



Kohtulahendite kogumik

KOHTUJURISTI ETTEPANEK

DEAN SPIELMANN

esitatud 15. mail 2025¹

Kohtuasi C-489/23

AF

versus

Guvernul României,

Ministerul Sănătății,

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

(eelotsusetaotlus, mille on esitanud on esitanud Înalta Curte de Casație și Justiție (Rumeenia kassatsioonikohus))

Eelotsusetaotlus – Sotsiaalkindlustus – Piiriülesed tervishoiuteenused – Teenuste osutamise vabadus – ELTL artikkel 56 – Direktiiv 2011/24/EL – Artikli 7 lõige 7 – Kindlustatud isiku ravikulude katmine – Hüvitamine – Nõue, et üksnes kindlustatud isiku kindlustajaliikmesriigi riiklikku ravikindlustussüsteemi kuuluv arst tohib läbi viia arstlikku läbivaatust, mille alusel esitatakse haiglaravitaotlus

Sissejuhatus

1. Eelotsuse küsimus, millele on käesolev ettepanek vastavalt Euroopa Kohtu nõudmisele keskendunud, puudutab ELTL artikli 56 ja direktiivi 2011/24/EL² artikli 7 lõike 7 tõlgendamist. Euroopa Kohtul palutakse esimest korda võtta seisukoht küsimuses, kas see direktiivi säte lubab kindlustajaliikmesriigil seada piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamise tingimuseks, et arstliku läbivaatuse peab olema läbi viinud selle riigi riikliku ravikindlustussüsteemi arst, kes on seejärel väljastanud haiglaravitaotluse.

2. Eelotsusetaotluse on esitanud Înalta Curte de Casație și Justiție (Rumeenia kassatsioonikohus) kohtuvaidluses, mille on algatanud Rumeenia elanik AF Guvernul României (Rumeenia valitsus), Ministerul Sănătății (tervishoiuministeerium, Rumeenia) ja Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (Mureși piirkondlik haigekassa, Rumeenia) vastu, kuna viimane keeldus hüvitamast talle Saksamaal osutatud haiglaravi kulusid.

¹ Algkeel: prantsuse.

² Euroopa Parlamendi ja nõukogu 9. märtsi 2011. aasta direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius (ELT 2011, L 88, lk 45).

Õiguslik raamistik

Liidu õigus

Määrus nr 1408/71

3. Nõukogu 14. juuni 1971. aasta määruse (EMÜ) nr 1408/71 sotsiaalkindlustusskeemide kohaldamise kohta ühenduse piires liikuvate töötajate ja nende pereliikmete suhtes³ artiklis 22 „Viibimine väljaspool pädevat riiki. Naasmine või elama asumine teise liikmesriiki haiguse või raseduse ajal või sünnitusjärgsel ajal. Vajadus minna teise liikmesriiki, et saada asjakohast ravi“ oli sätestatud:

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

[...]

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

on õigus saada:

i) mitterahalisi hüvitisi, mida pädeva asutuse nimel annab viibimiskoha[järgne] [...] asutus vastavalt tema poolt kohaldatavatele õigusaktidele, nii nagu oleks see asutus kõnealuse isiku kindlustanud; hüvitiste andmise kestus on siiski reguleeritud pädeva riigi õigusaktidega;

[...]

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.“

Määrus (EÜ) nr 883/2004

4. Euroopa Parlamendi ja nõukogu 29. aprilli 2004. aasta määrusega (EÜ) nr 883/2004 sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise kohta⁴ tunnistati määrus nr 1408/71 kehtetuks ja asendati alates 1. maist 2010.

5. Selle määruse artikli 20 „Reisimine mitterahaliste hüvitiste saamise eesmärgil – luba saada asjakohast ravi väljaspool elukohajärgset liikmesriiki“ lõigetes 1 ja 2 on sätestatud:

„1. Kui käesoleva määrusega ei ole sätestatud teisiti, siis taotleb kindlustatud isik, kes reisib teise liikmesriiki eesmärgiga sealviibimise ajal saada mitterahalisi hüvitisi, luba pädevalt asutuselt.

³ EÜT 1997, L 28, lk 1; ELT eriväljaanne 05/01, lk 35.

⁴ EÜT 2004, L 166, lk 1; ELT eriväljaanne 05/05, lk 72.

2. Kindlustatud isik, kes on saanud pädevalt asutuselt loa minna teise liikmesriiki tema seisundile sobiva ravi saamiseks, saab mitterahalisi hüvitisi, mida pädeva asutuse nimel annab viibimiskohajärgne asutus vastavalt viimase kohaldatavate õigusaktide sätetele, nagu oleks ta kindlustatud nimetatud õigusaktide alusel. Luba antakse, kui kõnealune ravi kuulub kõnealuse isiku elukohajärgses liikmesriigis õigusaktidega sätestatud hüvitiste hulka ning seda ravi pole võimalik talle pakkuda meditsiiniliselt õigustatud tähtja jooksul, võttes arvesse tema tervislikku seisundit ja haiguse võimalikku kulgu.“

Määrus (EÜ) nr 987/2009

6. Euroopa Parlamendi ja nõukogu 16. septembri 2009. aasta määruse (EÜ) nr 987/2009, milles sätestatakse määruse (EÜ) nr 883/2004 (sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise kohta) rakendamise kord⁵, artikli 26 lõike 4 kohaselt on pädeval asutusel kogu loa andmise menetluse kestel õigus lasta oma valitud arstil kindlustatud isik läbi vaadata isiku viibimis- või elukohaliikmesriigis.

Direktiiv 2011/24

7. Direktiivi 2011/24 artikli 7 lõikes 7 on sätestatud, et kindlustajaliikmesriik võib piiriüleste tervishoiuteenuste, sealhulgas telemeditsiini kaudu saadud tervishoiuteenuste kulude hüvitamist sooviva kindlustatud isiku suhtes kohaldada samu tingimusi, vastavuskriteeriume ning õigus- ja haldusformaalsusi (olenemata sellest, kas need on kehtestatud kohalikul, piirkondlikul või riiklikul tasandil), mida kohaldataks juhul, kui kõnealuseid tervishoiuteenuseid oleks osutatud tema territooriumil. See võib hõlmata kindlustajaliikmesriigi kohustuslikule sotsiaalkindlustussüsteemile või riiklikule tervishoiusüsteemile teenuseid osutava tervishoiutöötaja või tervishoiuametniku (näiteks üldarst või esmatasandi arst, kelle juures patsient on registreeritud) hinnangut, kui see on vajalik selleks, et määrata kindlaks patsiendi õigus tervishoiuteenustele. Ükski käesoleva lõike kohaselt kohaldatav tingimus, vastavuskriteerium ega õigus- või haldusformaalsus ei tohi olla diskrimineeriv ega kujutada endast takistust patsientide, teenuste või kaupade vabale liikumisele, välja arvatud juhul, kui see on objektiivselt õigustatud planeerimisvajadusega, mis on seotud eesmärgiga tagada küllaldane ja püsiv juurdepääs kvaliteetsete raviteenuste tasakaalustatud valikule asjaomases liikmesriigis või sooviga kontrollida kulusid ja vältida niipalju kui võimalik rahaliste, tehniliste või inimressursside raiskamist.

8. Selle direktiivi artiklis 8 on sätestatud:

„1. Kindlustajaliikmesriik võib piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamiseks ette näha eellubade süsteemi vastavalt käesolevale artiklile ja artiklile 9. Eellubade süsteem, sealhulgas kriteeriumid ja nende kriteeriumide kohaldamine ning eelloa andmisest keeldumise individuaalsed otsused piirduvad eesmärgi saavutamiseks vajaliku ja proportsionaalsega ega tohi kujutada endast meelevaldset diskrimineerimist või põhjendamatut takistust patsientide vabale liikumisele.

[...]

⁵ EÜT 2009, L 284, lk 1.

3. Kui kindlustatud isik taotleb eelluba piiriülese tervishoiuteenuse saamiseks, teeb kindlustajaliikmesriik kindlaks, kas määruses (EÜ) nr 883/2004 sätestatud tingimused on täidetud. Kui need tingimused on täidetud, antakse eelluba kõnealuse määruse kohaselt, välja arvatud juhul, kui patsient soovib teisiti.

[...]

