta, välja arvatud juhul, kui tasu võtmine või kulude katmine on otseselt ette nähtud õigusaktiga või selle alusel, olenemata selle vastuvõtmise kuupäevast.”

d) muu infrastruktuur rasedate ja rinnaga toitvate naiste ning väikelaste hoolduseks, mida ta peab tervishoiuteenistuse osana asjakohaseks;

e) infrastruktuur haiguste ennetamiseks, haigete raviks ja järelraviks, mida ta peab tervishoiuteenistuse osana asjakohaseks;

kindlustusmakseid ei nõuta ning patsiendid ravi finantseerimises ei osale. PCT-dele eraldatakse haiglaravi kulude katmiseks kindel summa.

f) muud haiguste diagnoosimiseks ja raviks vajalikud teenused.”

C. NHS-i põhilised tunnusjooned

7. NHS-i põhilised tunnusjooned on siseriikliku kohtu esitatud eelotsusetaotluse põhjal kokkuvõtlikult järgmised:

— NHS-i asutused võimaldavad mittetulunduslikul alusel kõigile Ühendkuningriigis elavatele inimestele tasuta haiglaravi selle osutamise kohas.

— PCT-d on avalik-õiguslikud asutused, mille ülesanne on planeerida ja tagada kindlaksmääratud geograafilistes piirkondades tervishoiuteenused, sealhulgas kõik üldmeditsiiniteenused.³ Iga piirkonna jaoks on oma PCT.

— Ravi finantseerib riik peaaegu täielikult maksutulust, mida valitsus jaotab esimese etapi arstiabi fondide (Primary Care Trusts; edaspidi „PCT”) vahel vastavalt nende piirkonna elanike vajadustele; töandjatelt ja töötajatelt ravi-

— „NHS trustid” on juriidilised isikud, mis on loodud riiklikku tervishoiuteenistust ja koduravi käsitleva 1990. aasta seaduse (National Health Service and Community Care Act 1990) alusel ning mis juhivad ja haldavad haiglate ja teiste asutuste või rajatiste tegevust. Pärast muutmist sätestab nüüd nimetatud sea-

3 — NHS Act'i artikkel 16A (lisatud 1999. aasta tervishoiuseaduse (Health Act 1999) artikliga 2 ja muudetud 2002. aasta seadusega tervishoiuteenistuse reformi ja tervishoiu kutsealade kohta (National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002)).

duse artikli 5 lõige 1, et NHS trustide eesmärk on pakkuda tervishoiuteenistusega seotud kaupu ja teenuseid. Üldiselt finantseerivad NHS truste PCT-d.

ravi andmise otsuste peale võib riigi avalikus õiguses välja kujunenud põhimõtete kohaselt kaevata ja neid võib tühistada, kuid enamasti jäetakse sellised kaebused rahuldamata.

- Kuna NHS trustid ise osutavad NHS-i patsientidele (haigla)ravi alati tasuta või lasevad seda mõnikord harva kokkuleppe alusel teha teistel teenuseosutajatel, siis ravikulude patsientidele hüvitamise küsimust ei teki ning seda ei ole ka ette nähtud. NHS-i patsientidel ei ole eraõiguslikku õigust nõuda NHS-ilt oma ravi finantseerimist ega avalik-õiguslikku õigust konkreetsele ravile kindlaksmääratud ajahetkel. Seega ei saa NHS-i patsiendid Inglismaal ja Walesis taotleda haiglaravi erasektoris NHS-i kulul.
- NHS-i eelarve ei ole nii suur, et ravi saaks anda kõigile soovijatele kiiresti, olenemata juhtumi kiireloomulisusest. Seepärast kasutab NHS oma piiratud ressursside eraldamisel raviliikide prioriteete ning arvestab üksikjuhte. Seetõttu on kasutusel ravijärjekorrad vähem kiireloomulise ravi jaoks.
- Haiglaravile pääsemine sõltub reeglina üldarsti otsusest. Puuduvad riiklikud nimekirjad osutatavate meditsiiniteenuste kohta.
- NHS-is määratakse haiglaravi laad, koht, aeg ja kestus kindlaks vastavalt kliinilistele prioriteetidele ja NHS-i pädeva asutuse ressurssidele, mitte patsiendi valikul. NHS-i asutuste tehtud
- NHS-i asutustel on õigus ise otsustada kliiniliste prioriteetide ja nende järjekorrad üle, järgides riiklikke suuniseid. Ravijärjekordade haldamise eesmärk on ühelt poolt tagada haiglaravi vastavalt NHS-i asutuste asjakohaste prioriteetidele ja otsuste olemasolevate ressursside kasutamise kohta ning teiselt poolt tagada teenuste õiglane jaotus patsientide vahel, kes vajavad haiglaravi erinevate terviseprobleemide tõttu ja erineval kiireloomulisuse astmel.

- Ühendkuningriigis elaval NHS-i patsiendil on võimalus saada haiglaravi teises liikmesriigis määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 1 punkti c kohaselt (vormi E 112 süsteem); sellisel juhul toimub haiglaraviga seotud kulude hüvitamine kõnesoleva määruse kohaselt mitte patsiendile, vaid otse selle liikmesriigi asutusele, kus ravi osutati, vastavalt selles liikmesriigis kehtivatele hüvitamise määradele. Määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 1 punkti c kohta ei ole Ühendkuningriigis võetud ühtegi rakendusmeedet.

gis, peab selle ravi eest tasu nõudma, välja arvatud juhul, kui patsient kuulub määruks ettenähtud erandi alla.⁴

III. Asjaolud ja menetlus põhikohtuasjas

8. 2002. aasta septembris diagnoosis Y. Watts üldarst oma patsiendil mõlemas puusas osteoartriidi. 1. oktoobril konsulteeris Y. Watts ortopeediakirurgiga, kes leidis, et Y. Wattsile tuleb mõlemasse puusa paigaldada täisprotees.

- Patsiendid, kes ei ela Ühendkuningriigis, võivad samuti saada NHS-i raames ravi, kuid tasu eest. Patsientidelt, kes ei ela Ühendkuningriigis, võetavaid tasusid käsitlev 1989. aasta määrus (NHS (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1989, muudetud) sätestab neile patsientidele NHS-i võimaldatud ravi eest tasu võtmise ja sellega seotud kulude katmise tingimused. Tasu nõuab sisse ja peab kinni ravi andev NHS-i asutus. NHS trust, mis annab ravi patsiendile, kes ei ela Ühendkuningrii-

9. Vahepeal oli Y. Watts tütar palunud Bedfordi PCT-l toetada tema ema taotlust mõlema puusa opereerimiseks välismaal vastavalt määruse nr 1408/71 artiklile 22 vormi E 112 alusel. Y. Watts eriart kirjutab PCT-le, et Y. Watts liikuvus on oluliselt vähenenud ja et ta kannatab pidevate valude all. Y. Watts küsimuse kohta, kas lasta end opereerida NHS-i kulul välismaal, kirjutab ta, et Y. Watts tuleks kohelda samamoodi kui

4 — Määrus näeb ette erandi teatavatel juhtudel, näiteks kui tegemist on raviga haiglate trauma- ja kiirabiosakondades, ning võtmaks arvesse teise liikmesriigi sotsiaalkindlustussüsteemi alusel kindlustatud isikute õigusi.

teisi raske artriidiga patsiente tema ravijärjekorras. Kuna aga Y. Watts juhtum loeti „tavaliseks”, tähendas see tema puhul ligi aastapikkust operatsioonijärjekorda kohalikus haiglas.

10. Oma 21. novembri 2002. aasta kirjas lükkas PCT Y. Watts taotluse vormi E 112 saamiseks tagasi põhjendusega, et tema eriarst oli tema juhtumi liigitanud „tavaliseks” ning talle saab ravi anda NHS-i plaaniliste tähtaegade jooksul, mistõttu ei ole tema puhul täidetud määruse nr 1408/71 artiklis 22 sätestatud tingimus, et tal ei ole võimalik saada ravi „aja jooksul, mis harilikult kulub kõnealuse ravi saamiseks elukohajärgses liikmesriigis”. PCT järelendas, et „põhjendamatu viivituse” küsimust ei teki, kuna ravi on võimalik anda kohalikus haiglas valitsuse sotsiaalkindlustuskava eesmärkidega ette nähtud 12-kuulise tähtaja jooksul. 12. detsembril 2002 algatas Y. Watts menetluse, et saada luba selle otsuse peale tühistamiskaubuse esitamiseks.

11. Jaanuaris 2003 sõitis Y. Watts Prantsusmaale, et lasta end läbi vaadata seelsel eriarstil. See jõudis järelausele, et Y. Watts seisund on halvenenud ning tema puusaproteesid tuleb paigaldada hiljemalt 2003. aasta märtsi keskpaigaks.

12. 22. jaanuari 2003. aasta eelistungil, kus arutati Y. Watts tühistamiskaubust, soovitas Secretary of State (tervishoiuminister) Y. Wattsile kordusläbivaatust, et PCT saaks oma otsuse ümber vaadata. 31. jaanuaril lasi Y. Watts end läbi vaadata samal eriarstil, kes oli teda ka varem läbi vaadanud. See arst teatas, et Y. Watts seisund on muutunud keskmisest halvemaks ning Y. Watts tuleb arvata nende haigete kategooriasse, keda tuleb opereerida „peatselt”. See tähendas, et teda opereeritaks kolme kuni nelja kuu jooksul, seega 2003. aasta aprillis või mais. Pärast seda kinnitas PCT oma 4. veebruari 2003. aasta kirjas, et selle teabe põhjal jääb ta oma otsuse juurde mitte toetada Y. Watts taotlust ravile välismaal vormi E 112 alusel, kuna Y. Wattsil tuleb nüüd oma puusaproteesi Bedfordis oodata kõigest kolm kuni neli kuud.

13. Aprilli või maini ootamata lasi Y. Watts oma puusadesse proteesid paigaldada 7. märtsil 2003 Prantsusmaal Abbeville's.

14. Inglismaale naastes jätkas ta menetlust, et saavutada PCT selle otsuse tühistamine, millega see keeldus andmast luba raviks välismaal, ning taotles ka oma ravikulude hüvitamist 3900 Inglise naela suuruses summas, sealhulgas tema haiglas viibimise kulud.

15. High Court jättis Y. Watts'i taotluse oma 1. oktoobri 2003. aasta otsusega⁵ rahuldamata. Kuigi High Court tunnistas, et PCT keeldumisotsused olid õiguslikult ebarakordsed, kuna nendes ei olnud arvestatud asjaoluga, et Y. Watts'ile osutatud teenused jäid EÜ artikli 49 kohaldamisalasse, ning vaatamata asjaolule, et ravikulude hüvitamise küsimus tekkis seoses NHS-iga, jättis ta Y. Watts'i taotluse tegelike asjaolude põhjal rahuldamata. Kohus leidis, et „iga siseriiklik ametiasutus, kes lähtub õigesti põhimõtetest, mida [Euroopa Kohus] on sõnastanud eelkõige [12. juuli 2001. aasta otsuses kohtuasjas C-157/99: Smits ja Peerbooms (EKL 2001, lk I-5473)] ning Müller-Fauré otsuses, pidanuks 2002. aasta oktoobris-novembris leidma, et eeldatav aastane ravijärjekord on „põhjendamatu” ning seetõttu tekib kaebajal [EÜ] artikli 49 alusel õigus teises liikmesriigis saadud õigeaegsema ravikulude hüvitamisele.” Sellegipoolest otsustas kohus, et 2003. aasta jaanuari lõpus toimunud uue läbivaatuse järel ei pidanud Y. Watts enam taluma põhjendamatu viivitust. Kohus leidis, et toonane neljakuuline ooteaeg ei andnud Y. Watts'ile õigust saada ravi välismaal ega nõuda ravikulude hüvitamist NHS-ilt.

tisnõude rahuldamata jätmine ning kohtu järeldus, et riiklikud ooteajad on EÜ artikli 49 ning määruse nr 1408/71 artikli 22 kohaldamisel asjakohane tegur. Secretary of State for Health seadis oma apellatsioonkaebuses kahtluse alla EÜ artikli 49 asjakohasuse Y. Watts'i juhtumis. Ta leiab, et NHS-i patsientidel ei ole õigust kasutada teenuseid selle sätte tähenduses ning et seega reguleerib Y. Watts'i juhtumit üksnes määruse nr 1408/71 artikkel 22. Arvestades probleeme, mis tekivad NHS-i juhtumi suhtes EÜ artikli 49 põhimõtete kohaldamisel, nagu Euroopa Kohus on neid tõlgendanud Smitsi ja Peerbooms'i ning Müller-Fauré kohtuasjades,⁶ otsustas Court of Appeal esitada Euroopa Kohtule selle kohta rea küsimusi.

IV. Eelotsuse küsimused ning menetlus Euroopa Kohtus

17. Court of Appeal'i tõlgendusprobleemid on esitatud järgmiste eelotsuse küsimustena:

1. küsimus

16. Secretary of State for Health ja Y. Watts esitasid High Court'i otsuse peale apellatsioonkaebuse Court of Appeal'ile. Y. Watts'i apellatsioonkaebuse aluseks oli tema hüvi-

Kas NHS-i olemust ja tema staatust siseriiklikus õiguses arvesse võttes tuleb EÜ artik-

5 — High Court lükkas otsuse tegemise edasi, et oodata ära Euroopa Kohtu otsus eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuasjas C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet.

6 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud.

lit 49 — pidades silmas Geraets-Smitsi, Müller-Fauré ja Inizani otsuseid — tõlgendada nii, et Ühendkuningriigis elavatel isikutel on ühenduse õiguse alusel põhimõtteliselt õigus saada teistes liikmesriikides haiglaravi NHS-i kulul? 2. küsimus

Kas esimesele küsimusele vastamisel on tähtsust sellel, kas NHS-i võimaldatav haiglaravi on teenuste osutamine EÜ artikli 49 mõttes?

Eelkõige EÜ artikli 49 õige tõlgendamise kohta:

Jaatava vastuse korral ning lähtudes eespool faktiliste asjaolude kirjelduses esitatud olukorrast, kas EÜ artikleid 48, 49 ja 50 tuleb põhimõtteliselt tõlgendada nii, et:

a) Kas riigi rahastatava tervishoiuteenistuse — nagu NHS — ja kindlustusfondide — nagu Madalmaade ZFW-skeem — vahel on mingi erinevus, eelkõige arvestades asjaolu, et NHS-il puudub fond, millest tuleb teha väljamakseid?

1) haiglaravi osutamine NHS-i asutuste poolt on teenuste osutamine EÜ artikli 49 mõttes;

b) Kas NHS on kohustatud lubama ravi teises liikmesriigis ja selle eest maksuma, kuigi ta ei ole kohustatud lubama sellise ravi saamist Ühendkuningriigi erasektori teenuseosutaja juures ega selle eest maksuma?