5. Ilma et see piiraks lõike 6 punktide a–c kohaldamist, ei või kindlustajaliikmesriik keelduda eelloa andmisest, kui patsiendil on artikli 7 kohaselt õigus asjaomasele tervishoiuteenusele ja kui seda tervishoiuteenust ei saa osutada kindlustajaliikmesriigi territooriumil meditsiiniliselt õigustatud tähtaja jooksul, võttes arvesse patsiendi tervises seisundi objektiivset meditsiinilist hinnangut, tema haiguslugu ja haiguse võimalikku kulgu, valu suurust ja/või puude laadi loataotluse esitamise või uuendamise ajal.“

Rumeenia õigus

9. 16. aprilli 2014. aasta metoodikanormid piiriülese tervishoiu kohta (Normele Metodologice din 16 aprilie 2014 privind asistența medicală transfrontalieră, edaspidi „metoodikanormid“) on lisatud valitsuse 16. aprilli 2014. aasta otsusele nr 304/2014 piiriülest tervishoidu käsitlevate metoodikanormide kinnitamise kohta (Hotărârea Guvernului n° 304/2014 din 16 aprilie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră; edaspidi „valitsuse otsus nr 304/2014“) ⁶, millega need kinnitati.

10. Nende metoodikanormide artikli 3 lõike 1 punkti b alapunktis i, mis on esitatud II peatükis „Piiriüleste tervishoiuteenuste tüüpiliste hindade/tariifide hüvitamise metoodika, sealhulgas nende tase“, on sätestatud:

„1. Tervisekassa hüvitab kindlustatud isiku, tema pereliikme (vanem, abikaasa, poeg/tütar) või tema volitatud isiku kirjaliku taotluse alusel, millele on lisatud tõendavad dokumendid, [liidu] liikmesriigi territooriumil osutatud ja kindlustatud isiku makstud piiriüleised tervishoiuteenused artiklis 4 sätestatud määrade alusel, kui:

[...]

b) on täidetud järgmised hüvitamiskõlblikkuse kriteeriumid:

- i) haiglaraviteenuseid osutati teises Euroopa Liidu liikmesriigis arstliku läbivaatuse tulemusel, mille viis läbi arst, kes osutab raviteenuseid Rumeenia sotsiaal-ravikindlustussüsteemis, ja mille alusel esitati haiglaravitaotlus, välja arvatud artikli 1 kriteeriumis 2 nimetatud olukorrad ja olukorrad, mis vastavad kriteeriumidele, mis võimaldavad haiglasse võtmist ilma haiglaravitaotluseta ja mis on ette nähtud sotsiaal-ravikindlustussüsteemi raames tervishoiuteenuste osutamisele kohaldatavate tingimuste raamlepingus (Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate).“

11. Metoodikanormide artikli 3 lõikes 2 on täpsustatud, et „lõikes 1 nimetatud „tõendavad dokumendid“ on „kõik meditsiinidokumendid, sealhulgas haiglaravitaotlus, ravimite ja meditsiiniseadmete väljakirjutamise arstiretsept, arstitõend, milles on märgitud soovitus raviks

⁶ Avaldatud väljaandes *Monitorul Oficial al României*, I osa, nr 318, 30.4.2014.

riiklikes tervishoiuprogrammides ravimiseks kasutatavate konkreetsete ravimitega, mida väljastatakse Rumeenia ravikindlustussüsteemi raames suletud süsteemi apteekides – koopia – ja mis tõendab, et kindlustatud isik on saanud raviteenuseid, ravimeid ja meditsiiniseadmeid, ning mille on dateerinud ja allkirjastanud tõendi väljastanud arst [...]“.

Faktilised asjaolud, põhikohtuasi, eelotsuse küsimused ja menetlus Euroopa Kohtus

12. Rumeenias elaval AF-il diagnoositi 8. märtsil 2018 Endoplus de Cluj-Napoca (Rumeenia) uroloogia- ja androloogiakliinikus eesnäärme adenokartsinoom.

13. Patsiendi tervisele ja edasisele taastumisele kasulikkust arvestades oli soovitatavaks raviks robotkirurgiline prostatektoomia. AF-ile teatati, et Cluj-Napoca (Rumeenia) riiklikus haiglas on selline kirurgiarobot olemas, kuid et see ei olnud sel ajal töökorras, ning et talle võidakse sama protseduur teha erasüsteemis, hinnaga umbes 13 000 eurot.

14. Sellega seoses otsustas AF minna sama hinnaga robotkirurgilisele operatsioonile Saksamaal asuvasse erikliinikusse, mis on spetsialiseerunud ainult sellele patoloogiale.

15. AF palus 2018. aasta aprilli alguses Mureși piirkondlikul haigekassal väljastada talle erivorm E 112, mis on vastavalt määrusele nr 1408/71, mis on asendatud määrusega nr 883/2004, nõutav ravi jaoks teises liikmesriigis, et saada luba minna ravile sellesse liikmesriiki. See taotlus jäeti rahuldamata.

16. Paralleelselt selle menetlusega pakuti AF-ile võimalust saada Saksamaal operatsioonile 9. mail 2018, kuna teine patsient oli samaks kuupäevaks reserveeritud operatsiooniaja tühistanud. Kui ta oleks sellest keeldunud, oleks ta pidanud pärast Mureși piirkondliku haigekassa nõusoleku saamist operatsiooniaega ootama kaheksa nädalat. Seepärast tegi AF 24. aprillil 2018 makse, et reserveerida endale aeg 9. maiks 2018.

17. Pärast makse tegemist otsustas AF saata nõutud vormi väljastamise taotluse Mureși piirkondlikule haigekassale väljastustega posti teel. Ta sai vastuse, milles oli märgitud, et tema taotlus ei olnud koostatud standardsel taotlusvormil ja sellele ei olnud lisatud riigisisestes õigusaktides ette nähtud dokumente.

18. Operatsioon, mille jaoks oli määratud „raviastutusse sissekirjutamine“ 8.-14. maini 2018, toimus lõpuks 9. mail 2018.

19. Pärast operatsiooni Rumeeniasse tagasipöördumisel taotles AF määruse nr 1408/71 (asendatud määrusega nr 883/2004) ja 5. oktoobri 2010. aasta kohtuotsuse Elchinov⁷ alusel Mureși piirkondlikult haigekassalt 13 069 euro suuruse summa hüvitamist, mis vastab tema Saksamaal saadud tervishoiuteenuste kuludele. Mureși piirkondlik haigekassa keeldus maksmast, täpsustades, et vorm E 112 pidi olema välja antud enne hüvitisetaaja lahkumist ja et AF oleks pidanud hüvitise saamiseks järgima valitsuse otsuse nr 304/2014 lisas ette nähtud menetlust.

⁷ C-173/09, edaspidi „kohtuotsus Elchinov“, EU:C:2010:581.

20. AF vastas, et ta oli järginud ka seda menetlust, kuid et see ei olnud andnud tulemusi, ning väitis, et talle ei olnud võimalik hüvitist maksta seetõttu, et ta ei olnud esitanud Rumeenia sotsiaal-ravikindlustussüsteemi raames meditsiiniteenuseid osutava arsti väljastatud haiglaravitaotlust, kuna see tingimus on metoodikanormide artikli 3 lõike 1 punkti b alapunktis i ette nähtud.

21. AF taotles veel teise taotlusega Mureși piirkondlikult haigekassalt piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamist ning esitas metoodikanormide kohaselt nõutud teatavate dokumentide koopiad. See taotlus jäeti rahuldamata, kuna puudusid tõendid selle kohta, et AF oli läbinud arstliku läbivaatuse, mille alusel esitas Rumeenia sotsiaal-ravikindlustussüsteemi arst haiglaravitaotluse.

22. AF esitas Curtea de Apel Târgu Mureșile (Târgu Mureși apellatsioonikohus, Rumeenia) apellatsioonkaebuse muu hulgas metoodikanormide artikli 3 lõike 1 punkti b alapunkti i osaliselt tühistamiseks ja talle Saksamaal osutatud tervishoiuteenuse kulude hüvitamiseks. Ta väitis nimelt, et Rumeenia õigusnormid, mis käsitlevad raviteenuste hüvitamise tingimusi ja tervishoiuteenuste hüvitise arvutamise viisi, kujutavad endast direktiivi 2011/24 ebaõiget ülevõtmist ning et tal on õigus saada hüvitist kogu Saksamaal osutatud ravi maksumuse eest või vähemalt selle tasu ulatuses, mida Rumeenia oleks eelloa olemasolu korral kõnealuse operatsiooni eest ravikindlustussüsteemi kaudu maksnud.

23. AF-i apellatsioonkaebus jäeti Curtea de Apel Târgu Mureși (Târgu Mureși apellatsioonikohus) 30. detsembri 2019. aasta tsiviilkohtuotsusega põhjendamata tõttu rahuldamata.

24. AF esitas seejärel selle kohtuotsuse peale kassatsioonkaebuse Înalta Curte de Casație și Justițiele (kassatsioonikohus), kes on eelotsusetaotluse esitanud kohus.

25. See kohus väljendab kahtlust, kas liidu õigusega on kooskõlas Rumeenia õigusnormid, mis seavad piiriüleste raviteenuste hüvitamise tingimuseks, et arstliku läbivaatuse on teinud arst, kes kuulub kindlustajariigi riiklikku tervishoiusüsteemi, välistades selle riigi eratervishoiusüsteemi arstid, ja et niisugune arst on esitanud haiglaravitaotluse, samas kui kõnealust raviteenust osutatakse teises liikmesriigis.

26. Ta kahtleb samuti, kas liidu õigusega on kooskõlas liikmesriigi õigusnorm, mis kehtestab piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamisele märkimisväärse ülempiiri võrreldes kuludega, mida kindlustatu neid raviteenuseid osutanud liikmesriigis tegelikult kandis.

27. Neil asjaoludel otsustas Înalta Curte de Casație și Justiție (kassatsioonikohus) menetluse peatada ja esitada Euroopa Kohtule järgmised eelotsuse küsimused:

„1. Kas [ELTL] artikleid 49 ja 56 ning direktiivi 2011/24[...] artikli 7 lõiget 7 tuleb tõlgendada nii, et nendega on vastuolus õigusnorm, mis teeb elukohaliikmesriigis kohustuslikult kindlustatud isiku kantud kulude hüvitamise automaatselt sõltuvaks hinnangust, mille annab selle liikmesriigi sotsiaalkindlustussüsteemile tervishoiuteenuseid osutav tervishoiutöötaja, ja selle tervishoiutöötaja poolt seejärel haiglaravitaotluse väljastamisest, ilma et lubataks esitada võrdväärseid meditsiinilisi dokumente, mille on väljastanud eratervishoiuasutused, isegi olukorras, kus haiglasse paigutamine ja tervishoiuteenuse osutamine leidis aset teises liikmesriigis, mitte kindlustatud isiku elukohaliikmesriigis?

2. Kas [ELTL] artikleid 49 ja 56, [...] määruse nr 1408/71[...] artikli 22 lõike 1 punkti c ning patsientide ja teenuste vaba liikumise, tõhususe ja proportsionaalsuse põhimõtet tuleb tõlgendada nii, et nendega on vastuolus riigisisene õigusnorm, mis kehtestab eeloa mittesaamise korral teenuste summa, mis tuleb hüvitada vastavalt nende kulude tasemele, mille oleks pidanud kandma elukohaliikmesriik, kui tervishoiuteenust oleks osutatud tema territooriumil, arvutusvalemi kaudu, mis piirab selle hüvitise summat märkimisväärselt, võrreldes kuludega, mille kindlustatud isik kõnealuseid tervishoiuteenuseid osutanud liikmesriigis tegelikult kandis?“

28. Kirjalikud seisukohad on esitanud Euroopa Komisjon ja Poola valitsus.

Õiguslik analüüs

Sissejuhatavad märkused

29. Tuletan meelde, et tervishoiusüsteemi valdkonnas pädevused teataval määral kattuvad, mis on tekitanud pingeid ühelt poolt liikmesriikidele tervishoiusüsteemi korraldamisel antud ainuvastutuse⁸ ja teiselt poolt põhivabaduste vahel.

30. Väljakujunenud kohtupraktika kohaselt kuuluvad tasulised meditsiiniteenused teenuste vaba liikumist käsitlevate sätete kohaldamisalasse ka juhul kui tegemist on haiglaraviga. Teenuste osutamise vabadus hõlmab teenusesaajate, sealhulgas ravi vajavate isikute vabadust minna nende teenuste saamiseks teise liikmesriiki⁹.

31. Euroopa Kohtu praktikast, tuleneb samuti, et liidu õigus ei piira liikmesriikide pädevust korraldada oma sotsiaalkindlustussüsteeme. Igal liikmesriigil on õigus määrata oma õigusaktidega kindlaks esiteks tingimused, mis puudutavad sotsiaalkindlustussüsteemiga liitumise õigust ja kohustust, ning teiseks tingimused, mis annavad õiguse hüvitistele. Selle pädevuse teostamisel peavad liikmesriigid siiski järgima liidu õigust¹⁰, nimelt teenuste osutamise vabadust käsitlevaid sätteid¹¹.

32. Samuti on Euroopa Kohus korduvalt sedastanud, et ELTL artikliga 56 on vastuolus igasuguse riigisisese õigusnormi kohaldamine, mille toime muutub liikmesriikidevaheline teenuste osutamine võrreldes puhtalt liikmesriigisisese teenuste osutamisega raskemaks¹², ning et teenuste osutamise vabaduse piirangud on sellised liikmesriigi meetmed, mis keelavad või takistavad selle vabaduse kasutamist või muudavad selle vähem atraktiivseks¹³.

⁸ Vt ELTL artikli 168 lõige 7, vt ka kohtujurist Trstenjaki ettepanek kohtuasjas komisjon vs. Saksamaa (C-562/10, EU:C:2012:210, punkt 54).

⁹ Vt kohtuotsus Elchinov (punktid 36 ja 37 ning seal viidatud kohtupraktika).

¹⁰ Vt 12. juuli 2001. aasta kohtuotsus Smits ja Peerbooms (C-157/99, edaspidi „kohtuotsus Smits ja Peerbooms“, EU:C:2001:404, punktid 44–46 ja seal viidatud kohtupraktika).

¹¹ Vt muu hulgas 16. mai 2006. aasta kohtuotsus Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, punkt 92) ja 15. juuni 2010. aasta kohtuotsus komisjon vs. Hispaania (C-211/08, EU:C:2010:340, punkt 53).

¹² Vt muu hulgas 5. oktoobri 1994. aasta kohtuotsus komisjon vs. Prantsusmaa (C-381/93, EU:C:1994:370, punkt 17), kohtuotsus Smits ja Peerbooms (punkt 61) ja 19. aprilli 2007. aasta kohtuotsus Stamatelaki (C-444/05, EU:C:2007:231, punkt 25).

¹³ Vt 26. septembri 2024. aasta kohtuotsus Nord Vest Pro Sani Pro (C-387/22, EU:C:2024:786, punkt 40 ja seal viidatud kohtupraktika).

33. Direktiivi 2011/24 põhjendusest 4 tuleneb, et vaatamata patsientide võimalusele saada käesoleva direktiivi alusel piiriüleseid tervishoiuteenuseid, säilib liikmesriikidel vastutus kodanikele ohutute, hea kvaliteediga, tõhusate ja arvuliselt piisavate tervishoiuteenuste osutamise eest oma territooriumil.

34. Lisaks nähtub direktiivi 2011/24 põhjendustest 7 ja 8, et kuigi direktiiviga 2011/24 austatakse ega kahjustata iga liikmesriigi õigust otsustada, millist liiki tervishoiuteenus on asjakohane, on selle direktiivi eesmärk saavutada Euroopa Kohtu praktikas, mis käsitleb muus liikmesriigis kui see, kus elab raviteenuse saaja, osutatud tervishoiuteenustega seotud teatavaid aspekte, eelkõige sellise ravi hüvitamist, juhtumipõhiselt kehtestatud põhimõtete üldisem ja tõhusam kohaldamine.

35. Seda direktiivi kohaldatakse vastavalt selle artikli 2 punktile m, ilma et see piiraks määruste nr 883/2004 ja nr 987/2009 sätete kohaldamist.

36. Nii on direktiivi 2011/24 III peatükis, mis reguleerib piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamist, asuva artikli 7 „Kulude hüvitamise üldpõhimõtted“ lõikes 1 on sätestatud põhimõte, mille kohaselt ilma et see piiraks määruse nr 883/2004 kohaldamist ja kui selle direktiivi artiklites 8 ja 9 ei ole sätestatud teisiti, tagab kindlustajaliikmesriik piiriüleseid tervishoiuteenuseid saanud kindlustatud isiku poolt kantud kulude hüvitamist, kui asjaomane tervishoiuteenus kuulub hüvitiste hulka, millele kindlustatud isikul on õigus kindlustajaliikmesriigis.