2) NHS-i raames haiglaravi saav patsient kasutab oma õigust saada teenuseid EÜ artikli 49 mõttes ning

c) Kas on mingit tähtsust asjaolul, et patsient saab ravi pädevast NHS-i asutusest sõltumatult ning ilma eelneva loa või teatamiseta?

3) haiglaravi osutavad NHS-i asutused on teenuste osutajad EÜ artiklite 48 ja 50 mõttes?

3. küsimus

- d) asjaolule, et selline luba võib kohustada Ühendkuningriiki täiendavalt finantseerima NHS-i eelarvet või piirama NHS-i raames kättesaadava arstiabi ulatust;

Kui EÜ artikkel 49 on NHS-i suhtes kohaldatav, kas NHS või minister võib siis teises liikmesriigis haiglaravi saamiseks eelneva loa andmisest keeldumise objektiivse õigustasena tugineda

- e) ravikulude suhtelisele suurusele ja lisakuludele teises liikmesriigis?

4. küsimus

- a) asjaolule, et selline luba kahjustaks oluliselt ravijärjekordade kaudu NHS meditsiiniliste prioriteetide korraldamise süsteemi;

Millises ulatuses on ravi „õigeaegset” kättesaadavust EÜ artikli 49 seisukohalt hinnates vajalik või lubatav võtta arvesse eelkõige järgmisi kriteeriume:

- b) asjaolule, et selline luba võimaldaks patsientidel, kes ei vaja nii kiiret meditsiinilist sekkumist, muutuda prioriteetsemaks patsientidest, kes vajavad kiiremat meditsiinilist sekkumist;

- a) ooteajad;

- b) ravi kliiniline prioriteetsus asjaomase NHS-i asutuse hinnangul;

- c) asjaolule, et sellise loa toime suunataks ressursid ümber vähem kiireloomulise ravi eest maksmiseks patsientidele, kes on valmis reisima välismaale, kahjustades sellega neid, kes ei soovi või ei saa välismaale reisida, või suureneksid NHS-i kulud;

- c) haiglaravi korraldamine kooskõlas prioriteetidega, mille eesmärk on piiratud vahenditega parima võimaliku tulemuse saavutamine;

- d) asjaolu, et NHS-i raames on ravi selle osutamise kohas tasuta; 6. küsimus

- e) patsiendi haigusseisund, haiguslugu ja selle haiguse võimalik kulg, mille ravi-mist patsient taotleb?

Kas olukorras, kus liikmesriik on ühenduse õiguse alusel kohustatud rahastama haiglaravi, mida tema elanikele on osutatud teistes liikmesriikides, arvutatakse ravi maksumus määruse nr 1408/71 artikli 22 alusel viitega selle liikmesriigi õigusaktidele, kus ravi osutatakse, või EÜ artikli 49 alusel viitega elukohajärgse liikmesriigi õigusaktidele?

5. küsimus

Kummalgi juhul:

Määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 1 punkti c ning eelkõige väljendi „aja jooksul, mis harilikult kulub kõnealuse ravi saamiseks” õige tõlgendamise kohta:

- a) kas kohaldatavad kriteeriumid on samasugused kui need, mida rakendatakse õigeaegsuse küsimuste lahendamisel EÜ artikli 49 seisukohalt?
- a) Milline on haiglaravi kulude tasumise või hüvitamise kohustuse täpne ulatus, eriti kui nagu Ühendkuningriigi puhul on haiglaravi selle osutamise kohas patsientidele tasuta ning puuduvad patsientidele ravikulude hüvitamise riiklikult sätestatud määrad?
- b) kui ei, siis kuivõrd on vajalik või lubatav arvestada neljandas küsimuses loetletud asjaoludega?
- b) Kas kohustus on piiratud esimeses liikmesriigis samasuguse või võrdväärse ravi osutamise tegelike kuludega?

- c) Kas see hõlmab reisi- ja majutuskulude hüvitamise kohustust? **V. Hinnang**

A. Üldmärkused

7. küsimus

Kas EÜ artiklit 49 ja määruse nr 1408/71 artiklit 22 tuleb tõlgendada nii, et liikmesriikidel lasub kohustus rahastada teises liikmesriigis saadud haiglaravi, arvestamata eelarve piiranguid, ning kui jah, kas need nõuded on siis kooskõlas liikmesriikide vastutusega tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamise ning kättesaadavaks muutmise eest, mida on tunnustatud EÜ artikli 152 lõikes 5?

18. Kooskõlas Euroopa Kohtu põhikirja artikliga 23 esitasid kirjalikud märkused Y. Watts, Belgia, Hispaania, Malta, Prantsusmaa, Rootsi, Soome ja Ühendkuningriigi valitsus ning Iirimaa ja Euroopa Komisjon. 4. oktoobril 2005 toimunud istungil tegid Y. Watts, Hispaania, Prantsusmaa, Poola,⁷ Soome, Rootsi ja Ühendkuningriigi valitsus ning Iirimaa ja Euroopa Komisjon täiendavaid märkusi.

⁷ — Poola valitsus kirjalikke märkusi ei esitanud.

19. Kui vaadelda käesolevat asja üldisemas kontekstis, ilmneb rida põhimõttelisi pingeid, mis tekivad eraldiseisvate riiklike tervishoiu- ja ravikindlustussüsteemide olemasolust ning sellest, kuidas need 25 liikmesriigist koosneva ühisturu raames toimivad. Need pinged on tingitud mitmesugustest teguritest, millega tuleks Court of Appeal'i esitatud eelotsuse küsimustele vastates arvestada.

20. Esimene aspekt on seotud riiklikult korraldatud ja rahastatud tervishoiusüsteemide piiratud võimalustega, kuivõrd inim-, finants- ja infrastruktuuriressursid on põhimõtteliselt lõplikud. Sellistes süsteemides ületab nõudlus tervishoiuteenuste järele alati pakkumise ning erinevalt eraõiguslikest tervishoiusüsteemidest ei ole neis ka hinnamehhanismi korrigeerivat mõju. Tehnika arengu ja innovatsiooniga kasvab pigem nõudlus kui võime olemasolevat nõudlust rahuldada. Investeeringuid tervishoiusektoris tehakse selleks, et rahuldada nõudlust tervishoiuteenuste järele keskpikas kuni pikas perspektiivis, ning nõudluse lühiajaliste

muutustega neid kohandada võimalik ei ole. Selles olukorras ei saa mis tahes laadi ravi vajavad inimesed ravi oma riigi süsteemis alati vastuvõetava aja jooksul. Paratamatult on tulemuseks ravijärjekorrad, mida siis tervishoiujuhid saavad kasutada vahendina nõudluse ja pakkumise tasakaalustamiseks.

21. Teine kaasnev tegur on see, et ühenduses on kasutusel erinevad tervishoiu- ja ravikindlustussüsteemid. Üldliigituse kohaselt, mille lõi juba kohtujurist D. Ruiz Jarabo Colomer oma ettepanekus Smitsi ja Peerbooms kohtuasjas,⁸ kuuluvad nende hulka täielikult riiklikud süsteemid (nagu näiteks Ühendkuningriigi NHS), hübriidsüsteemid (nagu näiteks Madalmaade Ziekenfondswet'i süsteem; edaspidi: „ZFW”) ning erasüsteemid. Esimest liiki süsteeme rahastatakse täielikult riigi vahenditest ning ravi antakse tasuta. Teist liiki süsteeme võidakse rahastada kas riiklikest või eravahenditest või mõlema kombinatsioonina, kusjuures ravi antakse mitterahalise teenuse või kuulub see hüvitamisele. Kolmandat liiki süsteemides maksab ravi eest patsient ise ning kulud hüvitab tema ravikindlustaja. Sõltuvalt sellest, kuidas on sellised süsteemid

korraldatud, juhitakse neid kas rangelt ja nad on suhteliselt kinnised või neid juhitakse paindlikult ning nad on suhteliselt avatud.

22. Kolmas pingeallikas on siseturg ise ning eriti vabadus osutada ja saada teenuseid kogu ühenduses. Kahtlemata kasutab Euroopa Kohtu praktika toel selles valdkonnas üha enam patsiente tervishoiuteenuseid teistes liikmesriikides; põhjused selleks on erinevad, nagu näiteks see, et teises liikmesriigis on võimalik ravi saada kiiremini kui oma liikmesriigis (nagu Y. Watts'i puhul), teises liikmesriigis on võimalik saada ravi, mida oma liikmesriigis (veel) ei anta (nagu A. Kelleri puhul) või antakse üksnes eksperimentaalselt (nagu H. T. M. Peerbooms'i puhul), või see, et patsient usaldab teise liikmesriigi tervishoiuteenuste osutajat rohkem.⁹ Patsiente ajendab rohkem liikuma ka info parem kättesaadavus (Internet) ravivõimaluste kohta teistes riikides ning tervishoiuteenuste vahendajate tegevus.

23. Sellises olukorras on tekkimas riigiülene tervishoiuteenuste turg, mis tekitab probleeme, kusjuures mitte nii väga seoses

⁸ — Kohtujuristi ettepanek eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuasjas C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 46.

⁹ — Vt 12. aprilli 2005. aasta otsus kohtuasjas C-145/03: Keller (EKL 2005, lk I-2529) ning eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-157/99: Smits ja Peerbooms.

õigusega lahkuda elukohajärgsest liikmesriigist või õigusega ravi saamise eesmärgil teise liikmesriiki siseneda, kui seoses sellise ravi rahastamisega. Selle aspektiga tekivad ilmsed probleemid, kui tervishoiuteenuste rahastamise küsimust püütakse lahendada rangelt riikliku tervishoiu- ja ravikindlustussüsteemi piires valitseva nõudluse ja pakkumise tasakaalustamiseks.

praktikas juurdunud ning kujutavad endast tähtsat lähtepunkti Court of Appeal'i esitatud küsimustele vastuste leidmisel, tuleb siiski kaaluda, kas arvestades eriasjaolusid, millega seoses need küsimused on tekkinud, oleks neid põhimõtteid vaja veelgi täpsustada.

25. Kõigepealt tuleb aga määratleda nendele küsimustele vastamise õiguslik raamistik.

24. Euroopa Kohus on kohtuasjades seoses inimestega, kes on püüdnud saada ravi väljaspool oma riigi ravikindlustussüsteemi, mille liikmed nad on, teinud viimase kümne aasta jooksul rea otsuseid, milles ta on määratlenud mitu aluspõhimõtet tervishoiuteenuste piiriülese osutamise rahastamisega kaasnevate probleemide lahendamiseks. Algust tegi Euroopa Kohus sellega oma otsustes Deckeri ja Kohlhi kohtuasjades, arendas neid põhimõtteid edasi eelkõige Smitsi ja Peerboonsi otsuses ning täpsustas neid hiljem Müller-Fauré otsuses.¹⁰ Teised tähtsad küsimused EÜ artikli 49 ning määruse nr 1408/71 artikli 22 seose kohta lahendas Euroopa Kohus oma otsustes Vanbraekeli ja Inizani kohtuasjades.¹¹ Kuigi Euroopa Kohtu poolt nende otsustega välja arendatud põhimõtted on nüüdseks kohtu-

B. Kohaldatav õigus

26. Court of Appeal'i esitatud küsimused puudutavad peamiselt EÜ artikli 49 asjakohasust Y. Watts'i juhtumis ning eelkõige seda, kas nimetatud säte annab Y. Wattsile õiguse nõuda Prantsusmaal saadud haiglaravi kulude hüvitamist, kuigi NHS ja teised Ühendkuningriigi pädevad asutused ei olnud talle selleks luba andnud.

27. Kuid nagu osutas ka komisjon, palus Y. Watts alguses luba minna ravi saamiseks välismaale määruse nr 1408/71 artikli 22 alusel, taotledes vormi E 112. PCT kui pädev asutus keeldus kahel korral tema taotlust toetamast põhjendusega, et kuna tema tervises seisund liigitati kahte järjestikusesse kiire-

10 — 28. aprilli 1998. aasta otsus kohtuasjas C-120/95: Decker (EKL 1998, lk I-1831) ning eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsused.

11 — 12. juuli 2001. aasta otsus kohtuasjas C-368/98: Vanbraekel jt (EKL 2001, lk I-5363) ning 23. oktoobri 2003. aasta otsus kohtuasjas C-56/01: Inizan (EKL 2003, lk I-12403).

loomulisuse klassi (alguses „tavaliseks” ja seejärel „peatselt” ravi vajavaks), oli tal võimalik saada haiglaravi NHS-i plaaniliste tähtaegade raames 12 kuu jooksul. Seega ei olevat kõnealuse määruse artikli 22 tingimused täidetud.

28. Kuna käesolevas asjas on olulised nii EÜ artikkel 49 kui ka määruse nr 1408/71 artikkel 22, tuleb kindlaks määrata nimetatud sätete omavaheline seos ning see, kuidas neid käesolevas asjas kohaldada.

29. Määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 1 punkt c sätestab, et isikul, kellele on antud luba minna teise liikmesriiki, et saada seal ravi, mille kulud pädev liikmesriik (edaspidi „kindlustav liikmesriik”) katab, on õigus saada ravi vastavalt seda andva liikmesriigi õigusaktidele nii, nagu ta oleks kindlustatud selles liikmesriigis.¹² Sellise ravi kulud katab kindlustav liikmesriik, kes hüvitab need vastavalt määruse artiklile 36 otse ravi andnud liikmesriigi asutusele.

30. Määruse artikli 22 lõike 2 teise lõigu kohaselt ei tohi selle loa andmisest keelduda juhul, kui on täidetud kaks tingimust: 1) kõnealune ravi kuulub pädevas liikmesriigis hüvitatavate raviteenuste hulka ning 2) isikul puudub võimalus „saada sellist ravi aja jooksul, mis harilikult kulub kõnealuse ravi saamiseks elukohajärgses liikmesriigis, võttes arvesse tema tervislikku hetkeseisundit ja haiguse eeldatavat kulgu.”

31. Määruse nr 1408/71 koordineerimiseesmärgi tõttu on Euroopa Kohus tõlgendanud selle artikli 22 kohaldamisala kitsalt. Seepärast otsustas Euroopa Kohus Vanbraekeli kohtuasjas, et määruse artikli 22 lõike 2 „ainus eesmärk” on määrata kindlaks asjaolud, mille puhul pädev riigiasutus ei saa keelduda artikli 22 lõike 1 punkti c alusel taotletud loa andmisest, ning et selle sätte mõte ei ole piirata asjaolusid, mille puhul sellist luba võib anda.¹³

32. Peale selle leidis Euroopa Kohus, et artikli 22 mõte ei seisne reguleerimises ning seepärast ei keela see sätte liikmesriikidel

¹² — Eespool 11. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-368/98: Vanbraekel jt, punkt 32.

¹³ — Eespool 11. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-368/98: Vanbraekel jt, punkt 31.

hüvitamast pädeva riigi hüvitisemääradega teises liikmesriigis antud ravi kulusid.¹⁴

keeldutud. Euroopa Kohus on leidnud, et sellisel juhul on isikul, kes asjakohase loa puudumisele vaatamata on läinud ravi saamiseks teise liikmesriiki, õigus nõuda otse pädevalt asutusest oma ravikulude hüvitamist summas, mille see oleks harilikult katnud siis, kui luba oleks kohe antud.¹⁵

33. Seepärast jätab artikkel 22 liikmesriikidele vabaduse ise otsustada, kas ja mis tingimustel teises liikmesriigis saadud ravi kulusid hüvitatakse. Kui liikmesriik näeb ette üksikisikute kulude hüvitamise võimaluse, ei keela artikkel 22 siduda seda tingimusega, et pädev asutus peab asjaomasele isikule olema andnud välismaal ravi saamiseks eelneva loa.

34. Kui patsient ei ole seda luba saanud, sest artikli 22 lõike 2 tingimused ei olnud tema puhul täidetud, ei ole tal õigust nõuda teises liikmesriigis saadud ravi kulude hüvitamist ning ka pädev asutus ei ole määruse nr 1408/71 artikli 36 alusel kohustatud neid kulusid seda ravi andnud asutusele hüvitama.

35. Olukord on aga teine, kui inimene on palunud teises liikmesriigis ravi saamiseks luba, kuid selle andmisest on alusetult

36. Olukord on taas teine, kui loa andmisest keeldutakse mitte sõnaselgelt või mitte ainult määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 2 alusel, vaid (lisaks ka) siseriiklike kriteeriumide põhjal. Kui isik läheb sellegipoolest teise liikmesriiki, et saada seal ravi, mille eest ta maksab otse ravi andjale, ning taotleb hiljem kindlustavalt liikmesriigilt oma ravikulude hüvitamist, tuleb hüvitamisest keeldumist uurida lähtuvalt EÜ artiklist 49. Teisisõnu on sel juhul küsimus selles, kas kirjeldatud olukorras ravikulude hüvitamisest keeldumine kujutab endast teenuste osutamise vabaduse piiramist, ja kui, siis kas selline piiramine on põhjendatud.

14 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-158/96: Kohll, punkt 27, ning eespool 11. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-368/98: Vanbraekel jt, punkt 36.

15 — Eespool 11. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-368/98: Vanbraekel jt, punkt 34.

37. Sellise olukorraga on tegemist Y. Watts'i puhul, kuivõrd temale loa andmisest keeldumise otsus oli seotud NHS-i plaaniliste tähtaegadega. Seepärast keskendus Court of Appeal põhikohtuasja lahendamisel õigusega EÜ artikli 49 õigele tõlgendamisele.

Prantsusmaal saadud haiglaravi kulud talle hüvitama.

C. Esimesed kaks eelotsuse küsimust: NHS ja EÜ artikkel 49

1. EÜ artikli 49 kohaldamisala

38. Kahe esimese küsimuse eesmärk on selgitada välja, kas NHS-i eripärasid arvestades on Ühendkuningriigi kodanikul EÜ artikli 49 alusel õigus saada haiglaravi teises liikmesriigis NHS-i kulul ja kas sellega seoses on oluline see, kas NHS-i enda poolt osutatud teenuseid tuleks käsitleda teenusena EÜ artikli 49 tähenduses.

39. Märkusi esitanud pooled on eri seisukohtadel EÜ artikli 49 kohaldatavuse osas Y. Watts'i nõude puhul, et NHS peab

40. Ühelt poolt väidavad Y. Watts ning Belgia ja Prantsuse valitsus, et nagu ka Euroopa Kohus on eelkõige oma otsustes Smitsi ja Peerboonsi, Müller-Fauré ning Inizani¹⁶ kohtuasjades leidnud, on EÜ artikkel 49 NHS-i suhtes kohaldatav ning seega on Ühendkuningriigis elavatel inimestel õigus saada haiglaravi teistes liikmesriikides NHS-i kulul. Nad väidavad samuti, et selles suhtes ei ole oluline, kas NHS-i enda poolt antav ravi kujutab endast teenuste osutamist EÜ artikli 49 tähenduses, kuigi tegelikult see nii olevatki.

41. Komisjon väidab küll, et Y. Watts'i juhtum tuleb lahendada eelkõige määruse nr 1408/71 artikli 22 põhjal, kuid ta puudutab kõnealuste küsimuste juures kõrvalteemana ka seda, kuivõrd asjaolu, et PCT keeldus andmast Y. Wattsile luba minna operatsioonile Prantsusmaale ning hüvitamast selle ravi kulusid, on kooskõlas EÜ artikliga 49. Selles suhtes on komisjon seisukohal, et kuigi Euroopa Kohtu otsuste põhjal Humbeli ning Poucet' ja Pistre'i kohtuasjades¹⁷ võib väita, et NHS-i teenused jäävad EÜ artiklite 49 ja 50 kohaldamisalast

16 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsused C-157/99: Smits ja Peerboons, C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet ning eespool 11. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-56/01: Inizan.

17 — 27. septembri 1988. aasta otsus kohtuasjas 263/86: Humbel ja Edel (EKL 1988, lk 5365) ning 17. veebruari 1993. aasta otsus liidetud kohtuasjades C-159/01 ja C-160/91: Poucet ja Pistre (EKL 1993, lk I-637).

välja, järeldeb Euroopa Kohtu otsustest Smitsi ja Peerbooms ja Müller-Fauré kohtuasjades¹⁸ üheselt, et tervishoiuteenused, mida osutatakse teises liikmesriigis ning mille eest maksab nende saaja ise, on teenused EÜ artikli 50 tähenduses, välja arvatud juhul, kui Euroopa Kohtu järeldusi tuleb vaadelda üksnes nende kohtuasjade asjaolude kontekstis. Piirangute kohta märkib komisjon, et NHS-i süsteemi ei saa pidada diskrimineerivaks, sest ei ole ühtki erisätet, mis käsitleks ravi saamist teistes liikmesriikides. Kuna aga korda, mis lubaks patsientidel taotleda tervishoiuteenuseid teistes liikmesriikides ning nende kulude hüvitamist, ei ole, on tõenäoline, et see takistab patsientidel taotlemast ravi välismaal ning seega kujutab see endast piirangut EÜ artikli 49 tähenduses.

42. Ka Rootsi valitsus leiab, et arvestades Euroopa Kohtu praktikat, jääb Y. Watts juhtum EÜ artikli 49 kohaldamisalasse. Samas rõhutab ta, et arvesse tuleb võtta riikliku tervishoiusüsteemi eripärasid. Isikud, kes otsustavad riiklikust süsteemist eelneva loata väljuda, et saada ravi eraõiguslikult

tervishoiuteenuse osutajalt, peaksid sellisel juhul oma ravikulud ise katma.

43. Teiselt poolt rõhutab Ühendkuningriigi valitsus, keda ulatuslikult toetavad Soome, Malta ja Hispaania valitsus ning Iirimaa, et NHS-i raames ei ole Ühendkuningriigis elavatel inimestel mitte mingisugust õigust saada konkreetset ravi konkreettsel ajal või konkreetses kohas ning et neil ei ole ka selles suhtes valikuvabadust. Ühendkuningriigi valitsuse arvates on Euroopa Kohus oma praktikas selgitanud, et õigus nõuda EÜ artikli 49 alusel teises liikmesriigis saadud ravi kulude hüvitamist eeldab õigust saada ravi elukohajärgse riigi õiguse kohaselt. Peale selle väidab Ühendkuningriigi valitsus, et NHS-i saab Y. Watts ravikuludid hüvitama kohustada ainult siis, kui NHS-i raames antud haiglaravi loetakse „teenuseks“ EÜ artiklite 49 ja 50 tähenduses. Arvestades, et NHS-i rahastatakse täielikult maksuvahenditest, ei anta sellist ravi tasu eest, mistõttu puudub tasu element, mis on olulisel kohal „teenuse“ mõiste määratluses. Ta lisab, et kui Euroopa Kohus on otsustanud, et EÜ artikkel 49 keelab kohaldada siseriiklikke reegleid, mis muudavad teenuste osutamise liikmesriikide vahel raskemaks kui ühe liikmesriigi piires,¹⁹ eeldab selline võrdlus, et teenuste osutamine nii ühe liikmesriigi

18 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsused C-157/99: Smits and Peerbooms ja C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet.

19 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-158/96: Kohll, punkt 33, eespool 11. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-368/98: Vanbraekel, punkt 44, eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 61, ning 18. märtsi 2004. aasta otsus kohtuasjas C-8/02: Leichtle (EKL 2004, lk I-2641).

piires kui ka eri liikmesriikide vahel jääb EÜ artikli 49 kohaldamisalasse. Seega ei jää NHS-i poolt osutatavad tervishoiuteenused EÜ artikli 49 kohaldamisalasse. NHS erineb põhimõtteliselt Madalmaade ZFW-st, mida Euroopa Kohus käsitles Smitsi ja Peerbooms ning Müller-Fauré kohtuasjades,²⁰ ja mitte ainult sellepärast, et NHS-i raames ei anta ravi tasu eest, vaid ka sellepärast, et NHS-il ei ole vahendeid, et hüvitada oma patsientidele väljaspool NHS-i saadud tervishoiuteenuste kulusid.

44. Kõigepealt tuleb otsustada selle üle, kas EÜ artikkel 49 on käesoleva asja asjaolude suhtes kohaldatav või mitte, arvestades eriti mitme menetlusse astunud valitsuse väiteid, et kuna NHS on riiklik süsteem, jääb ta selle sätte kohaldamisalast välja.

45. Selle hindamisel, kas EÜ artikkel 49 on Y. Watts juhtumi ja tema hüvitisenõude suhtes kohaldatav, on oluline see, et Y. Watts läks ise Prantsusmaale puusaoperatsioonile ning et ta maksis selle eest otse operatsiooni teinud asutusele 3900 Inglise naela.

46. Esiteks on Euroopa Kohus juba ammu otsustanud, et meditsiiniline tegevus kui selline jääb EÜ artikli 50 kohaldamisalasse ning seejuures ei ole oluline, kas tegemist on haiglas või mujal antud raviga.²¹ Samuti on kohtupraktikas välja kujunenud seisukoht, et teatavate teenuste erilaad ei välista nende suhtes vaba liikumise aluspõhimõtte kohaldamist, nii et asjaolu, et tegemist on sise-riiklike sotsiaalkindlustuse eeskirjadega, ei saa välistada EÜ artiklite 49 ja 50 kohaldamist.²²

47. Teiseks on tasu kriteerium selgelt täidetud, sest Y. Watts tasus oma haiglaarve ise. Selles suhtes on ta samas olukorras kui näiteks B. S. M. Smits ja V. G. Müller-Fauré. Mõlema nimetatud patsiendi puhul rõhutas Euroopa Kohus, et kuna neile anti arstiabi mujal kui selles liikmesriigis, kus nad olid kindlustatud, tasusid nad saadud ravi eest otse seda andnud asutustele.²³ Euroopa Kohus lisas, et ühes liikmesriigis osutatud tervishoiuteenus, mille eest on tasunud patsient, ei saa asutamislepinguga tagatud teenuste osutamise vabaduse kohaldamis-

20 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud.

21 — 31. jaanuari 1984. aasta otsus liidetud kohtuasjades 286/82 ja 26/83: Luisi ja Carbone (EKL 1984, lk 377, punkt 16); 4. oktoobri 1991. aasta otsus kohtuasjas C-159/90: The Society for the Protection of Unborn Children Ireland (EKL 1991, lk I-4685, punkt 18); eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsused C-158/96: Kohll, punktid 29 ja 51; C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 53, ning C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet, punkt 38.

22 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsused C-158/96: Kohll, punkt 20, ning C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 54.

23 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsused C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 55, ning C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet, punkt 39.

alast välja jääda ainuüksi sellepärast, et kõnealuse ravi kulude hüvitamist on taotletud teise liikmesriigi ravikindlustuse õigusaktide alusel, mis näevad ette peamiselt mitterahalisi hüvitisi.²⁴

48. Seega ei ole kahtlust, et Y. Wattsi tuleb lugeda isikuks, kes on saanud teenuseid EÜ artiklite 49 ja 50 tähenduses.

49. Ühendkuningriigi, Malta, Soome ja Hispaania valitsus ning Iirimaa väidavad aga vastu, et kuna NHS on täielikult riiklik süsteem, siis ei saa Y. Wattsi nõuet kaaluda EÜ artikli 49 alusel.

50. Seda küsimust on Euroopa Kohus selgelt käsitlenud seoses Madalmaades kasutusel oleva ZFW süsteemiga. Konkreetselt Müller-Fauré otsuses leidis Euroopa Kohus pärast Ühendkuningriigi valitsuse poolt NHS-i kohta esitatud märkuste hoolikat kaalumist (otsuse punktides 55–59), et „asjaolu, et tervishoiuteenus kulud kannab riiklik tervishoiuteenistus või mitterahaliste hüvitiste süsteem, ei tähenda, et see tervishoiuteenus lakkab olemast teenus. [Ü]hes liikmesriigis osutatud tervishoiuteenus, mille eest on tasunud patsient, ei saa asutamisle-

pinguga tagatud teenuste osutamise vabaduse kohaldamisalast välja jääda ainuüksi sellepärast, et kõnealuse ravi kulude hüvitamist on taotletud teise liikmesriigi ravikindlustuse õigusaktide alusel, mis näevad ette peamiselt mitterahalisi hüvitisi. [...] Seega ei ole teenuste osutamise vabaduse seisukohalt vahet, kas tekkinud kulude eest maksab patsient ise ja taotleb hiljem nende hüvitamist, või teenuse osutaja kulud hüvitatakse haigekassa poolt või riigieelarvest.”²⁵

51. Võrreldes Smitsi ja Peerbooms otsuses²⁶ kasutatud sarnase arutluskäiguga oli otsene viide „riiklikule tervishoiuteenistusele” Müller-Fauré otsuses uus. Kui „mitterahaliste hüvitiste süsteem” sai tähendada ainult ZFW-d, sai see termin ilmselt tekkida ainult reaktsioonina Ühendkuningriigi valitsuse väidetele kõnealuses asjas.

52. Sellega peaks küsimus lahendatud olema, kuid Ühendkuningriigi valitsus väidab sellegipoolest, et kuna NHS-i olukord kui selline ei olnud Müller-Fauré kohtuasja

24 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 55.