37. Direktiivi 2011/24 artikli 7 lõike 4 esimeses lõigus on sätestatud, et kindlustajaliikmesriik hüvitab või tasub otse piiriülese tervishoiuteenuse kulud sellises ulatuses, nagu ta oleks seda teinud siis, kui seda tervishoiuteenust oleks osutatud tema territooriumil, ületamata saadud tervishoiuteenuse tegelikku maksumust.

38. Kõnealuse direktiivi artikli 7 lõikest 7 tuleneb ka sisuliselt, et kindlustajaliikmesriik võib piiriülese tervishoiuteenuse kulude hüvitamist sooviva kindlustatud isiku suhtes kohaldada samu tingimusi, vastavuskriteeriume ning õigus- ja haldusformaalsusi (olenemata sellest, kas need on kehtestatud kohalikul, piirkondlikul või riiklikul tasandil), mida kohaldataks juhul, kui kõnealuseid tervishoiuteenuseid oleks osutatud tema territooriumil, sealhulgas tervishoiutöötaja või tervishoiuametniku hinnang, tingimusel et ükski tingimus, vastavuskriteerium ega õigus- või haldusformaalsus ei ole diskrimineeriv ega kujutada endast takistust patsientide, teenuste või kaupade vabale liikumisele, välja arvatud juhul, kui see on objektiivselt õigustatud planeerimisvajadusega.

39. Lõpuks tuleneb direktiivi 2011/24 artikli 7 lõikest 8, et liikmesriik ei kehtesta piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamise suhtes eelloa nõuet, välja arvatud selle direktiivi artiklis 8 sätestatud juhtudel¹⁴.

40. Seega peaks selleks, et selline olukord, nagu on kõne all põhikohtuasjas, kuuluks direktiivi 2011/24 kohaldamisalasse, kõnealune tervishoiuteenus kuuluma hüvitiste hulka, millele on kindlustatud isikul õigus kindlustajaliikmesriigis. Käesoleval juhul nähtub Euroopa Kohtu käsutuses olevatest andmetest ja eelkõige eelotsusetaotluse esitanud kohtu vastustest Euroopa Kohtu küsimustele, et põhikohtuasjas kõne all olev meditsiiniline protseduur kuulub nende teenuste hulka, millele on kindlustatud isikul õigus Rumeenia territooriumil.

¹⁴ Seega on eelloa süsteem, mille võivad liikmesriigid direktiivi 2011/24 alusel kehtestada, oma olemuselt erandlik (vt selle kohta kohtujurist Hogani ettepanek kohtuasjas Veselibas ministrija, C-243/19, EU:C:2020:325, punkt 65).

41. Lisaksin veel, et mul on tekkinud küsimus, kas esimene eelotsuse küsimus, mis on käesoleva ettepaneku ese, puudutab direktiivi 2011/24, teine puudutab määrust nr 1408/71, mis asendati määrusega nr 883/2004, ning sellega küsitakse Euroopa Kohtult hüvitatavate hüvitiste suuruse piirangute kohta. Euroopa Kohus on aga juba märkinud, et „hüvitamissüsteem, mis on kehtestatud määrusega nr 883/2004, ja hüvitamissüsteem, mis on ette nähtud direktiiviga 2011/24, on süsteemselt erinevad“¹⁵.

42. Sellega seoses tuletan igaks juhuks meelde, et vastavalt direktiivi 2011/24 põhjendustele 30 ja 31 peaksid sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimist käsitlevate liidu määrustega kehtestatud süsteem ja selle direktiiviga loodud süsteem olema patsientide suhtes ühtne, nii et kohaldatakse kas ühte või teist. Lisaks sellele ei tohiks patsiendid kaotada soodsamaid õigusi, mis on tagatud sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimist käsitlevate liidu määrustega, kui nende andmise tingimused on täidetud. Seetõttu tuleks patsiendile, kes taotleb luba oma seisundile vastava ravi saamiseks teises liikmesriigis, selline luba alati anda liidu määrustes sätestatud tingimustel, kui asjaomane ravi kuulub patsiendi elukohaliikmesriigi õigusaktidega ette nähtud hüvitiste hulka ning seda ravi ei ole võimalik patsiendile pakkuda meditsiiniliselt õigustatud tähtaja jooksul, võttes arvesse isiku terviseseisundit ja haiguse võimalikku kulgu. Kui patsient siiski sõnaselgelt soovib saada ravi direktiivis direktiivi 2011/24 sätestatud tingimustel, peaks hüvitamine piirduma käesoleva direktiivi alusel kohaldatavate hüvitistega. Kui patsiendil on õigus saada piiriüleseid tervishoiuteenuseid nii selle direktiivi kui ka määruse nr 883/2004 alusel ja kõnealuse määruse kohaldamine on patsiendi seisukohast soodsam, peaks kindlustajaliikmesriik juhtima sellele patsiendi tähelepanu.

Esimene küsimus

43. Eelotsuse küsimus, mis on käesoleva ettepaneku ese, puudutab vaidlusaluste riigisiseste õigusnormidega kehtestatud hüvitamiskõlblikkuse kriteeriumi, mille kohaselt sõltub teises liikmesriigis osutatud haiglaraviteenuste hüvitamine sisuliselt kahest tingimusest: need teenused peavad olema osutatud pärast arstlikku läbivaatust, mille on teinud üksnes kindlustajaliikmesriigi riiklikku ravikindlustussüsteemi kuuluv arst, ja neid ei saa osutada eraõiguslikus süsteemis, ning et järgneva haiglaravitaotluse peab esitama selline kindlustajaliikmesriigi arst, samas kui haiglaraviteenust osutatakse teises liikmesriigis.

44. Pean tarvilikuks märkida, et kuigi toimiku materjalidest nähtub, et põhikohtuasjas kõne all olev meditsiiniprotseduur kuulub nende teenuste hulka, mille puhul Rumeenia nõuab piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamiseks eelluba, mille peab väljastama pädev asutus enne kindlustatu lahkumist, ei ole selle eelotsuse küsimuse ese eelloa kord.

45. Käesoleva kohtuasja huvides teen Euroopa Kohtule ettepaneku sõnastada eelotsuse küsimus ümber nii, et Euroopa Kohus hindaks, kas ELTL artiklit 56¹⁶ ja direktiivi 2011/24 artikli 7 lõiget 7 tuleb tõlgendada nii, et nendega on vastuolus õigusnormid, mis seavad kindlustajaliikmesriigis¹⁷ kindlustatud isiku piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamise automaatselt sõltuvusse sellest, et arstliku läbivaatuse on läbi viinud arst, kes osutab meditsiiniteenuseid selle riigi riiklikus

¹⁵ Vt 29. oktoobri 2020. aasta kohtuotsus Veselibas ministrija (C-243/19, edaspidi „kohtuotsus Veselibas ministrija“, EU:C:2020:872, punkt 72).

¹⁶ Toimiku materjalidest ei nähtu, et põhikohtuasjas kõne all olevad õigusnormid oleksid seotud ELTL artiklis 49 sätestatud asutamishäirete teostamisega.

¹⁷ Kuigi määrustes nr 883/2004 ja nr 987/2009 kasutatakse mõistet „elukohaliikmesriik“, on direktiivis 2011/24 kasutatud väljendit „kindlustajaliikmesriik“.

ravikindlustussüsteemis, ja sellest, et see arst on seejärel esitanud haiglaravitaotluse, ilma et oleks lubatud esitada samaväärseid dokumente¹⁸, mille on väljastanud tervishoiutöötaja, kes ei kuulu selle riigi riiklikusse ravikindlustussüsteemi.

46. Sellele küsimusele tarviliku vastuse pakkumiseks selgitan kõigepealt, mida tuleb minu arvates mõista „kindlustajaliikmesriigi riiklikule sotsiaalkindlustussüsteemile või riiklikule tervishoiusüsteemile teenuseid osutava tervishoiutöötaja või tervishoiuametniku hinnangu“ all direktiivi 2011/24 artikli 7 lõike 7 tähenduses, ning põhjuseid, miks ma leian, et liikmesriik võib sellele sättele tugineda, et nõuda meditsiinilist hinnangut asjaomase liikmesriigi riikliku ravikindlustussüsteemi alla kuuluvalt tervishoiutöötajalt, välistades arsti, kes sellesse süsteemi ei kuulu. Seejärel tuleb täpsemalt käsitleda vaidlusaluste riigisiseste õigusnormidega kehtestatud kahte tingimust, nimelt seda, et piiriüleste haiglaraviteenuste osutamine peab toimuma pärast arstlikku läbivaatust, mille on läbi viinud Rumeenia riiklikku ravikindlustussüsteemi kuuluv tervishoiutöötaja, mille tõttu on selline arst lisaks esitanud haiglaravitaotluse. Seega tekib ka küsimus, kas see hüvitamiskõlblikkuse kriteerium ei kujuta endast takistust patsientide või teenuste vabale liikumisele, ning kui see on nii, siis kas see on taotletava eesmärgi seisukohast objektiivselt põhjendatud.