25 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet, punkt 103.

26 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 55.

esemeks ning Euroopa Kohtu viide „riiklikule tervishoiuteenistusele” on liiga umbmäärane, et hõlmata NHS-i, peaks Euroopa Kohus kõnealust küsimust uuesti kaaluma ning eristama NHS-i ZFW-st. Euroopa Kohtu praktika selles küsimuses vajab ilmselt veidi rohkem selgitust.

haigekassade poolt tehtud maksed kujutasid vastuvõtnud haiglate jaoks tasu, ning leidis, et nii see oli. Sel kaalutlusel ei ole aga ilmselt olnud suurt osa Euroopa Kohtu peamises järelduses, mille kohaselt EÜ artikkel 49 on kohaldatav, sest tervishoiuteenuste eest olid B. S. M. Smits ja H. T. M. Peerbooms tasunud ise.

53. Otsesemalt öeldes leidis Euroopa Kohus Müller-Fauré kohtuasjas, et EÜ artikkel 49 kehtib isiku suhtes, kes on läinud teise liikmesriiki ravi saama ning tasunud selle eest ise, olenemata sellest, milline haigus-kindlustus on tal oma koduliikmesriigis. Tõepoolest, EÜ artiklist 49 tuleneva teenuste osutamise vabaduse seisukohalt ei ole selle otsustamisel, kas sooritatud tehing jääb või ei jää asutamislepingu nimetatud sätte kohaldamisalasse, oluline see, kuidas on korraldatud teenuse eest tasumine. NHS-il, nagu ka Smitsi ja Peerboomsi ning Müller-Fauré kohtuasjades kõne all olnud ZFW haigekassadel, oli üksnes abistav roll seoses põhitehinguga, mis käesolevas asjas toimus Y. Watts'i ning teda ravinud Prantsusmaa Abbeville' haigla vahel.

55. Sellest seisukohast ei ole küsimuses, kas EÜ artikkel 49 on põhikohtuasjas kõne all oleva olukorra suhtes kohaldatav, oluline see, kas NHS-i ennast tuleb selle asutamislepingu sätte kohaselt käsitleda teenuste osutajana. Kahtlemata ei osuta NHS Y. Wattsile teenuseid EÜ artikli 49 tähenduses. Tema roll piirdub aspektiga, mis puudutab Y. Wattsile teises liikmesriigis antud ravi kulude võimalikku hüvitamist. Tema võimalikul osalemisel EÜ artikli 49 kohaldamisalasse jäävas tehingus on kõigest abistav funktsioon.

54. On tõsi, et Smitsi ja Peerboomsi otsuses kaalus Euroopa Kohus pärast seda, kui ta oli tuvastanud, et asjaomased patsiendid olid oma ravi eest ise maksnud, kas ZFW

56. Võib lisada, et NHS-i igapäevane tegevus, mille käigus NHS osutab tervishoiuteenuseid Ühendkuningriigi elanikele, ei kuulu mingil juhul EÜ artikli 49 kohaldamisalasse. Tuleb mees pidada, et seda asutamislepingu sätet ei kohaldata pelgalt ühe riigi

siseste olukordade suhtes,²⁷ vaid kaasatud peab olema ka piiriüleseid tegureid. See on nii näiteks siis, kui muus liikmesriigis kui Ühendkuningriigis elavad isikud vajavad ravi Ühendkuningriigis NHS-i asutustes. Sellisel juhul on patsiendid, kes ei ela Ühendkuningriigis, 1989. aasta määruse (NHS (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1989) kohaselt kohustatud NHS-i osutatud tervishoiuteenuste eest tasuma, mis tunnistab, et need teenused jäävad EÜ artikli 49 kohaldamisalasse. Piiriülene tegur oleks olemas ka siis, kui NHS hangiks oma ravivõimsuse suurendamiseks haiglaraviteenuseid lepingu alusel mõnelt teiselt liikmesriigilt.

57. Põhjendatuks ei saa lugeda Ühendkuningriigi väidet, et kui Euroopa Kohus on otsustanud, et EÜ artikkel 49 keelab kohaldada siseriiklikke reegleid, mis muudavad teenuste osutamise liikmesriikide vahel raskesti kui ühe liikmesriigi piires, eeldab selline võrdlus, et teenuste osutamine nii ühe liikmesriigi piires kui ka eri liikmesriikide vahel jääb EÜ artikli 49 kohaldamisalasse. See Euroopa Kohtu järeldus on selgelt seotud piirava mõjuga, mis on siseriiklikel eeskirjadel teistest liikmesriikidest pärit teenuste osutamisele, ning sellega ei püüa Euroopa

Kohus piirata EÜ artikli 49 kohaldatavust üksnes olukordadele, kus ühe liikmesriigi piires osutatakse asjaomaseid teenuseid piiriüleste teenustega sarnastel tingimustel.

58. Pealegi on Euroopa Kohus otsustanud, nagu eespool täheldatud, et teenuseid ei saa nende erilaadi pärast asutamislepingu asjaomase sätte kohaldamisalast välja jätta. Isegi asjaolu, et kõnealused siseriiklikud eeskirjad kuuluvad sotsiaalkindlustuse valdkonda, ei saa välistada EÜ artiklite 49 ja 50 kohaldatavust.²⁸ Euroopa Kohtu praktikast arvestades on raske ette kujutada, kuidas saavad NHS-i asutuste osutatavad tervishoiuteenused jääda välja asutamislepingu teenuste osutamise vabaduse sätete kohaldamisalast oma laadi tõttu või põhjusel, et neid osutatakse täielikult riiklikus süsteemis.

59. Ka mitu menetlusse astunud valitsust on selles samas küsimuses, kas EÜ artikkel 49 on NHS-i suhtes kohaldatav, viidanud Euroopa Kohtu otsusele Humbeli kohtuasjas,²⁹ kus Euroopa Kohus leidis, et liikmesriik, kes haldab ja korraldab riigi vahenditest rahastatavat riiklikku haridussüsteemi, ei taotle majanduslikku kasu, vaid täidab sotsiaalseid, kultuurilisi ja haridusalaseid kohustusi oma elanikkonna ees. Sellises olukorras

27 — Vt näiteks 23. aprilli 1991. aasta otsus kohtuasjas C-41/90: Höfner (EKL 1991, lk I-1979, punkt 37).

28 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsused C-158/96: Kohll, punkt 20, ning C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 54.

29 — Eespool 17. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus 263/86: Humbel ja Edel.

puudub tasuelement ja EÜ artiklit 49 ei kohaldata.³⁰ Kuna NHS-i võib võrrelda sellise riikliku haridussüsteemiga ning ka seda rahastatakse täielikult maksutuludest, siis nende arvates ei osuta NHS-i asutused oma teenuseid tasu eest, mistõttu need jäävad EÜ artikli 49 kohaldamisalast välja.

(punkti 7 viimases taandes ning punktis 56) osutatud, et patsiendid, kes ei ela Ühendkuningriigis, peavad NHS-i asutustes saadud ravi eest tasuma. On ilmne, et sellist ravi antakse majanduslikel kaalutlustel, nii et EÜ artikli 49 kohaldatavusele ei ole mingeid takistusi.

60. Olenemata sellest, kas Humbeli otsust võib jätkuvalt pidada asjakohaseks, on Euroopa Kohus ka seda küsimust juba arutanud ja sellele vastanud. Ilma et oleks vaja korrata eespool viidatud Smitsi ja Peerboonsi otsuses kasutatud arutluskäiku, piisab sellest, kui märkida, et Euroopa Kohus rõhutas kõnealuses otsuses, et tervishoiuteenused jäävad EÜ artikli 50 kohaldamisalasse olenemata sellest, kas neid osutatakse haiglas või mujal, ning et ZFW haigekassade poolt haiglatele tehtud maksed kujutavad endast tasu teenuste eest, mida viimased osutasid. Kuid nagu ma järeldasin juba eespool, ei mõjuta igatahes see, kuidas NHS on korraldatud, EÜ artikli 49 kohaldatavust käesolevas asjas, sest selles ei ole kõne all NHS-i teenused. Peale selle on juba eespool

61. Käesolevas asjas on põhiprobleem selles, et Y. Watts'i olukorras on inimesel kaks positsiooni, mis on iseenesest vastuolulised. Riiklikul tasandil määrab tema staatuse ära tema kuulumine riiklikku sotsiaalkindlustussüsteemi, kus tal ei ole õigust saada ravi mõnel kindlal ajal või mõnes kindlas kohas. Ühenduse õiguse seisukohalt on ta aga tervishoiuteenuste saaja, kellel on siseriiklikust õigusest tulenevate põhjendatud piirangutega õigus valida ravi, mida ta vajab. Seisukoht, et tema siseriiklikust õigusest tulenev staatus võib piirata tema õigust tugineda EÜ artiklile 49, et vaidlustada oma sotsiaalkindlustussüsteemi otsust, millega see keeldub hüvitamast talle teises liikmesriigis saadud teenuseid, tähendab seda, et võimalust kontrollida sellise keeldumisotsuse kooskõla ühenduse õigusega on lubamatult piiratud.

62. Neid kaalutlusi arvestades järeldan, et Y. Watts'i Prantsusmaal saadud haiglaravi kulude hüvitamise nõude puhul on EÜ artikkel 49 kohaldatav ning et vastupidised väited on alusetud. Siinkohal soovin lisada, et see ei tähenda, et riiklikke tervis-

30 — Sama kohtuotsus, punktid 17 ja 18.

hoiusteeme kasutavate liikmesriikide põhjendatud muresid tuleks eirata. Nendest tuleb juttu kolmanda eelotsuse küsimuse juures.

2. Kahe esimese eelotsuse küsimuse probleem

63. Olles järeldanud, et EÜ artikkel 49 on käesolevas asjas põhimõtteliselt kohaldatav, siis järgmine küsimus, mis selle asutamislepingu sättega seoses tekib, on see, kas NHS-i keeldumine hüvitamast Y. Wattsile Prantusmaal saadud ravi kulusid kujutab endast teistes liikmesriikides teenuste saamise vabaduse piiramist.

64. Sellele küsimusele vastamiseks tuleb kohandada vaatenurka, millest lähtus Court of Appeal kahe esimese eelotsuse küsimuse sõnastamisel. Oma praegusel kujul küsitakse nendega, kas Y. Watts'i olukorras oleval inimesel on „ühenduse õiguse alusel õigus“ kasutada teenuseid NHS-i kulul, arvestades, et NHS on täielikult riigi poolt korraldatav ja rahastatav tervishoiusteem. Kuna teenuste vaba liikumist käsitlevate sätete kohane õigus tuleneb sellest, et kõnealusele vabadusele ei seata põhjendamatuid piiranguid, on ilmselt mõttekam mõista neid küsimusi nii, et

kas see, et puudub võimalus väljaspool Ühendkuningriiki saadud ravi kulude hüvitamiseks NHS-i raames, piirab Ühendkuningriigis elavate inimeste õigust kasutada teenuseid teistes liikmesriikides. Kui see peaks nii olema, tuleb järgmiseks kaaluda, kas see piiramine võib olla põhjendatud. Nagu juba öeldud, on see kolmanda eelotsuse küsimuse teema.

65. Euroopa Kohus on otsustanud, et EÜ artikkel 49 keelab sellised siseriiklikud eeskirjad, mis muudavad teenuste osutamise liikmesriikide vahel raskemaks kui üksnes ühe liikmesriigi piires.³¹ Ta on samuti otsustanud, et siseriiklikud eeskirjad, mis püüavad kindlustatud isikutel takistada või takistavadki taotlemast teiste liikmesriikide teenuseosutajate tervishoiuteenuseid, kujutavad endast nii kindlustatud isikute kui ka teenuseosutajate jaoks teenuste osutamise vabaduse piiramist.³²

66. Käesolevas asjas ei piirata NHS-i raames kindlustatud isikute võimalust kasutada tervishoiuteenuseid muus liikmesriigis kui Ühendkuningriigis niivõrd mõne konkreetse sättega, mis piiraks välismaal ravi saamise võimalusi, kuivõrd sellega, et puudub selgelt määratletud kord sellise ravi taotluste läbi vaatamiseks. Niisuguse korra puudumist saab seletada sellega, kuidas NHS-i töö on korraldatud. NHS-i patsientidel ei ole õigust saada ravi kindlal ajal või kindlas kohas, vaid

31 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 61.

32 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 69.

nad sõltuvad kliinilistest hinnangutest, mille annavad NHS-i tervishoiuteenuste osutajad. Selle üle, millist ravi ning kus ja millal antakse, otsustavad NHS-i asutused. Igale arstiabi vajavale isikule pannakse kõigepealt diagnoos, seejärel määratakse talle vastavalt tema seisundi tõsidusele ravi kiireloomulise klass ning sellest klassist olenevalt antakse talle koht ootejärjekorras. Näib, et selles suhtes on NHS-i asutustel piiramatut voli.

seid, ei ole selles suhtes oluline. See on Ühendkuningriigi siseküsimus, mida võib parimal juhul käsitleda vastupidise diskrimineerimise näitena, mida, nagu märkis ka Prantsuse valitsus, EÜ asutamisleping ei keela.

67. Ehkki võib olla paratamatu, et sellises riigi poolt korraldatavas ja rahastatavas süsteemis teevad kõiki raviga seotud otsuseid süsteemi käitajad, tähendab juba ainuüksi nimetatud asjaolu, et sellises süsteemis kindlustatud isikute võimalused saada ravi väljaspool süsteemi on piiratud, sest nad ei või olla kindlad, et sellise ravi eest tasutakse otse tervishoiuteenuse osutajale või hüvitatakse selle kulud neile endile. Kui nad soovivad tervishoiuteenuseid kasutada teises liikmesriigis, kujutab see olukord teistes liikmesriikides teenuste kasutamise vabaduse piiramist.

69. Kuigi eespool on järelдатud, et NHS-i töö korraldus piirab NHS-is kindlustatud isikute vabadust kasutada tervishoiuteenuseid teistes liikmesriikides, ei tähenda see veel, et nendel isikutel on EÜ artiklist 49 tulenevalt piiramatut õigus sõita sel eesmärgil teistesse liikmesriikidesse. Nagu Euroopa Kohus on leidnud, võivad liikmesriigid kehtestada eelneva loa nõude, enne kui nad võtavad enda kanda oma sotsiaalkindlustussüsteemis kindlustatud isikutele teistes liikmesriikides antud haiglaravi kulud. Seda nõuet peetakse nii vajalikuks kui ka põhjendatuks, sest see aitab tagada asjaomases riigis mitmesuguste kvaliteetsete tervishoiuteenuste piisava ja alatise kättesaadavuse, kontrollida kulusid ning hoida ära finants-, tehniliste ja inimressursside raiskamist valdkonnas, kus rahalised vahendid on paratamatult piiratud.³³ Euroopa Kohus on sedatanud, et kui kindlustatud isikutel oleks asjaoludest olenemata piiramatut vabadus

68. Asjaolu, et piiratud on ka nende vabadus kasutada Ühendkuningriigi erasektori teenu-

33 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-157/99: Smits ja Peerbooms, punktid 78–80.

minna oma süsteemist mööda, muutuks kohe mõttetuks kogu planeerimine selles süsteemis, mille eesmärk on tagada ratsionaalne, stabiilne, tasakaalustatud ja kättesaadav haiglaraviteenuste valik.³⁴

70. Eelneva loa taotlemise tingimused peavad aga olema põhjendatud ülekaaluka avaliku huviga ning vastama proportsionaalsuse põhimõttele. Selles suhtes on Euroopa Kohus selgitanud, et eelneva loa andmise kord ei saa õigustada siseriiklike võimude diskretsioonilisi otsustusi, mis jätavad ühenduse sätted — eelkõige põhivabadust [nagu teenuste osutamise vabadus] käsitlevad sätted — ilma nende kasulikust mõjust [...]. Selleks et eelneva loa andmise halduskord oleks õigustatud isegi juhul, kui see näeb ette erandi kõnealust laadi põhivabadusest, peab see järelikult põhinema objektiivsetel, mittedis-krimineerivatel ja varem teada olevatel kriteeriumidel, nii et siseriiklike võimude kaalutusõigusel oleksid piirid ja seda ei saaks meelevaldselt kasutada. [...] Niisugune lubade andmise kord peab lisaks põhinema menetlussüsteemil, mis on hõlpsasti ligipääsetav ning suudab tagada loataotluse objektiivse ja erapooletu menetlemise mõistliku aja jooksul, ning ühtlasi peab loa andmisest keeldumise peale olema võimalik kaevata kohtusse.³⁵

34 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 81.

35 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 90.

71. Nii et kuigi Euroopa Kohus tunnistab, et liikmesriigil on õigus kehtestada eelneva loa taotlemise nõue isikute jaoks, kes on kindlustatud tema riiklikus kindlustussüsteemis, saavad ravi väljaspool seda ning taotlevad selle ravi kulude hüvitamist, on Euroopa Kohtu praktikas samuti viiteid sellele, et liikmesriike saab kohustada võtma meetmeid, et hõlbustada tervishoiuteenuste püüdest osutamist.

72. Analüüsides haiglaväliste teenuste jaoks eelneva loa taotlemise nõude õigustatavust, tegi Euroopa Kohus Müller-Fauré otsuses rea märkusi riiklike sotsiaalkindlustussüsteemide kooskõlla viimise kohta ühenduse õigusest tulenevate kohustustega; need märkused on niivõrd üldised, et neid ei saa pidada kehtivaks üksnes haiglaväliste teenuste kohta.

73. Lähtudes sellest, et ühenduse õigus ei mõjuta liikmesriikide pädevust korraldada oma sotsiaalkindlustussüsteeme, tingimusel et nad kasutavad seda pädevust kooskõlas ühenduse õigusega, leidis Euroopa Kohus, et „asutamislepinguga tagatud põhivabaduste saavutamine nõuab liikmesriikidelt oma sotsiaalkindlustussüsteemide mõningast kohandamist.” Euroopa Kohtu sõnul ei saa seda vajadust pidada liikmesriikide suveräänse pädevuse piiramiseks selles valdkonnas. Euroopa Kohus lisas, et „määruse

nr 1408/71 kohaldamisel peavad liikmesriigid, kes on loonud mitterahaliste hüvitiste süsteemi või isegi riikliku tervishoiuteenistuse, looma mehhanismid sellise ravi kulude tagantjärele hüvitamiseks, mis on antud mujal kui pädevas liikmesriigis. Nii on see näiteks siis, kui isikul ei ole välismaal viibides olnud võimalik täita formaalsusi³⁶ või kui pädev liikmesriik on andnud loa välismaal ravi saamiseks kooskõlas määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 1 punktiga c.” Sellega seoses on Euroopa Kohus sedastanud, et kui kindlustatud isik saab ravi teises liikmesriigis ilma eelneva loata, saab ta ravikulude hüvitamist nõuda üksnes oma ravikindlustussüsteemi tagatud katte piires ning tingimusel, et ta vastab ühenduse õigusega kooskõlas olevatele tingimustele. Lõpuks märkis Euroopa Kohus, et „mitte miski ei keela mitterahaliste hüvitiste süsteemiga liikmesriigil määrata kindlaks hüvitise-summad, mida teistes liikmesriikides ravi saanud patsiendid võivad taotleda, tingimusel et need summad on kindlaks määratud objektiivsetel, mittediskrimineerivatel ja läbi-paistvatel alustel.”³⁷

74. Kuigi, nagu juba öeldud, need märkused tehti seoses haiglaväliste teenustega, ei ole

põhjust, miks nad peaksid kehtima ainult nende kohta. Pigem tuleks neid käsitleda kui katset väljendada EÜ artiklis 10 sätestatud üldisemat põhimõtet, mille kohaselt võtavad liikmesriigid kõik vajalikud üld- või erimeetmed, et tagada nende kohustuste täitmine, mis tulenevad asutamislepingust ning aitavad kaasa ühenduse eesmärkide saavutamisele. Selle põhimõtte kohaselt võib liikmesriigilt nõuda, et see võtaks erimeetmeid teenuste vaba liikumise hõlbustamiseks, kui nende võtmisest hoidumine võiks kaasa tuua olukorra, mis oleks vastuolus liikmesriigi kohustustega, mis käesoleval juhul tulenevad EÜ artiklist 49.

75. Konkreetsemalt nõuab see kohustus liikmesriikidelt, et lisaks selliste sätete tühistamisele, mis takistavad ühenduse piires vaba liikumist, võtaksid nad ka ennetavaid meetmeid selliste tõkete ärahoidmiseks. Kaupade vaba liikumise valdkonnast võib sarnase näitena tuua kohustuse lisada riiklikesse toidualastesse õigusaktidesse vastastikuse tunnustamise säte³⁸ ning kohustuse võtta meetmeid üksikute ettevõtjate tekitatud liikumisvabaduse takistuste kõrvaldamiseks.³⁹ Samuti hõlmab see kohustust tagada, et

36 — Vt nõukogu määrus (EMÜ) nr 574/72, millega määratakse kindlaks määruse (EMÜ) nr 1408/71 sotsiaalkindlustusskeemide kohaldamise kohta ühenduse piires liikuvate töötajate ja nende pere liikmete suhtes rakendamise kord (EÜT 1972, L 74, lk 1; ELT eriväljaanne 05/01, lk 83), artikkel 34.

37 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet, punktid 100–107.

38 — 22. oktoobri 1998. aasta otsus kohtuasjas C-184/96: komisjon vs. Prantsusmaa (niinimetatud *foie gras* kohtuotsus) (EKL 1998, lk I-6197, punkt 28).

39 — 9. detsembri 1997. aasta otsus kohtuasjas C-265/96: komisjon vs. Prantsusmaa (niinimetatud Hispaania maasikate kohtuotsus) (EKL 1997, lk I-6959, punktid 30–32).

eelneva loa taotlemise nõue põhineb menetlussüsteemil, mis vastab Euroopa Kohtu poolt kindlaks määratud ja punktis 70 esitatud kriteeriumidele.

76. Eespool kirjeldatud kaalutlustel tuleb kahele esimesele küsimusele vastata, et EÜ artiklit 49 tuleb tõlgendada nii, et isikutel, kes elavad alaliselt liikmesriigis, kus on kasutusel riiklik tervishoiuteenistus nagu Ühendkuningriigi National Health Service, on põhimõtteliselt õigus saada haiglaravi teistes liikmesriikides oma riigi tervishoiuteenistuse kulul. Liikmesriigid võivad selle õiguse siduda eelneva loa taotlemise nõudega, tingimusel et loataotluste läbivaatamine toimub objektiivsete, mittediskrimineerivate ja läbipaistvate kriteeriumide põhjal menetlussüsteemis, mis on hõlpsasti ligipääsetav ning suudab tagada loataotluste objektiivse ja erapooletu menetlemise mõistliku aja jooksul; samuti peab loa andmisest keeldumise peale olema võimalik kaevata kohtusse. Selliste kriteeriumide ja sellise menetluse puudumine ei saa isikuid üksusest õigusest ilma jätta. EÜ artikli 49 kohaldamisel põhikohtuasjas käsitletud asjaoludel ei ole oluline, kas NHS-i asutustes antav haiglaravi ise kujutab endast teenuste osutamist EÜ artikli 49 tähenduses.

D. Kolmas eelotsuse küsimus: eelneva loa andmisest keeldumise õigustus

77. Kolmanda eelotsuse küsimusega küsib Court of Appeal, kas juhul, kui EÜ artikkel 49 on NHS-i suhtes kohaldatav, võib teises liikmesriigis haiglaravi saamiseks eelneva loa andmisest keeldumise objektiivse õigustusena tugineda mitmesugustele asjaoludele. Need on järgmised: a) asjaolu, et selline luba kahjustaks oluliselt ravijärjekordade kaudu NHS-i meditsiiniliste prioriteetide korraldamise süsteemi; b) asjaolu, et selline luba võimaldaks patsientidel, kes ei vaja nii kiiret meditsiinilist sekkumist, muuta prioriteetsemaks patsientidest, kes vajavad kiiremat meditsiinilist sekkumist; c) asjaolu, et sellise loa toime suunataks ressursid ümber vähem kiireloomulise ravi eest maksmiseks patsientidele, kes on valmis reisima välismaale, kahjustades sellega neid, kes ei soovi või ei saa välismaale reisida, või suureneks NHS-i kulud; d) asjaolu, et selline luba võib kohustada Ühendkuningriiki täiendavalt finantseerima NHS-i eelarvet või piirama NHS-i raames kättesaadava arstiabi ulatust; ning e) ravikulude suhteline suurus ja lisakulud teises liikmesriigis.

78. Y. Watts juhib tähelepanu sellele, et välismaal ravi saamise loa taotluse läbivaatamisel kontrollitakse, kas samasugust ravi on „põhjendamatu viivitusega” võimalik anda Ühendkuningriigis ja et see tehakse kindlaks NHS-i ravijärjekordade põhjal. Ravijärjekordade põhjal prioriseerimine ei arvesta üksikpatsiendi tervises seisundist, haigusloost ning

eriasjaoludest tulenevaid kliinilisi vajadusi. Sellises olukorras ei või loa andmisest keeldumist õigustada ainult ravijärjekordadega. Ravijärjekordi ning nende olemasolu põhjusi tuleks korralikult analüüsida, arvestades seda, et liiga pikk või ebaharilik ooteaeg pigem piirab kui parandab kvaliteetse haiglaravi kättesaadavust. Y. Watts väidab, et ei ole ühtki tõendit selle kohta, et eelotsuse taotluse esitanud kohtu kolmandas eelotsuse küsimuses osutatud kahjulikud tagajärjed ilmneksid.

79. Prantsuse valitsus toetab üldiselt seda seisukohta ning märgib, et kuivõrd enamik Court of Appeal'i osutatud kahjulikest tagajärgedest on rahalist laadi, ei saa need olla õigustatud. Belgia valitsus lisab, et loa andmisest keeldumine Ühendkuningriigi poolt võib olla küll õigustatud, kuid see peab põhinema objektiivsetel, mittediskrimineerivatel kriteeriumidel, mis on ette teada ning mis ei kaota kehtivate ühenduse sätete kasulikku toimet.

80. Komisjon märgib, et kuivõrd Ühendkuningriigis puudub kord ravikulude hüvitamiseks väljaspool määruse nr 1408/71 kohaldamisala, on võimatu analüüsida, kas sellisel keeldumisel on tungivaid põhjusi.

81. Hispaania, Malta, Soome, Rootsi ja Ühendkuningriigi valitsus ning Iirimaa leiavad seevastu, et isegi kui EÜ artikkel 49 on NHS-i suhtes kohaldatav, õigustab eesmärk tagada NHS-i finantstasakaal ning säilitada kõigile kättesaadavad tervishoiu- ja haiglaraviteenused teenuste osutamise vabaduse piiramist. Järelikult võib Court of Appeal'i kolmandas eelotsuse küsimuses loetletud tagajärgi asjakohaselt kasutada teises liikmesriigis ravi saamise loa andmisest keeldumise õigustusena, arvestades millist ohtu kujutaks NHS-i tasakaalule see, kui suurel hulgal patsientidel lubatakse ravi välismaal saada. Hispaania, Rootsi ja Ühendkuningriigi valitsus rõhutavad eelkõige, et ravijärjekordade kasutamine sel otstarbel on legitiimne, kuivõrd need järjekorrad moodustatakse arstlike hinnangute alusel.

82. Sellele küsimusele vastamisel tuleb lähendada Euroopa Kohtu väljakujunenud praktikast seoses eesmärkidega, millega liikmesriik võib õigustada kindlustatud isiku EÜ artiklist 49 tuleneva õiguse piiramist saada haiglaravi mõnes teises liikmesriigis. Eelkõige tuleks analüüsida, kas need eesmärgid hõlmavad Court of Appeal'i poolt kirjeldatud tagajärgi, ning kui ei, siis kas neid tuleks sellegipoolest aktsepteerida loa andmisest või ravikulude hüvitamisest keeldumise õigustusena.