Direktiivi 2011/24 artikli 7 lõike 7 tähenduses kohustusliku sotsiaalkindlustussüsteemi või kindlustajaliikmesriigi tervishoiusüsteemi teenuseid osutava tervishoiutöötaja või tervishoiuametniku hinnang

47. Euroopa Kohtu väljakujunenud praktika kohaselt ei tule liidu õiguse sätte tõlgendamisel arvestada mitte üksnes selle sõnastust, vaid ka selle konteksti ning selle õigusaktiga taotletavaid eesmärgi, mille osa see säte on¹⁹.

48. Vastavalt direktiivi 2011/24 artikli 7 lõike 7 sõnastusele on selles ette nähtud, et kindlustajaliikmesriik võib nõuda kindlustajaliikmesriigi kohustuslikule sotsiaalkindlustussüsteemile või riiklikule tervishoiusüsteemile teenuseid osutava tervishoiutöötaja või tervishoiuametniku (näiteks üldarst või esmatasandi arst, kelle juures patsient on registreeritud) hinnangut, kui see on vajalik selleks, et määrata kindlaks patsiendi õigus tervishoiuteenustele.

49. Selle sätte prantsuskeelses versioonis on seega sõnaselgelt viidatud kohustuslikule sotsiaalkindlustussüsteemile või kindlustajaliikmesriigi riiklikule tervishoiusüsteemile, millele tervishoiutöötaja või tervishoiutöötaja teenuseid osutab. Sama kehtib ka teiste keeleversioonide kohta, mille sõnastus on sama täpne²⁰.

¹⁸ Sõnastust „samaväärsed dokumendid“ eelistatakse väljendile „samaväärsed arstitõendid“, kuna see on laiem ja võib hõlmata kõiki tervishoiutöötajate või meditsiiniastutuste väljastatud dokumente.

¹⁹ Vt 18. septembri 2019. aasta kohtuotsus VIPA (C-222/18, EU:C:2019:751, punkt 34 ja seal viidatud kohtupraktika).

²⁰ Näiteks on rumeeniakeelses versioonis kasutatud väljendit „sistemului obligatoriu de securitate socială sau sistemului național de sănătate“ (kohustuslik sotsiaalkindlustussüsteem või riiklik tervishoiusüsteem), ingliskeelses versioonis „statutory social security system or national health system“ (seaduses ette nähtud sotsiaalkindlustussüsteem või riiklik tervishoiusüsteem), saksaakeelses versioonis „die gesetzliche Sozialversicherung oder das nationale Gesundheitssystem“ (seaduses ette nähtud sotsiaalkindlustus või riiklik tervishoiusüsteem), hollandikeelses versioonis „het wettelijke socialezekerheids- of gezondheidszorgstelsel“ (seaduses ette nähtud sotsiaalkindlustus või tervishoiusüsteem), itaaliakeelses versioonis „sistema obbligatorio di sicurezza sociale“ (kohustuslik sotsiaalkindlustussüsteem), samuti hispaaniakeelses versioonis „sistema de seguridad social o el sistema nacional de sanidad obligatorio“ (sotsiaalkindlustussüsteem või riiklik kohustuslik tervishoiusüsteem).

50. Konteksti seisukohast märkin, et direktiivi 2011/24 põhjenduses 37, mis viitab liikmesriikide võimalusele säilitada üldtingimused, vastavuskriteeriumid ning õigus- ja haldusformaalsused, et saada hüvitist tervishoiuteenuste kulude eest patsientidele, kes soovivad saada ravi teises liikmesriigis, on konkreetselt näitena viidatud kohustusele konsulteerida üldarstiga enne eriarsti juurde või haiglaravile minemist.

51. Direktiivi 2011/24 artikli 1 lõikes 4 on lisaks sätestatud, et selle direktiiviga ei kohustata liikmesriike hüvitama selliste tervishoiuteenuste kulusid, mida on osutanud tema enda territooriumil asutatud tervishoiuteenuste osutajad, „kui kõnealused teenuseosutajad ei kuulu kõnealuse liikmesriigi sotsiaalkindlustussüsteemi või avalikku tervishoiusüsteemi“.

52. Lisaks, mis puudutab direktiivi 2011/24 eesmärke, siis oli Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi 2011/24 (patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius) ettepanekus märgitud, et liikmesriikidele on jäetud selles direktiivis sätestatud üldpõhimõtete rakendamisel suur kaalutlusruum, sõltuvalt nende riiklikust, piirkondlikust või kohalikust olukorrast, ning et muu hulgas ei muuda ettepanek liikmesriikide õigust kehtestada oma hüvitiste suhtes tingimusi, näiteks üldarsti vastuvõtul käimine enne eriarsti vastuvõtule pääsemist²¹.

53. Samuti nähtub Euroopa Liidu Nõukogu erinevatest pressiteadetest, et direktiivi 2011/24 eelnõu käsitlevatel aruteludel olid arvamused lahknevad küsimuses, kas direktiivi kohaldamisala peaks piirduma tervishoiuteenuste osutajatega, kes on seotud riikliku tervisekindlustussüsteemiga või tunnustatud muul viisil riiklikus süsteemis, või tuleks seda laiendada ka eraõiguslikele tervishoiuteenuste osutajatele, keda selliselt ei tunnustata²².

54. Nii lepidi kokku, et liikmesriigid võivad vastu võtta sätted, millega tagatakse, et piiriüleseid tervishoiuteenuseid saavatel patsientidel oleksid samad õigused kui need, mis neil oleks juhul, kui nad oleksid saanud sellist ravi võrreldavatel tingimustel kindlustajaliikmesriigis. Liikmesriigid võivad hallata väljaminevaid patsiendivoogusid, nõudes teatavate tervishoiuteenuste puhul (st nende puhul, mis eeldavad patsiendi öösel haiglas viibimist, mis nõuavad väga spetsialiseeritud ja kulukate meditsiinitaristute kasutamist või mis põhjustavad ravi kvaliteedi või ohutusega seotud probleeme), või kohaldades nn filtri (*gatekeeping*) põhimõtet, näiteks raviarsti kaudu²³.

55. Direktiivi 2011/24 vastuvõtmise arutelude käigus väljendas komisjon ka arvamust, et teatavate riigi- või erasektori teenusepakkuja välistamine objektiivsete ja seaduslike kvaliteedi- ja ohutusprobleemide tõttu on liidu õigusega kooskõlas, kui see ei mõjuta kutsequalifikatsioonide direktiivi kohaldamist²⁴.

²¹ 2. juuli 2008. aasta ettepanek, SEK(2008) 2163) (SEK(2008) 2164) (SEK(2008) 2183) /* KOM/2008/0414 (lõplik) – COD 2008/0142, punkti 4 alapunkt c ja punkt 7.1.

²² Pressiteade, nõukogu 2947. istungjärg – Tööhõive, sotsiaalpoliitika, tervishoid ja tarbijad – Luxembourg, 8. ja 9. juuni 2009, 9721/2/09 REV 2, Press 124, lk 12. Vt ka pressiteade, nõukogu 2980. istungjärg – Tööhõive, sotsiaalpoliitika, tervishoid ja tarbijad – Brüssel, 30. november 2009 ja 1. detsember 2009, 16611/1/09 REV 1, Press 348, lk 13: kavatsus oli väidetavalt täielikult järgida Euroopa Kohtu praktikat, säilitades liikmesriikide õiguse korraldada oma tervishoiusüsteemi.

²³ Pressiteade, nõukogu 3019. istungjärg – Tööhõive, sotsiaalpoliitika, tervishoid ja tarbijad – Luxembourg, 7. ja 8. juuni 2010, 10560/10, Press 156, lk 16, vt ka pressiteade, nõukogu 2916. istungjärg – Tööhõive, sotsiaalpoliitika, tervishoid ja tarbijad – Brüssel, 16. ja 17. detsember 2008, 16825/08, Press 358, lk 9.