83. Euroopa Kohtu poolt tunnustatud õigustused on kokkuvõtlikult esitatud Smitsi ja Peerbooms otsuses. Esiteks leidis Euroopa Kohus selles otsuses, et ei saa välistada, et teenuste osutamise vabaduse põhimõtte piiramist õigustavaks ülekaaluka avaliku huviga seotud põhjuseks võib olla sotsiaalkindlustussüsteemi finantstasakaalu kahjustamise oht. Teiseks on ta tunnistanud, et mis puudutab tasakaalustatud tervishoiu- ja haiglaraviteenuste üldise kättesaadavuse eesmärki, võib see eesmärk, isegi kui see on lahutamatu seotud sotsiaalkindlustussüsteemi rahastamise viisiga, samuti kuuluda EÜ artiklil 46 põhinevate rahvatervisega seotud erandite alla, kui selline eesmärk aitab kaasa tervisekaitse kõrge taseme saavutamisele. Kolmandaks on Euroopa Kohus otsustanud, et EÜ artikkel 46 lubab liikmesriikidel piirata tervishoiu- ja haiglaraviteenuste vaba osutamist niivõrd, kui võrd ravi võimsuse või meditsiinilise pädevuse säilitamine riigi territooriumil on oluline rahvatervise kaitseks või isegi rahvastiku säilimiseks. Lõpuks peab juhul, kui nendele õigustele tuginemine on võimalik, olema tagatud, et vastav siseriiklik meede ei ületa selle eesmärgi saavutamiseks objektiivselt vajalikku ning samasugust tulemust ei ole võimalik saavutada vähem piiravate normidega.⁴⁰

84. Mis puutub konkreetselt ravijärjekorradesse, siis otsustas Euroopa Kohus Müller-Fauré kohtuasjas sõnaselgelt, et liikmesriik ei

saa oma keeldumisotsuseid haiglate ülevõimsusega kaasneva raiskamise kartusest rajada pelgalt riiklike ravijärjekordade olemasolule, võtmata arvesse iga patsiendi tervise seisundi eriasjaolusid. Ta leidis, et väide, et ravijärjekordi on vaja rahvatervise kaitseks, ei ole tõestatud.⁴¹ Vastupidi, liiga pikad või eba-harilikud ooteajad võivad tasakaalustatud ja kvaliteetse haiglaravi kättesaadavust hoopis piirata. Euroopa Kohus märkis, et ravijärjekorrad näivad põhinevat puhtalt majanduslikel kaalutlustel, mis ei saa teenuste osutamise põhivabaduse piiramist iseenesest õigustada.⁴²

85. Niisiis tuleb tunnistada, et kui nõudlus haiglaraviteenuste järele ületab nende osutamise võimalusi, ei ole inimesi võimalik ravida siis, kui neil seda vaja on, ega isegi mitte harilikult vastuvõetavaks peetava aja jooksul. Arvestades, et haiglate käsutuses olevad inim-, finants- ja materiaalsed ressursid on piiratud, on paratamatu, et patsiendid peavad oma ravi mõnda aega ootama. Kuna nõudlus selles sektoris on pakkumisest üldiselt palju suurem, toimivad ravijärjekorrad vahendina, mille abil jaotatakse ressursse haigla võimsuse optimaalseks ära kasutamiseks. Kuigi ratsionaalse ressursihalduse seisukohalt põh-

41 — Vaatamata Ühendkuningriigi valitsuse sõnaselgele avaldustele selles küsimuses. Vt eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet, punkt 58.

42 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet, punkt 92.

40 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-157/99: Smits ja Peerbooms, punktid 72–75.

jendatud, tähendab sel moel kasutatavate ravijärjekordade (alternatiiv)kulu patsientide jaoks viivitust haiglaravile saamisel. Just viimase aspekti tõttu lükkaski Euroopa Kohus selgelt tagasi võimaluse kasutada välismaal ravi saamise loa andmisest keeldumise õigustusena üksnes ravijärjekordade olemasolu.

matu ravi. Peale selle peaksid ravi ja selle andmise tõenäolise aja kohta tehtavad otsused läbipaistvuse huvides põhinema selgetel kriteeriumidel, mis piiraksid otsuseid tegeva organi kaalutluspädevust.

86. Seega on ühelt poolt ravijärjekorrad kui piiratud ressursside haldamise ja jaotamise vahendid, ning teiselt poolt head ja õigeaegset ravi soovivate patsientide huvid omavahel paratamatult vastuolus. Seda vastuolu saab Euroopa Kohtu praktikaga kooskõlas lahendada ainult siis, kui ravijärjekordade pidamisel kehtestatakse rida tingimusi. Täpsemalt ei tohiks ravijärjekorrad piirduda üksnes selle registreerimisega, et teatud patsiendil on teatava kiireloomulisusega õigus teatavat liiki ravile. Neid tuleks hallata aktiivselt, dünaamiliselt ja paindlikult ning arvestada patsientide vajadustega sedamööda, kuidas areneb nende terviseseisund. See tähendab, et patsiendi terviseseisundi ümberhindamisel peaks tal olema võimalik saada ravi kiiremini. Lisaks on oluline, et neis oleks ette nähtud kaitsemehhanism, näiteks maksimaalsed lubatud ooteajad, mis on patsiendi terviseseisundit arvestades mõistlikud ja mille ületamise korral tuleks teha täiendavaid jõupingutusi, et tagada patsiendile viivita-

87. Sellest järeldub, et kui isik taotleb luba ravi saamiseks välismaal, ei piisa sellest, kui loataotlust läbi vaatav asutus lükkab selle tagasi formaalse põhjendusega, et sama ravi on võimalik saada kodumaises süsteemis kehtivate tähtaegade raames. Sellise otsuse tegemisel tuleb kaaluda, kas need tähtajad on konkreetsel juhul patsiendi terviseseisundit arvestades vastuvõetavad. Et tsiteerida veel kord Euroopa Kohut: arvestada tuleb iga konkreetse juhtumi asjaolusid. Peale selle ei tule arvesse võtta mitte üksnes patsiendi terviseseisundit loa taotlemise ajal ning vajadusel patsiendi valude suurust või tema puude laadi, mis võib näiteks muuta kutsetegevuse jätkamise võimatuks või erakordselt raskeks, vaid ka tema haiguslugu.⁴³

88. Seega ei saa õigustatuks pidada teises liikmesriigis NHS-i kulul ravi saamise loa

43 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsused C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 104, ning C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet, punkt 90.

andmisest keeldumist üksnes põhjendusega, et positiivne otsus kahjustaks raskelt NHS-i meditsiiniliste prioriteetide haldamiseks kasutatavat ravijärjekordade süsteemi. Kuna see otsus peab põhinema hinnangul loa taotleja tervises seisundile, ei saa keeldumist õigustada ka põhjendustega, mis sellisest hinnangust ei tulene, nagu näiteks loa andmise mõju teistele ravijärjekorras ootavatele patsientidele või ressursside ümberjaotamise vajadus NHS-is. Mis puudutab esimest nimetatud tagajärgedest, eeldab iga-sugune NHS-i otsuseid tegeva asutuse poolt langetatud positiivne otsus, et loa taotlejat peetakse patsiendiks, kes tõepoolest vajab kiiret ravi. Teise tagajärje puhul märgisin, et kui jätta kõrvale selle majanduslik laad, nagu viidatud juba ka punktis 73, peavad liikmesriigid ühenduse õiguse kohaselt kohandama oma sotsiaalkindlustussüsteeme, et hõlbus-tada EÜ asutamislepingus ette nähtud põhi-vabaduste saavutamist. Võib arvata, et see eeldab NHS-i planeerimiselt piisavalt paind-likkust, nii et teatavatel asjaoludel oleks võimalik rahuldada ka taotlusi ravi saamiseks välismaal.

olukorraga, kus NHS-i asutused on kehtivate kriteeriumide tõttu sunnitud välismaal ravi saamiseks andma välja rohkem lube, mis võib ohustada süsteemi finantsstabiilsust. Kuid just eelneva loa taotlemise nõudega on liikmesriikidel õigus kontrollida patsien-tide väljavoolu, et säilitada oma süsteemi finantsstabiilsus. Loa andmine eeldab, et selle eelarvemõjuga on arvestatud, nii et ainuüksi sellega loa andmisest keeldumist põhjendada ei saa. Selles suhtes tuleb täpsustada, et süsteemi finantsstabiilsuse säilitamise huvi puudutab ilmselgelt pikemaajalist stabiilsust ja mitte iga-aastase raamatupidamisarvestuse tasakaalus hoidmist. See tähendab, et selle kriteeriumi kohaldamisel ei tule arvesse võtta ainult teises liikmesriigis antud haiglaravi kulusid, vaid ka kulusid, mida hoitakse kokku pikemas perspektiivis ja mille muidu peaks katma NHS. Lisaks stabiilsuse suurendami-sele pikemas perspektiivis soodustaks see ka haiglate võimsuse paremat kasutamist.

89. Et üle korrata: asjaolu, et loataotluse rahuldamise korral tuleb NHS-i eelarvet võib-olla täiendavalt finantseerida, ei saa iseenesest arvesse võtta selle üle otsustami-sel, kas loataotlejale võib selle tervises seisun-dit arvestades anda loa sõiduks välismaale, et saada seal NHS-i kulul tema puhul vajalikuks peetavat ravi. See argument, mis on samuti majanduslikku laadi, on põhiliselt seotud

90. Eelneva loa taotlemise nõude kooskõla ühenduse õigusega sõltub sellest, kas ses osas kohaldatavad kriteeriumid ise on õigustatud. Kuivõrd NHS-is on praegu ainus kohaldatav

kriteerium see, kas ravi on võimalik anda süsteemi plaaniliste tähtaegade piires, mis aga ei arvesta piisavalt üksikute patsientide vajadusi, ei sobi NHS-i loataotluste kord oma praegusel kujul kokku EÜ artikliga 49.

E. Neljas ja viies eelotsuse küsimus: ooteajad

91. Court of Appeal'i viimane kaalutus, nimelt kas loa andmisest keeldumisel võib tugineda ravikulude suhtelisele suurusele ja lisakuludele teises liikmesriigis, tuleb samuti tagasi lükata sel ilmsel põhjusel, et ka see on majanduslikku laadi.

92. Seepärast teen ettepaneku vastata kolmandale küsimusele nii, et teises liikmesriigis ravi saamiseks loa andmisest keeldumist saab ravijärjekordade haldamisega seotud kaalutlustel õigustada üksnes siis, kui ravijärjekordades võetakse piisavalt arvesse iga patsiendi ravivajadusi ega takistata kiireloomulistel juhtudel ravi saamist mõnes teises liikmesriigis. Kui teises liikmesriigis ravi saamise loa tingimused on kavandatud riikliku tervishoiusüsteemi finantsstabiilsuse tagamiseks, ei saa sellise loa andmisest keeldumist õigustada puhtalt eelarveliste või majanduslikku laadi kaalutlustega.

93. Nii neljas kui ka viies küsimus käsitlevad ooteaegade teemat, seega võib neid arutada koos. Neljas küsimus on täpsemalt seotud asjaoludega, mida tuleks arvesse võtta ravi „õigeaegset” kättesaadavust EÜ artikli 49 seisukohalt hinnates. Need asjaolud on järgmised: a) ooteajad; b) ravi kliiniline prioriteet-sus asjaomase NHS-i asutuse hinnangul; c) haiglaravi korraldamine kooskõlas prioriteetidega, mille eesmärk on piiratud vahenditega parima võimaliku tulemuse saavutamine; d) asjaolu, et NHS-i raames on ravi selle osutamise kohas tasuta; ning e) patsiendi haigusseisund, haiguslugu ja selle haiguse võimalik kulg, mille ravimist patsient taotleb. Viienda küsimusega küsitakse, kas määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 1 punktis c osutatud väljendite „põhjendamatu viivitusega” ning „aja jooksul, mis harilikult kulub kõnealuse ravi saamiseks” tõlgendamisel tuleb kohaldada samu kriteeriume ja kui ei, siis kuivõrd on seejuures lubatav arvestada neljandas küsimuses loetletud asjaoludega.

94. Kui Y. Watts väidab Müller-Fauré otsusele tuginedes, et „põhjendamatu viivituse” küsimusele saab vastata ainult taotlejast patsiendi tervises seisundi põhjal, on Belgia ja Prantsuse valitsus seisukohal, et seda saab teha ainult ooteaegade ja patsiendi tervise-

seisundi põhjal koos. Kõik need menetlused astunud pooled leiavad, et Inizani otsust arvestades tuleks viivitusi EÜ artikli 49 ning määruse nr 1408/71 artikli 22 seisukohast käsitleda samade kriteeriumide põhjal. Y. Watts rõhutab aga, et siseriikliku õiguse järgi tavalised ooteajad ei ole artikli 22 kontekstis olulised.

95. Hispaania ja Ühendkuningriigi valitsus ning Iirimaa väidavad, et vajaliku ravi õigeaegsuse hindamisel võib arvesse võtta kõiki Court of Appeal'i neljandas küsimuses loetletud asjaolusid. Viimased kaks märgivad, et kuna EÜ artikli 49 (millega nähakse ette teenuste osutamise vabadus) ning määruse nr 1408/71 artikli 22 (patsiente kaitsev sotsiaalkindlustussäte) eesmärk on erinev, ei mõjuta asjaolu, et neid kriteeriume ei pruugita pidada kohaldatavaks EÜ artikli 49 kontekstis, kuidagi nende kohaldatavust artikli 22 kontekstis. Ühendkuningriigi valitsus rõhutab, et määruse nr 1408/71 artikli 22 eesmärk ei ole sätestada kogu ühenduse jaoks ühtset ooteaegade standardit, vaid see viitab hoopis ooteaegade suhtes paratamatult kehtivatele siseriiklikele kriteeriumidele.

96. Soome ja Rootsi valitsus väidavad, et kuigi Euroopa Kohtu praktikast tulenevalt võib välismaal ravi saamise loa andmisest keelduda üksnes loataotlejast patsiendi tervises seisundi põhjal, ei keela see liikmesriikidel loataotluse läbivaatamisel võtta arvesse oma tervishoiusüsteemi korralikuks toimimiseks olulisi tegureid, nagu näiteks realistlikud ooteajad ravi saamiseks riigi territooriumil ning riiklikud arstiabitavad. Malta valitsus väidab, et võimalust saada õigeaegset ravi kindlustava liikmesriigi territooriumil tuleb hinnata rangelt meditsiinilisest seisukohast ja sõltumata selle ravi ooteajast, kuid et see hindamine on selle asutuse pädevuses, kelle kanda on ravikulud.

97. Komisjon on seisukohal, et määruse nr 1408/71 artikkel 22 ning eriti väljend „aja jooksul, mis harilikult kulub kõnealuse ravi saamiseks elukohajärgses liikmesriigis” ei keela riigiasutustel võtta arvesse riiklikke ooteaegu, tingimusel et iga juhtumi asjaolusid võetakse piisavalt arvesse ning ooteajad ise põhinevad objektiivselt põhjendatavatel meditsiinilistel kriteeriumidel. Selles küsimuses on otsustuspädevus siseriiklikul kohtul. Komisjon juhib ka sellele Inizani otsust⁴⁴ tsiteerides tähelepanu, et selle hindamisel,

44 — Eespool 11. joonealuses märkuses viidatud.

kas ravi on võimalik saada määruse nr 1408/71 artiklis 22 osutatud „aja jooksul, mis harilikult kulub kõnealuse ravi saamiseks elukohajärgses liikmesriigis”, on kriteeriumid samad kui need, mida Euroopa Kohus kohaldas EÜ artikli 49 kontekstis selle hindamisel, kas ravi on võimalik saada „põhjendamatu viivitusega”.

98. Nagu eespool osutatud, on Euroopa Kohus juba vastanud küsimusele, kuidas hinnata EÜ artikli 49 kohaldamisel seda, kas ravi on võimalik saada elukohajärgses liikmesriigis „põhjendamatu viivitusega”. Müller-Fauré otsuses kasutatud arutluskäigus (mida tsiteeriti eespool, kuid tuleb siin neljandale küsimusele vastamise lähtekohana korrata) leidis ta, et „pädev asutus peab võtma arvesse iga konkreetse juhtumi kõiki asjaolusid ja nõuetekohaselt arvestama mitte üksnes patsiendi tervises seisundit loa taotlemise ajal ning vajadusel patsiendi valude suurust või tema puude laadi, mis võib näiteks muuta kutsetegevuse jätkamise või-matuks või erakordselt raskeks, vaid ka tema haiguslugu.”⁴⁵

99. Court of Appeal'i küsimus puudutab aga seda, kas sellega seoses võib arvesse võtta

muid tegureid, kaasa arvatud ooteaegu ja NHS-i asutuste määratud kliinilisi prioriteete. Nagu Euroopa Kohus rõhutas, on selle hindamisel, kas ravi on võimalik anda põhjendamatu viivitusega, kõige olulisem kaalutlus see, kas ravi teatavaks ajaks edasilükkamist saab pidada vastuvõetavaks, kui arvestada patsiendi tervises seisundit ja haiguse arvatavat kulgu. Iga määratud ooteaeg peaks põhinema konkreetsetel näidustustel, mis on seotud patsiendi tervises seisundiga hinnangu andmise ajal. Mitmesuguste haiguste jaoks määratud plaanilised tähtajad sellele kriteeriumile oma abstraktse laadi tõttu ei vasta. Kuivõrd ooteajad ja kliinilised prioriteetid on määratletud kirjeldatud individuaalse hindamise põhjal, võib neid pidada kooskõlas olevaks Euroopa Kohtu poolt Smitsi ja Peerbooms'i ning Müller-Fauré otsustes kindlaksmääratud kriteeriumidega. Sel tingimusel võib ravi „õigeaegsuse” hindamisel võtta arvesse neljanda eelotsuse küsimuse punktides a ja b kirjeldatud asjaolusid. Sama kehtib punktis e kirjeldatud asjaolu kohta, sest tegemist on otseviitega Euroopa Kohtu praktikale selles küsimuses.

100. Neljandas eelotsuse küsimuses märgitud ülejäänud kaks asjaolu — haiglaravi korraldamine olukorras, kus vahendid selleks on piiratud, ning asjaolu, et ravi antakse selle osutamise kohas tasuta —, puudutavad aga

⁴⁵ — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet, punkt 90. Vt ka eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 104.

NHS-i tegevuse majanduslikku korraldust ning seepärast ei saa neid käesolevas kontekstis arvesse võtta.

101. Court of Appeal küsib järgmiseks, kas need kaalutlused kehtivad ka määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 1 punkti c ning eelkõige väljendi „aja jooksul, mis harilikult kulub kõnealuse ravi saamiseks” õige tõlgendamise kohta. Ka siin tuleb viidata Euroopa Kohtu praktikas juba leiduvatele vastustele. Inizani otsuses⁴⁶ tõlgendas Euroopa Kohus määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 1 punktis c sätestatud teist tingimust, mis ei luba siis, kui see on täidetud, liikmesriigil keelduda loa andmisest raviks teises liikmesriigis, ning viitas seejuures sõnaselgelt Smitsi ja Peerbooms'i ning Müller-Fauré otsustes⁴⁷ esitatud kaalutlustele seoses „põhjendamatu viivitusega”. Euroopa Kohus ei sedastanud küll sõnaselgelt, et neid kahte mõistet tuleb tõlgendada ühtmoodi, kuid on selge, et just see ta kavatsus oligi. Mõlema sätte puhul ei olegi mõtet kohaldada eri kriteeriume, kui põhiküsimus on sama, nimelt kas kindlustava liikmesriigi asutused suudavad anda haiglaravi vastuvõetava aja jooksul. Igasugune muu lähenemisviis suurendaks vaid ebakindlust ning vähendaks läbipaistvust.

102. Eriti Ühendkuningriigi valitsus ja Iirimaa aga väidavad vastu, et EÜ artikkel 49 ja määruse nr 1408/71 artikkel 22 teenivad eri eesmärgi ning seda tuleb nende tõlgendamisel arvesse võtta. Samas aga võib meenutada Inizani otsust, kus Euroopa Kohus juhtis tähelepanu asjaolule, et määruse nr 1408/71 artikkel 22 aitab hõlbustada kindlustatud isikute vaba liikumist ning samamoodi teravishoiuteenuste piiriülest osutamist liikmesriikide vahel.⁴⁸ Määruse nr 1408/71 aluspõhimõte on nimelt tekitada liikmesriikide sotsiaalkindlustussüsteemide vahel piisavalt koordineerimist, nii et nendes kindlustatud isikud ei loobuks oma liikumisvabaduse kasutamisest kartuses seda tehes kaotada oma aja jooksul kogutud hüvitised. Määruse nr 1408/71 artikli 22 mõte on tagada, et kindlustatud isikutel on õigus minna ravi saamiseks teise liikmesriiki, kui selles sättes toodud tingimused on täidetud, kuigi nagu eespool täheldatud, lubab see säte liikmesriikidel olla liberaalsem. Määruse nr 1408/71 artikkel näeb ette miinimumtagatise. Seega taotleb ta sama eesmärgi kui EÜ artikkel 49, kuigi teisest, nimelt kindlustatud isiku perspektiivist mitte teenuse omast.

103. Sellest järeldub, et mõisteid „põhjendamatu viivitusega”, mida kohaldatakse

46 — Eespool 11. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-56/01: Inizan, punktid 44–46.

47 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud.

48 — Eespool 11. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-56/01: Inizan, punkt 21. Vt ka eespool 11. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-368/98: Vanbraekel, punkt 32.

EÜ artikli 49 puhul, ning „aja jooksul, mis harilikult kulub kõnealuse ravi saamiseks”, mis on ette nähtud määruse nr 1408/71 artikli 22 lõikes 2, tuleb tõlgendada samadest kriteeriumidest lähtudes.

F. Kuues eelotsuse küsimus: ravi maksumuse arvutamine

104. Neljandale küsimusele tuleb seega vastata nii, et selle hindamisel, kas ravi on võimalik saada põhjendamatu viivitusega EÜ artikli 49 tähenduses, võib arvesse võtta selle ravi ooteaegu ning asjaomase NHS-i asutuse poolt ravile määratud kliinilist prioriteeti, tingimusel et need põhinevad konkreetsetel näidustustel, mis on seotud patsiendi tervises seisundiga hinnangu andmise ajal, aga ka tema haiguslooga ja tema haiguse tõenäolise kuluga.

106. Kuues eelotsuse küsimus käsitleb ravikulude hüvitamise summa arvutamist. Eeldusel, et Euroopa Kohus otsustab, et Ühendkuningriik on ühenduse õiguse järgi kohustatud NHS-is kindlustatud isikutele nende ravikulud hüvitama, küsib Court of Appeal, kas ravi maksumus arvutatakse määruse nr 1408/71 artikli 22 alusel viitega selle liikmesriigi õigusaktidele, kus ravi osutatakse, või EÜ artikli 49 alusel viitega elukohajärgse liikmesriigi õigusaktidele. Lisaks küsib ta kummalgi juhul, milline on haiglaravi kulude tasumise või hüvitamise kohustuse täpne ulatus, eriti kui puuduvad patsientidele ravikulude hüvitamise riiklikult sätestatud määrad, kas see kohustus on piiratud kindlustavas liikmesriigis samasuguse või võrdväärse ravi osutamise tegelike kuludega ning kas see hõlmab reisi- ja majutuskulude hüvitamise kohustust.

105. Viiendale küsimusele määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 1 punkti c ning eelkõige väljendi „aja jooksul, mis harilikult kulub kõnealuse ravi saamiseks” õige tõlgendamise kohta tuleb vastata nii, et kohaldatavad kriteeriumid on samad, mis väljendi „põhjendamatu viivitusega” tõlgendamisel EÜ artikli 49 puhul.

107. Y. Watts väidab, et kui isikul on õigus saada ravi teises liikmesriigis nii määruse nr 1408/71 artikli 22 kui ka EÜ artikli 49 alusel, võib ta oma ravikulude hüvitamist nõuda kõige soodsama sätte alusel, mis käesoleval juhul on EÜ artikkel 49. Kui elukohajärgses liikmesriigis puuduvad ravikulude hüvitamise määrad, tuleb ravikulud

hüvitada täissummas. Reisi- ja majutuskulud tuleb hüvitada üksnes juhul, kui patsiendi loataotlus jäetakse vastuolus määruse nr 1408/71 artikliga 22 rahuldamata ning need kulud oleks muidu kandnud pädev asutus.

108. Belgia ja Prantsuse valitsus leiavad, et kehtib selle liikmesriigi õigus, kus ravi antakse, välja arvatud juhul, kui kindlustava liikmesriigi hüvitisemäärad on loataotlejale soodsamad.

109. Ühendkuningriigi valitsus on seisukohal, et kui EÜ artikkel 49 on NHS-i suhtes kohaldatav, sõltub ravikulude hüvitamise kohustuse ulatus sellest, milline on patsiendi õigus hüvitisele siseriikliku õiguse kohaselt. Määruse nr 1408/71 artikli 22 kohaselt peab kindlustav liikmesriik hüvitama ravi andnud liikmesriigi pädevale asutusele üksnes selle osa ravikuludest, mille eest ta vastutab. Peale selle ei kohustavat see säte kindlustavat liikmesriiki hüvitama reisi- või muid kulusid. Neid võib tagasi nõuda EÜ artikli 49 alusel üksnes siis ja sel määral, kui vastav õigus on ette nähtud siseriiklikes õigusaktides.

110. Hispaania ja Soome valitsus väidavad, et kuna EÜ artikkel 49 käesoleval juhul kohaldatav ei ole, tuleb hüvitisel summa määrata kooskõlas määruse nr 1408/71 artikliga 22. Soome valitsus lisab, et kuna kõnealune säte ei reguleeri reisi- ja majutuskulude hüvitamist, on see siseriikliku õiguse küsimus. Iirimaa väidab, et NHS-i kohustus maksta patsiendile tagasi teises liikmesriigis saadud ravi kulud peab olema võimalikult ulatuslik ning see ei hõlma täiendavaid kulusid. Rootsi valitsus leiab, et siseriiklikel võimudel peaks olema õigus keelduda ülemääraste kulude hüvitamisest.

111. Nagu kuuendast küsimusest nähtub, erinevad teises liikmesriigis saadud haiglaravi kulude hüvitamise tingimused olenevalt sellest, kas tervishoiuteenust osutati määruse nr 1408/71 artikli 22 või EÜ artikli 49 alusel.

112. Esimesel juhul antakse patsiendile tavaliselt luba saada ravi teises liikmesriigis ning selle kulud hüvitatakse määruse nr 1408/71 artikli 36 alusel otse selle liikmesriigi pädevale asutusele, kus ravi anti. Kuivõrd määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 1 punktis c on sätestatud, et mitterahalisi hüvitisi annab pädeva asutuse nimel viibimis- või elukoha-

järgne asutus vastavalt tema poolt kohaldatavatele õigusaktidele, on selge, et hüvitise-summa arvutatakse ravi andnud liikmesriigi õigusaktide alusel.

113. Kui ebaseaduslikult keeldutakse andmast luba minna ravi saamiseks teise liikmesriiki, mida on taotletud määruse nr 1408/71 artikli 22 alusel, on loataotlejal õigus nõuda otse kindlustava liikmesriigi pädevalt asutuselt oma ravikulude hüvitamist summas, mille see oleks tavalises korras hüvitanud,⁴⁹ kui luba oleks kohe nõuetekohaselt antud,⁵⁰ ehk ravi andnud liikmesriigi õigusaktide järgi arvutatud summas.

114. Kui aga kindlustatud isikul on pädevas liikmesriigis õigus hüvitisele summas, mis on suurem kui see, millele tal oleks õigus ravi andnud liikmesriigi õigusaktide kohaselt, on tal, nagu Euroopa Kohus otsustas Vanbraekeli kohtuasjas, õigus lisahüvitisele summas, mis hõlmab kummagi liikmesriigi õigusaktide järgsete hüvitisetsummade vahet.⁵¹

115. Kui määruse nr 1408/71 artikli 22 puhul võetakse hüvitise arvutamise aluseks ravi andnud liikmesriigi õigusaktid, siis EÜ artikli 49 puhul on olukord teine. Nagu Euroopa Kohus otsustas Müller-Fauré kohtuasjas, määravad kindlustatud isikute kindlustuskatte suuruse kindlaks ainult liikmesriigid. Kui kindlustatud isik läheb ravi saamiseks eelneva loata teise liikmesriiki, võib ta saadud ravi kulude hüvitamist nõuda üksnes oma haiguskindlustuse katte ulatuses oma liikmesriigis.⁵² Kui EÜ artikkel 49 on kohaldatav, määratakse hüvitise tase kindlaks pädeva liikmesriigi õigusaktide alusel. See tähendab, et patsiendil on õigus nõuda oma ravikulude hüvitamist üksnes summas, mis oleks talle hüvitatud, kui talle oleks sama ravi antud pädevas liikmesriigis.

116. Kuigi need reeglid on iseenesest selged, tekib küsimus, kuidas tuleb neid kohaldada olukorras, kus on näiteks Ühendkuningriigi NHS, kes osutab tervishoiuteenuseid nende osutamise kohas tasuta ning kellel ei ole mitte mingisugust hüvitiste maksmise korda. Seejuures on tähelepanu juhitud sellele, et NHS-is ei ole hüvitisemäärasid.

49 — Juhin siinkohal tähelepanu, et nii Euroopa Kohtu otsuses selles küsimuses (punkt 53) kui ka otsuse resolutsioonis viidatakse ekslikult „summas, mille hüvitaks ravi andnud asutus.“ Kohtujuristi kursiiv.

50 — Eespool 11. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-368/98: Vanbraekel, punkt 34.

51 — Eespool 11. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-368/98: Vanbraekel, punkt 53.

52 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet, punkt 98. Vt ka sama kohtuotsus, punkt 106.

117. Asjaolu, et hüvitisemäärasid ei ole, ei takista iseenestest kohaldada neid reegleid välismaal saadud ravi kulude hüvitamise summa arvutamisel. Pruugib vaid meenutada Euroopa Kohtu arutluskäiku Müller-Fauré otsuses, mida ma tsiteerisin punktis 73, et liikmesriigid on kohustatud looma mehhanismid, mis viivad nende sotsiaalkindlustussüsteemid kooskõlla siseturu nõuetega ning määruse nr 1408/71 toimumisviisiga, ning et üks selline mehhanism võib olla hüvitise-määrade sätestamine. NHS-i puhul tundub, et sellised määrad peavad olema olema nende kulude arvutamiseks, mida patsiendid, kes ei ela Ühendkuningriigis, peavad NHS-ile 1989. aasta määruse (NHS (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1989) alusel maksuma. Kui hüvitisessummade arvutamiseks ette nähtud määrasid ei ole, jääb arvutamise alusena alles saadud ravi tegelik kulu.