²⁴ Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile [ELTL] artikli 294 lõike 6 alusel nõukogus esimesel lugemisel võetud seisukoha kohta, milles käsitletakse Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi vastuvõtmist patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius (KOM(2010) 503 (lõplik), 2008/0142 (COD)), 20. september 2010, lk 7 ja 10), milles viidatakse Euroopa Parlamendi ja nõukogu 7. septembri 2005. aasta direktiivile 2005/36/EÜ kutsequalifikatsioonide tunnustamise kohta (ELT 2005, L 255, lk 22).

56. Seega, kuigi direktiiviga 2011/24 ühtlustati eelkõige teatavad põhimõtted, mida kohaldatakse piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamisele, ei ole sellega ühtlustatud sotsiaalkindlustusõigust ja iga liikmesriigi kehtestatud sotsiaalkindlustussüsteemi. Kohustusliku sotsiaalkindlustussüsteemi või riikliku tervishoiusüsteemi dualistlikku struktuuri, mis eristab avalikku ja erameditsiini, ei saa Euroopa Kohtu praktikast arvestades kritiseerida, kui see ei ole diskrimineeriv ega kujuta endast objektiivselt põhjendamatut takistust patsientide, teenuste või kaupade vabale liikumisele.

57. Mulle näib siiski oluline täpsustada, et direktiivi 2011/24 lõppeesmärk on võimaldada liidu kodanikel saada kõikides liikmesriikides nii era-, lepingulisi kui ka riiklikke raviteenuseid²⁵ ning et direktiivi kohaldamisala ei peaks iseenesest piirduma tervishoiuteenuste osutajatega, kes on seotud riikliku tervisekindlustussüsteemiga või riiklikus süsteemis muul viisil tunnustatud²⁶. Sellegipoolest võivad hõlmatud tervishoiuteenuste valik ja hüvitamise tingimused praktikas riigiti erineda, kuna teenuste osutamise vabadus ei anna põhimõttelist õigust riikliku tervishoiusüsteemi konkreetsele korraldusele²⁷.

58. Seetõttu leian, et kohustusliku sotsiaalkindlustussüsteemi või riikliku tervishoiusüsteemi all direktiivi 2011/24 artikli 7 lõike 7 tähenduses tuleb mõista iga riigi loodud ja korraldatud riiklikku tervishoiusüsteemi. Kuna liikmesriigid on kehtestanud erinevad riigisisised süsteemid, vastutavad nad oma tervishoiusüsteemi kuuluvate tervishoiutöötajate kindlaksmääramise eest, kusjuures teatud süsteemid hõlmavad ka eraõiguslikke teenuseosutajaid, kellega on sõlmitud leping.

59. Direktiivi 2011/24 artikli 7 lõike 7 võimaldab seega liikmesriikidel säilitada filtreerimissüsteemi (*gatekeeping*), millega määrab riiklikus tervishoiusüsteemis teenuseid osutav tervishoiutöötaja vajaduse korral kindlaks patsiendi õiguse teatavatele tervishoiuteenustele.

60. Seetõttu leian, et direktiivi 2011/24 artikli 7 lõike 7 sõnastusest ning direktiivi kontekstist ja eesmärkidest tuleneb, et liikmesriigid võivad nõuda, et nende kindlustatud isikud, kes soovivad piiriülese tervishoiu kulude hüvitamist, läbiksid hindamise kindlustajaliikmesriigi riikliku ravikindlustussüsteemi kuuluva tervishoiutöötaja poolt, ning keelduda hüvitamisest, kui sellise hindamise on läbi viinud arst, kes kõnealusesse süsteemi ei kuulu.

61. Seda järeldust ei lükka ümber eelotsusetaotluse esitanud kohtu viide Euroopa Kohtu praktikale, mis käsitleb 6. oktoobri 2021. aasta kohtuotsust Casa Națională de Asigurări de Sănătate ja Casa de Asigurări de Sănătate Constanța²⁸. Kohtulahendis määruse nr 883/2004 artiklis 20 koostoimes määruse nr 987/2009 artikli 26 lõikega 4 ette nähtud eelneva loa süsteemi raames on Euroopa Kohus küll leidnud, et riigisisised õigusnormid, mis nõuavad, et loataotlusele väljaspool elukohaliikmesriiki ravi saamiseks peab olema lisatud liikmesriigi riiklikku

²⁵ Nii on direktiivi 2011/24 artikli 3 punktis a „tervishoiuteenus“ määratletud kui „tervishoiuteenused, mida tervishoiutöötajad osutavad patsientidele, et hinnata, säilitada või taastada nende tervises seisundit, sealhulgas ravimite ja meditsiiniseadmete väljakirjutamine, väljastamine ja nendega varustamine“, tegemata vahet selle alusel, kas tegemist on avalike või eratervishoiuteenustega. Vt ka nõukogu 3. septembri 2010. aasta seletuskirja eelnõu, institutsioonidevaheline toimik, 2008/0142 (COD), lk 4, „The top ten mistakes patients make in cross-border healthcare“, Euroopa Komisjon, 2018, kättesaadav järgmise lingi kaudu: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/cbhc_ncp_en.pdf.

²⁶ Direktiivi 2011/24 artikli 3 punktis f on „tervishoiutöötaja“ määratletud kui „arst, üldõde, hambaarst, ämmaemand või proviisor direktiivi 2005/36[...] tähenduses või muu spetsialist, kes tegutseb tervishoiusektoris reguleeritud kutsealal direktiivi 2005/36/EÜ artikli 3 lõike 1 punkti a tähenduses, või isik, keda loetakse ravi osutava liikmesriigi õigusaktide kohaselt tervishoiutöötajaks.“ Nagu on märgitud käesoleva ettepaneku punktis 51, on jäetud liikmesriikide otsustada, kas nad soovivad hüvitada tervishoiuteenuste kulusid, mida osutavad tervishoiuteenuste osutajad, kes ei kuulu nende sotsiaalkindlustussüsteemi või riikliku tervishoiusüsteemi alla.

²⁷ Vt selle kohta kohtujurist Trstenjaki ettepanek kohtuasjas komisjon vs. Saksamaa (C-562/10, EU:C:2012:210, punkt 55).

²⁸ C-538/19, edaspidi „Casa Națională de Asigurări“, EU:C:2021:809.

ravikindlustussüsteemi kuuluva arsti koostatud meditsiiniline aruanne, milles määratakse diagnoos ja soovitatav ravi, seavad tingimuse, mis läheb määruse nr 883/2004 artiklis 20 sätestatust kaugemale²⁹.

62. Ent vastupidi määruse nr 987/2009 artikli 26 lõike 4 sõnastusele, milles on pädevale asutusele ette nähtud võimalus lasta eelneva loa andmise menetsluses *enda validud arstil* kindlustatud isik läbi vaadata *viibimis- või elukohaliikmesriigis*, on direktiivi 2011/24 artikli 7 lõikes 7 siiski sõnaselgelt ette nähtud, et see võib olla tervishoiutöötaja või tervishoiuametnik, kes osutab teenuseid *kindlustajaliikmesriigi kohustuslikule sotsiaalkindlustussüsteemile või riiklikule tervishoiusüsteemile*.

Topelttingimus, et Rumeenia riikliku ravikindlustussüsteemi arst on läbi viinud hindamise, mille alusel on taotletud haiglaravi

63. Direktiivi 2011/24 artikli 7 lõike 7 ei sisalda ammendavat loetelu tingimustest, vastavuskriteeriumidest ning õigus- ja haldusformaalsustest, mida kindlustajaliikmesriik võib kehtestada kindlustatutele, kes soovivad piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamist. Näitena on toodud üksnes hindamine, mille teeb kindlustajaliikmesriigi kohustuslikule sotsiaalkindlustussüsteemile või riiklikule tervishoiusüsteemile teenuseid osutav tervishoiutöötaja või tervishoiuametnik, näiteks üldarst või esmatasandi tervishoiuteenuse osutaja, kelle juures patsient on registreeritud. Sellest sättest tuleneb siiski, et need tingimused, vastavuskriteeriumid ning õigus- ja haldusformaalsused peavad olema samad, mis on kehtestatud kindlustajaliikmesriigi territooriumil osutatavatele tervishoiuteenustele, ning need ei tohi olla diskrimineerivad ega kujutada endast takistust patsientide, teenuste või kaupade vabale liikumisele, välja arvatud juhul, kui need on objektiivselt põhjendatud.