118. Kuuenda eelotsuse küsimuse viimane punkt puudutab seda, kas EÜ artiklist 49 ja määruse nr 1408/71 artiklist 22 tuleneb õigus teises liikmesriigis saadud haiglaraviga seotud reisi- ja majutuskulude hüvitamisele. Siinkohal soovin kõigepealt juhtida tähelepanu asjaolule, et määrus nr 1408/71 koordineerib riiklikke sotsiaalkindlustussüsteeme üksnes sedavõrd, kui seda on vaja kindlustatud isikute vaba liikumise tagamiseks, kuid õigus hüvitistele on siseriikliku õiguse küsimus. Sellises süsteemis näevad määruse nr 1408/71 artiklid 22 ja 36 ette ainult ravikulude hüvitamise asjaomaste asutuste vahel ravi andnud liikmesriigi hüvitisemäärade. Kuigi see süsteem võib hõlmata

haiglas viibimise kulusid, ei saa see loomulikult hõlmata reisi- või majutuskulusid, mis tekivad väljaspool raviasutust. Järelikult reguleerib õigust nõuda välismaal saadud raviga seotud reisi- ja majutuskulude hüvitamist eelkõige siseriiklik õigus. Nii et kui siseriikliku õigusega on ette nähtud seoses riigi territooriumil saadud raviga tekkivate lisakulude hüvitamine, järeldeb EÜ artiklist 49, et nende hüvitamist peaks olema võimalik nõuda samade määradega ja samadel tingimustel ka siis, kui ravi on saadud mõnes teises liikmesriigis.⁵³

119. Kuuendale eelotsuse küsimusele tuleb seega vastata nii, et kui liikmesriik on ühenduse õiguse järgi kohustatud oma territooriumil elavale isikule hüvitama ravikulud, mis on talle tekkinud seoses haiglaraviga teises liikmesriigis ja väljaspool määruse nr 1408/71 artikli 22 kohaldamisala, tuleb need arvutada välja selle isiku elukohajärgse liikmesriigi õigusaktide alusel. Kui hüvitisessummade arvutamiseks kehtestatud määrasid ei ole, tuleb hüvitisessumma arvutada välja saadud ravi tegelike kulude põhjal. Teises liikmesriigis saadud raviga seotud reisi- ja majutuskulud tuleb hüvitada üksnes juhul,

53 — Eespool 19. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsus C-8/02: Leichte.

kui see on siseriiklikus õiguses ette nähtud seoses sama riigi territooriumil saadud raviga.

kohustused kooskõlas EÜ artikli 152 lõikega 5. Belgia valitsus märgib, et isegi kui liikmesriigid peavad nende kohustuste pärast enda kanda võtma kulud, mis ületavad nende territooriumil tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamiseks ning kättesaadavaks tegemiseks ette nähtud kulusid, ei ole veel märke selle kohta, et need lisakulud võivad riikliku süsteemi finantstasakaalu rikkuda.

G. Seitsmes eelotsuse küsimus: eelarve piirangud ja EÜ artikli 152 lõige 5

120. Viimase eelotsuse küsimusega tahe-takse teada, kas liikmesriikidel lasub EÜ artiklist 49 ja määruse nr 1408/71 artiklist 22 tulenevalt kohustus rahastada teises liikmesriigis saadud haiglaravi, arvestamata eelarve piiranguid, ning kui jah, kas see on siis kooskõlas liikmesriikide vastutusega tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamise ning kättesaadavaks muutmise eest, mida on tunnustatud EÜ artikli 152 lõikes 5.

122. Soome ja Ühendkuningriigi valitsus ning Iirimaa on vastupidisel seisukohal, et liikmesriigi kohustus hüvitada teises liikmesriigis saadud ravi kulud, ilma et seejuures arvestataks tema eelarve piiranguid, ei ole kooskõlas liikmesriikide vastutusega tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamise ning kättesaadavaks muutmise eest, mida on tunnustatud EÜ artikli 152 lõikes 5. Sellisel kohustusel oleksid rängad tagajärjed riiklike süsteemidele, mis on korraldatud täielikult riigi poolt, mis pakuvad mitterahalisi hüvitisi ning mida rahastatakse maksutuludest.

121. Y. Watts väidab, et järeldus, et ravi „õigeaegsuse” küsimuse hindamisel ei ole eelarve piirangud olulised, ei ole vastuolus EÜ artikli 152 lõikega 5 ega kujuta endast sekkumist liikmesriikide suveräänsesse pädevusse selles valdkonnas. Majanduslikud kaalutlused ei saa õigustada teenuste osutamise vabaduse piiramist. Prantsuse valitsus leiab, et seni, kui antud lubade arv on suhteliselt piiratud ja hüvitatava ravi kulud jäävad mõistlikkuse piiresse, on EÜ artiklist 49 ja määruse nr 1408/71 artiklist 22 tulenevad

123. Juhiksin siinkohal kõigepealt tähelepanu asjaolule, et EÜ artiklit 152 kui tervikut silmas pidades on selle lõike 5 funktsioon seada piirid tegevusele ja poliitikale, mida ühendus võib kõnealuses valdkonnas aren-

dada. See säte ei kujuta endast üldist erandit EÜ asutamislepingust tulenevatest kohustus-test, mis põhinevad liikmesriikide vastutusel tervishoiusektoris. Seda tuleb hoopis tõlgendada vastavalt Euroopa Kohtu väljakujunenud praktikale, mille kohaselt on liikmesriigid pädevad korraldama oma sotsiaalkindlustussüsteeme, kuid selle pädevuse kasutamisel peavad nad täielikult täitma ühenduse õigusest tulenevaid kohustusi, eriti asutamislepinguga tagatud põhivabadustega seotud kohustusi.

124. Teiseks ei tohiks unustada, et kuigi Euroopa Kohus ei aktsepteeri teenuste osutamise vabaduse piiramise õigustusena puhtmajanduslikku laadi kaalutlusi, on ta EÜ artikli 49 puhul tunnistanud, et sotsiaalkindlustussüsteemi finantstasakaalu häirimise oht võib niisugust piiramist õigustada sedavõrd, kuivõrd sellise ohu realiseerumine võib mõjutada rahvatervise kaitse üldist taset.⁵⁴ Euroopa Kohus on otsustanud, et sel põhjusel võib eelneva loa taotlemise nõuet pidada mõistlikuks ja vajalikuks meetmeks, mille abil kontrollitakse patsientide voolu riigi tervisekindlustussüsteemist teiste liikmesriikide haiglatesse, seni kui loa andmise tingimused on ühenduse õigusega kooskõlas.

125. Seega on Euroopa Kohus viinud omavahel tasakaalu ühelt poolt patsientide põhimõttelise vabaduse saada haiglaravi teistes liikmesriikides ning teiselt poolt liikmesriikide mure oma eelarve pärast, mis on tingitud sellest, et nende riiklikus tervishoiu- ja tervisekindlustuse süsteemis kindlustatud isikud käivad ravi saamas väljaspool. Euroopa Kohus on määratlenud, millistes piirides on liikmesriikidel õigus patsientide sellist liikumist oma riiklike süsteemide finantstasakaalu säilitamise eesmärgil kontrollida. Kui liikmesriigil õnnestub tõestada, et tema kohustus hüvitada tema territooriumil kindlustatud isikutele välismaal saadud haiglaravi kulud on kasvanud nii suureks, et see ohustab otseselt tema riikliku süsteemi elujõulisust ning võib seepärast kahjustada tervishoiuteenuste kvaliteeti ja jätkuvust tema territooriumil, võib ta õigustatult võtta meetmeid, mis piiravad patsientide väljavoolu vastuvõtava tasemeni. Eelarve piirangud üksi, lahus süsteemi finantsstabiilsusele suunatud üldisest poliitikast, ei saa aga õigustada teises liikmesriigis ravi saamise õiguse piiramist.

126. Viies haiglaraviteenuste osutamise vabaduse kooskõlla liikmesriikide eluliste huvidega oma riiklike tervishoiusüsteemide stabiilsuse tagamise vastu on Euroopa Kohus näidanud, mil määral võib kõnealuse vabaduse piiramisel arvesse võtta eelarve piiranguid. See tõlgendus arvestab täielikult liikmesriikide vastutusega tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamise ning kättesaadavaks

54 — Eespool 2. joonealuses märkuses viidatud kohtuotsused C-158/96: Kohll, punkt 41, C-157/99: Smits ja Peerbooms, punkt 72, ja C-385/99: Müller-Fauré ja van Riet, punktid 72-73.

tegemise eest EÜ artikli 152 lõike 5 tähenduses.

järeldanud, et seda kriteeriumi tohib kohaldada üksnes juhul, kui võetakse arvesse loataotlejast patsiendi tervise seisundit loa taotlemise ajal.

127. Mis puutub määruse nr 1408/71 artikli 22 lõikesse 2, siis selle eesmärk on määrata kindlaks tingimused, mil välismaal ravi saamise loa andmisest keeldumine ei ole lubatud. Selle sätte mõte ei ole küll piirata asjaolusid, mil sellise loa andmine on lubatud, kuid ta ei luba liikmesriikidel kehtestada täiendavaid loa andmisest keeldumise kriteeriume. Kuivõrd eelarvekaalutlused sõltuvad sellest, mida liikmesriigis peetakse „harilikuks” ooteajaks, olen ma juba kooskõlas Euroopa Kohtu praktikaga selles valdkonnas

128. Seega ei luba EÜ artikkel 49 liikmesriigil selle hindamisel, kas ta on kohustatud hüvitama mõnes teises liikmesriigis antud ravi kulusid, võtta eraldi arvesse eelarvelisi kaalutlusi, välja arvatud juhul, kui on tõestatud, et selle kohustuse täitmine laiemas mastaabis ohustaks riikliku tervishoiusüsteemi finantstasakaalu. Eelarvelisi kaalutlusi ei tohi võtta arvesse selliste otsuste tegemisel, millega keeldutakse määruse nr 1408/71 artikli 22 alusel taotletud loa andmisest. See tõlgendus on täielikult kooskõlas EÜ artikli 152 lõikega 2.

VI. Ettepanek

129. Esitatud põhjendustest lähtudes teen Euroopa Kohtule ettepaneku vastata Court of Appeal'i esitatud eelotsuse küsimustele järgmiselt:

- 1) EÜ artiklit 49 tuleb tõlgendada nii, et isikutel, kes elavad alaliselt liikmesriigis, kus on kasutusel riiklik tervishoiuteenistus nagu Ühendkuningriigi National

Health Service, on põhimõtteliselt õigus saada haiglaravi teistes liikmesriikides oma riigi tervishoiuteenistuse kulul. Liikmesriigid võivad selle õiguse siduda eelneva loa taotlemise nõudega, tingimusel et loataotluste läbivaatamine toimub objektiivsete, mittediskrimineerivate ja läbipaistvate kriteeriumide põhjal menetlussüsteemis, mis on hõlpsasti ligipääsetav ning suudab tagada loataotluste objektiivse ja erapooletu menetlemise mõistliku aja jooksul; samuti peab loa andmisest keeldumise peale olema võimalik kaevata kohtusse. Selliste kriteeriumide ja sellise menetluse puudumine ei saa isikuid niisugusest õigusest ilma jätta. EÜ artikli 49 kohaldamisel põhikohtuasjas käsitletud asjaoludel ei ole oluline, kas NHS-i asutustes antav haiglaravi ise kujutab endast teenuste osutamist EÜ artikli 49 tähenduses.

- 2) Teises liikmesriigis ravi saamiseks loa andmisest keeldumist saab ravijärjekorrad haldamisega seotud kaalutlustel õigustada üksnes siis, kui ravijärjekorrad võetakse piisavalt arvesse iga patsiendi ravivajadusi ega takistata kiireloomulistel juhtudel ravi saamist mõnes teises liikmesriigis. Kui teises liikmesriigis ravi saamise loa tingimused on kavandatud riikliku tervishoiusüsteemi finantsstabiilsuse tagamiseks, ei saa sellise loa andmisest keeldumist õigustada puhtalt eelarveliste või majanduslikku laadi kaalutlustega.

- 3) Selle hindamisel, kas ravi on võimalik saada põhjendamatult viivitusega EÜ artikli 49 tähenduses, võib arvesse võtta selle ravi ooteaegu ning asjaomase NHS-i asutuse poolt ravile määratud kliinilist prioriteeti, tingimusel et need põhinevad

konkreetsel näidustusel, mis on seotud patsiendi tervises seisundiga hinnangu andmise ajal, aga ka tema haiguslooga ja tema haiguse tõenäolise kuluga.

- 4) Määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 1 punkti c ning eelkõige väljendi „aja jooksul, mis harilikult kulub kõnealuse ravi saamiseks” õige tõlgendamise kohta tuleb vastata nii, et kohaldatavad kriteeriumid on samad, mis väljendi „põhjendamatu viivitusega” tõlgendamisel EÜ artikli 49 puhul.
- 5) Kui liikmesriik on ühenduse õiguse järgi kohustatud oma territooriumil elavale isikule hüvitama ravikulud, mis on talle tekkinud seoses haiglaraviga teises liikmesriigis ja väljaspool määruse nr 1408/71 artikli 22 kohaldamisala, tuleb need arvutada välja selle isiku elukohajärgse liikmesriigi õigusaktide alusel. Kui hüvitiseliste arvutamiseks kehtestatud määrasid ei ole, tuleb hüvitise summa arvutada välja saadud ravi tegelike kulude põhjal. Teises liikmesriigis saadud raviga seotud reisi- ja majutuskulud tuleb hüvitada üksnes juhul, kui see on siseriiklikus õiguses ette nähtud seoses sama riigi territooriumil saadud raviga.
- 6) EÜ artikkel 49 ei luba liikmesriigil selle hindamisel, kas ta on kohustatud hüvitama mõnes teises liikmesriigis antud ravi kulusid, võtta eraldi arvesse eelarvelisi kaalutlusi, välja arvatud juhul, kui on tõestatud, et selle kohustuse täitmine laiemas mastaabis ohustaks riikliku tervishoiusüsteemi finantstasakaalu. Eelarvelisi kaalutlusi ei tohi võtta arvesse selliste otsuste tegemisel, millega keeldutakse määruse nr 1408/71 artikli 22 lõike 2 alusel taotletud loa andmisest.