64. Sellega seoses nähtub toimiku materjalidest, et metoodikanormide artikli 3 lõike 1 punktis b sätestatud vastavuskriteerium, mille kohaselt piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamine sõltub sellest, kas kindlustatud isiku elukohaliikmesriigi riiklikku ravikindlustussüsteemi kuuluv tervishoiutöötaja on läbi viinud meditsiinilise hindamise, mille tulemusel see tervishoiutöötaja esitab haiglaravitaotluse, on siduv ka Rumeenia territooriumil osutatavale tervishoiuteenustele. Sellest järeldub, et metoodikanormide artikli 3 lõike 1 punktis b sätestatud vastavuskriteeriumi kohaldatakse nii piiriüleste kui ka Rumeenia territooriumil osutatavate tervishoiuteenuste suhtes.

65. Kas see vastavuskriteerium kujutab endast siiski takistust patsientide või teenuste vabale liikumisele?

66. Väljakujunenud kohtupraktikast tuleneb, et riigisisised õigusnormid kujutavad endast teenuste osutamise vabaduse piirangut, kui need ei takista küll otseselt riiklikus ravikindlustusskeemis kindlustatud isikutel pöörduda teises liikmesriigis asuva tervishoiuteenuse osutaja poole, kuid avaldavad piiriüleste tervishoiuteenuste kasutamisele takistavat mõju³⁰. Nende riigisiseste õigusnormide toimel muutub liikmesriikidevaheline teenuste osutamine võrreldes puhtalt liikmesriigisisese teenuste osutamisega raskemaks käesoleva ettepaneku punktis 32 viidatud kohtupraktika tähenduses.

²⁹ Kohtuotsus Casa Națională de Asigurări de Sănătate (punktid 41–45).

³⁰ Vt kohtuotsus Casa Națională de Asigurări de Sănătate (punkt 48 ja seal viidatud kohtupraktika).

67. Käsitledes liikmesriikide poolt määruse nr 883/2004 või määruse nr 1408/71 alusel kehtestatud eelloa süsteemi, on Euroopa Kohus märkinud, et pelk eelloa nõue teises liikmesriigis osutatud raviteenustega seotud kulude hüvitamiseks pädeva asutuse poolt kindlustajaliikmesriigis kehtiva ravikindlustuskorra alusel kujutab endast nii patsientide kui ka teenuseosutajate jaoks ELTL artiklis 56 sätestatud teenuste osutamise vabaduse takistust, sest kuna kindlustajaliikmesriigis kantud kulude puhul sellist eelloa nõuet ei ole, muudab selline nõue patsientide jaoks ravi saamiseks elukohaliikmesriigist erinevas liikmesriigis asuvate tervishoiuteenuse osutajate poole pöördumise vähem atraktiivseks või koguni takistab seda³¹.

68. Kuigi see kohtupraktika puudutab määruse nr 883/2004 või määruse nr 1408/71 tõlgendamist, on see käesolevas asjas *mutatis mutandis* asjakohane³². Seega tekib küsimus, kas vaidlusalused Rumeenia õigusnormid, mis nõuavad hindamist Rumeenia riikliku ravikindlustussüsteemi alla kuuluva arsti poolt ja seejärel selle arsti poolt haiglaravitaotluse esitamist, raskendavad Rumeenia kindlustatutel teenuste kasutamist mõnes teises liikmesriigis peale Rumeenia.

69. Eelotsusetaotlusest ilmneb, et haiglaravitaotlus, mida nõuab metoodikanormide artikli 3 lõike 1 punkti b alapunkt i, on dokument, mille eesmärk on tõendada, et arstliku läbivaatuse on läbi viinud Rumeenia riikliku ravikindlustuse arst, ja mis nõuab konkreetset haiglaravi.

70. Esiteks tuleneb metoodikanormide artikli 3 lõike 1 punkti b alapunktist i ja lõikest 2, et haiglaravitaotlus on üks meditsiinilistest dokumentidest, mis tõendab, et kindlustatud isik on saanud muu hulgas tervishoiuteenuseid. Teiseks annab eelotsusetaotluse esitanud kohus eelotsusetaotluses teada, et kaebaja arvates sarnaneb haiglaravitaotlus tõendiga kindlustatu vastuvõtmise kohta tervishoiusüsteemi haiglaravile³³.

71. Piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamise õiguse kriteerium, mis on ette nähtud metoodikanormide artikli 3 lõike 1 punkti b alapunktis i, ei ole seega võrreldav direktiivi 2011/24 artikli 7 lõikes 7 toodud näitega, mis sisuliselt võimaldab liikmesriikidel kehtestada kohustuse konsulteerida enne eriarsti juurde pöördumist või haiglaravi saamist üldarstiga, nagu nähtub käesoleva ettepaneku punktidest 50 ja 52.

72. Kuigi eriarstiabi või haiglaravi saamine sõltub sageli raviarsti väljastatud tõendist nende kliinilise vajaduse kohta, on käesoleval juhul raske ette kujutada, kuidas saab kõnealuse riigisisese õigusnormiga kehtestatud tingimust piiriülese ravi korral praktikas täita. Saan eelotsusetaotluse esitanud kohtu selgitustest aru, et kui haiglaraviteenust osutatakse muus liikmesriigis kui kindlustajariigis, ei toimuks haiglaravi kindlustajaliikmesriigi haiglas, samamoodi nagu kindlustajariigi arsti esitatud haiglaravitaotlust ei kasutataks haiglasse paigutamiseks sihtliikmesriigis.

³¹ Vt selle kohta muu hulgas 28. aprilli 1998. aasta kohtuotsus Kohll (C-158/96, EU:C:1998:171, punktid 34 ja 35), 12. juuli 2001. aasta kohtuotsus Vanbraekel jt (C-368/98, EU:C:2001:400, punkt 45), 19. aprilli 2007. aasta kohtuotsus Stamatelaki (C-444/05, EU:C:2007:231, punktid 26 ja 28), kohtuotsus Elchinov (punkt 41 ja seal viidatud kohtupraktika) ja kohtuotsus Casa Națională de Asigurări de Sănătate (punkt 35 ja seal viidatud kohtupraktika).

³² Märgin, et käesoleval juhul kuulub AF-ile osutatud piiriüleste tervishoiuteenuste hüvitamise küsimus eelloa süsteemi, millele lisanduvad kindlustajaliikmesriigi riikliku ravikindlustussüsteemi alla kuuluva arsti poolt eelneva hindamise ja selle arsti esitatud haiglaravitaotluse nõuded.

³³ Mureși piirkondliku haigekassa sõnul saab arstliku läbivaatuse läbimist tõendada üksnes haiglaravitaotlusega.

73. See asjaolu viib järelduseni, et kõnealune riigisisene õigusnorm, mis kehtestab kaks tingimust, mis puudutavad hindamist Rumeenia riikliku ravikindlustussüsteemi arsti poolt ja haiglaravitaotlust, mille on esitanud selline arst, kujutab endast patsientide ja teenuste vaba liikumise piirangut teises liikmesriigis osutatavate haiglaraviteenuste osas.

74. Täpsemalt, kuna kõnealune riigisisene õigusnorm nõuab, et iga kindlustatud isik peab saama Rumeenia riikliku ravikindlustussüsteemi arstilt haiglaravitaotluse, samas kui piiriülese haiglaravi korral on sellise ravitaotluse tavaliselt koostanud sihtliikmesriigi haigla, võtab see kindlustatud isikult, kellel on ainult muus liikmesriigis kui kindlustajariigis väljastatud haiglaravitaotlus, võimaluse saada sellise haiglaravi eest hüvitist, mille tagajärjel satuvad isikud, kes soovivad sellise ravi eesmärgil välismaale reisida, ebasoodsasse olukorda. Neil asjaoludel võivad vaidlusalused riigisiselised õigusnormid muuta kindlustatud isikute jaoks nende liikumisvabaduse kasutamise raskemaks.

75. Seega, isegi kui seda reeglit kohaldatakse ühtemoodi ja see kehtestab vahet tegemata samad tingimused piiriüleste ja riigisiseste haiglaraviteenuste hüvitamisele, kujutab see endast siiski iga kindlustatu jaoks teenuste osutamise vabaduse teostamise piirangut³⁴.

76. Sellest tulenevalt olen seisukohal, et meetoodikanormide artikli 3 lõike 1 punkti b alapunktis i sätestatud topelttingimus heidutab kindlustatud isikuid pöörduma tervishoiuteenuste osutajate poole, kes asuvad muus liikmesriigis kui kindlustajaliikmesriigis, ning muudab ELTL artikliga 56 tagatud teenuste osutamise vabaduse kasutamise vähem atraktiivseks. Seega kujutab see endast takistust patsientide ja teenuste vabale liikumisele.

Patsientide ja teenuste vaba liikumise takistuse põhjendatus

77. Käesoleval juhul ei ole Rumeenia valitsus esitanud kohaldatavate Rumeenia õigusnormide kohta ühtegi põhjendust. Eelotsusetaotluse esitanud kohus kahtleb siiski, kas kõnealused riigisiselised õigusnormid on kooskõlas taotletava eesmärgiga, milleks on tagada sotsiaalkindlustussüsteemi finantstasakaal, ning kas kehtestatud tingimus on taotletava eesmärgi seisukohast proportsionaalne.

78. Leian, et Euroopa Kohtu praktika, mis käsitleb ELTL artiklil 56 põhinevat eelloa korda ja tervishoiuteenuste osutamise vabadust, annab selles valdkonnas asjakohaseid juhiseid.

79. Euroopa Kohus on konkreetsemalt leidnud, et peab olema võimalik planeerida haiglate arvu, nende geograafilist paiknemist, korraldamise viisi ja varustatust ja isegi tervishoiuteenuseid, mida nad on võimelised pakkuma, ning selline planeerimine peab üldiselt rahuldama erinevaid vajadusi. Esiteks on planeerimise eesmärk tagada, et kõnesoleva liikmesriigi territooriumil oleks piisavalt ja püsivalt kättesaadav tasakaalustatud valik kvaliteetseid haiglaraviteenuseid. Teiseks aitab planeerimine tagada kulude kontrollimise ning vältida nii palju kui võimalik rahaliste, tehniliste ja inimressursside raiskamist. Raiskamine on seda kahjulikum, et on üldteada, et

³⁴ Euroopa Kohus on juba sedastanud, et asutamisevabaduse ja teenuste osutamise vabaduse piiranguks on niisugused riigisiselised õigusnormid, mida kohaldatakse küll ühtemoodi nii oma kodanikele kui ka teiste liikmesriikide ettevõtjatele või teenuseosutajatele, kuid mille tagajärjel seatakse teise liikmesriigi teenuseosutajad oma kodanikega võrreldes ebasoodsamasse olukorda (vt muu hulgas 13. detsembri 2007. aasta kohtuotsus komisjon vs. Itaalia (C-465/05, EU:C:2007:781, punktid 46–48) ja 21. detsembri 2023. aasta kohtuotsus Cofidis (C-340/22, EU:C:2023:1019, punktid 40 ja 41)).

haiglaravisektoriga kaasnevad suured kulud ning see peab rahuldama üha suuremaid vajadusi, samas kui rahalised ressursid, mida saab tervishoiule eraldada, ei ole piiramatud, olenemata kasutatavast rahastamisviisist³⁵.

80. Sellest tulenevalt ei saa välistada, et teenuste osutamise vabaduse põhimõtte piiramist õigustavaks ülekaaluka avaliku huviga seotud põhjuseks võib olla sotsiaalkindlustussüsteemi finantstasakaalu kahjustamise oht³⁶.

81. Sellega seoses on Euroopa Kohus juba märkinud, et arvestades määrusega nr 883/2004 kehtestatud hüvitamissüsteemi ja direktiivis 2011/24 sätestatud hüvitamissüsteemi erinevust, ei kanna kindlustajaliikmesriik direktiivi 2011/24 raames ja erinevalt määrusega nr 883/2004 reguleeritud olukordadest üldjuhul piiriülese ravi puhul täiendavat rahalist koormust³⁷.

82. Euroopa Kohus leidis seega, et vastupidi määruse nr 883/2004 artikli 20 lõikele 2 on direktiivi 2011/24 artikli 7 lõike 4 esimeses lõigus sätestatud, nagu on käesoleva ettepaneku punktis 37 meelde tuletatud, et kindlustajaliikmesriik hüvitab või tasub otse piiriülese tervishoiuteenuse kulud sellises ulatuses, nagu ta oleks seda teinud siis, kui seda tervishoiuteenust oleks osutatud tema territooriumil, ületamata saadud tervishoiuteenuse tegelikku maksumust³⁸.

83. Direktiivi 2011/24 artiklis 7 ette nähtud hüvitamise suhtes võib seega kehtida kaks piirangut. Ühelt poolt arvutatakse hüvitis kindlustajaliikmesriigis tervishoiuteenustele kohaldatavate tasumäärade alusel. Teiselt poolt, kui vastuvõtvas liikmesriigis osutatud tervishoiuteenuste kulud on kindlustajaliikmesriigis osutatud tervishoiuteenuste kuludest madalamad, ei tohi see hüvitis ületada saadud tervishoiuteenuste tegelikku maksumust³⁹.

84. Kuna asjaomaste tervishoiuteenuste direktiivi 2011/24 alusel hüvitamise suhtes kehtivad need kaks piirangut, ei ähvarda kindlustajaliikmesriigi tervishoiusüsteemi oht, et piiriülese ravi hüvitamisega seoses tekivad täiendavad kulud, nagu see võib olla määrusega nr 883/2004 kehtestatud hüvitamissüsteemi puhul. Euroopa Kohus lisas, et sellist tõlgendust toetab ka direktiivi 2011/24 põhjendus 29, milles on sõnaselgelt märgitud, et niisugusel kulude katmisel ei tohi olla märkimisväärt mõju liikmesriikide tervishoiusüsteemide rahastamisele⁴⁰.

85. Eeltoodust tuleneb, et niisugustel asjaoludel nagu põhikohtuasjas ei saa sellisele eesmärgile põhimõtteliselt tugineda, et põhjendada tingimust, mille kohaselt peab arstliku läbivaatuse läbi viima arst, kes osutab raviteenuseid Rumeenia sotsiaalkindlustussüsteemi raames ja mille alusel esitatakse direktiivi 2011/24 artikli 7 lõike 7 alusel haiglaravitaotlus.

86. Kui Euroopa Kohus seda seisukohta ei jaga, tuleb lühidalt esitada järgmised märkused selle süsteemi proportsionaalsuse kohta, mis nõuab, et eelneva läbivaatuse on läbi viinud ja haiglaravitaotluse väljastanud kindlustajaliikmesriigi riikliku sotsiaalkindlustusskeemi arst.

³⁵ Vt kohtuotsus Smits ja Peerbooms (punktid 76–79), 16. mai 2006. aasta kohtuotsus Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, punktid 108 ja 109) ja kohtuotsus Elchinov (punkt 43).

³⁶ Vt 27. jaanuari 2011. aasta kohtuotsus komisjon vs. Luksemburg (C-490/09, EU:C:2011:34, punkt 43 ja seal viidatud kohtupraktika).

³⁷ Vt kohtuotsus Veselibas ministrija (punktid 72–77).

³⁸ Kohtuotsus Veselibas ministrija (punkt 73).

³⁹ Kohtuotsus Veselibas ministrija (punkt 74).

⁴⁰ Kohtuotsus Veselibas ministrija (punktid 75 ja 76).

87. Käesoleval juhul näib mulle, et vaidlusaluste riigisiseste õigusnormidega kehtestatud vastavuskriteeriumi automaatsus ja piiriüleste haiglaraviteenuste hüvitamisele seatud kahe tingimuse absoluutne sõnastus ei ole taotletava eesmärgiga kooskõlas, kuna oleks võimalik võtta vähem piiravaid ning patsientide ja teenuste vaba liikumist kaitsvaid meetmeid, nagu sellise menetluse kehtestamine, mille eesmärk on vajaduse korral aktsepteerida samaväärseid arstitööendeid või -aruandeid, millega kaasneb pakutud diagnoosi ja ravi usutavuse kontroll. Selline vastavuskriteerium ei vasta seega proportsionaalsuse nõudele.

Ettepanek

88. Eeltoodud kaalutlusi arvestades teen Euroopa Kohtule ettepaneku vastata esimesele eelotsuse küsimusele, et ELTL artiklit 56 ja 9. märtsi 2011. aasta direktiivi 2011/24 artikli 7 lõiget 7 tuleb tõlgendada nii, et nendega on vastuolus õigusnormid, mis seavad kindlustajaliikmesriigis kindlustatud isiku piiriüleste tervishoiuteenuste kulude hüvitamise automaatselt sõltuvusse sellest, et arstliku läbivaatuse on läbi viinud arst, kes osutab tervishoiuteenuseid selle riigi riiklikus ravikindlustussüsteemis, ja sellest, et see arst esitab seejärel haiglaravitaotluse, ilma et oleks lubatud esitada samaväärseid dokumente, mille on väljastanud tervishoiutöötaja, kes ei kuulu selle riigi riikliku ravikindlustussüsteemi.