

<https://helda.helsinki.fi>

Euroopan unionin toisessa jäsenvaltiossa syntyneiden sairaanhoitokustannusten korvaaminen

Tuovinen, Anna-Kaisa

Kelan tutkimusosasto

2012-10-22

Tuovinen , A-K 2012 , Euroopan unionin toisessa jäsenvaltiossa syntyneiden
sairaanhoitokustannusten korvaaminen . Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia , Nro 122 ,
Kelan tutkimusosasto , Helsinki .

<http://hdl.handle.net/10138/231116>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.



Anna-Kaisa Tuovinen

**Euroopan unionin toisessa
jäsenvaltiossa syntyneiden
sairaanhoitokustannusten
korvaaminen**



Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 122

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2012

Anna-Kaisa Tuovinen

***Euroopan unionin toisessa jäsenvaltiossa
syntyneiden sairaanhoitokustannusten
korvaaminen***

Kirjoittaja

Anna-Kaisa Tuovinen, OTM
Helsingin yliopisto
etunimi.sukunimi@helsinki.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittaja ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 978-951-669-897-0 (nid.)
978-951-669-898-7 (pdf)
ISSN 1238-5050

Juvenes Print
Tampere 2012

Tiivistelmä

Tuovinen A-K. **Euroopan unionin toisessa jäsenvaltiossa syntyneiden sairaanhoitokustannusten korvaaminen.** Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 122, 2012. 86 s. ISBN 978-951-669-897-0 (nid.), ISBN 978-951-669-898-7 (pdf).

Muutama vuosi Suomen EU-jäsenyyden alettua silloinen EY-tuomioistuin vahvisti, että jäsenvaltioiden sosiaaliturva- ja terveysjärjestelmät kuuluvat sisämarkkinasääntelyn piiriin. Euroopan unionin tuomioistuimen ratkaisukäytäntö aiheutti lopulta tarpeen unionitasoiselle lainsäädännölle. Direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa (nk. potilaiden liikkuvuusdirektiivi) annettiin lopulta vuoden 2011 maaliskuussa. Tässä tutkimuksessa selvitetään nykytilanteeseen peilaten, mitä muutoksia direktiivin antaminen tarkoittaa potilaan oikeudelle saada toisessa jäsenvaltiossa syntyneitä sairaanhoitokustannuksia korvatuksi sekä ennakkoluvallisissa hoitotilanteissa että omatoimisesti toiseen jäsenvaltioon hoitoon hakeuduttaessa. Toisena kysymyksenä pohditaan, minkä tahon tulisi korvata potilaalle toisessa jäsenvaltiossa saadun sairaanhoidon kustannukset. Kun direktiiviä tulkitaan EU-tuomioistuimen potilaiden oikeuksia korostavan ratkaisukäytännön valossa, näyttäisi se tarkoittavan käytännössä sitä, että direktiivin nojalla Suomessa asuville ja vakuutetuille potilaille syntyy oikeus korvaukseen toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannuksista, joka vastaa Suomessa annettavan julkisen terveydenhuollon korvaustasoa. Tämä tarkoittaa merkittävää parannusta potilaiden mahdollisuuksille hakea hoitoa toisesta valtiosta. Tällä hetkellä kunnat ovat vastuussa asukkaidensa terveydenhuollosta, mutta ne eivät vastaa toisessa valtiossa ilman ennakkolupaa saadun hoidon kustannuksista. Kunnan, joka on vastuussa potilaan terveydenhuollosta Suomessa, tulisi vastata myös toisessa maassa syntyneistä hoitokustannuksista. Tätä voidaan perustella taloudellisella kannustimella. Nykytilanne voi johtaa siihen, että kunnalle syntyy säästöjä, jos sen asukas hakee toisesta jäsenvaltioista omatoimisesti hoitoa valtion kustannuksella.

Avainsanat: potilaan oikeudet, terveydenhuolto, sairaanhoito, sairausvakuutus, EU-oikeus, sisämarkkinat, palveluiden vapaa liikkuvuus

Sammandrag

Tuovinen A-K. **Ersättning av sjukvårdskostnader som uppkommit i en annan EU-medlemsstat.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 122, 2012. 86 s. ISBN 978-951-669-897-0 (hft.), ISBN 978-951-669-898-7 (pdf).

Några år efter att Finland blev medlem av Europeiska unionen fastställde EG-domstolen att medlemsstaternas socialskydd och hälsovårdssystem omfattas av regleringen av den inre marknaden. EU-domstolens rättspraxis skapade ett behov av lagstiftning på EU-nivå. Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (det s.k. direktivet om patientrörlighet) utfärdades slutligen i mars 2011. I den här studien behandlas vilka förändringar utfärdandet av direktivet innebär för patientens rätt att få ersättning för sjukvårdskostnader som uppkommit i en annan medlemsstat med eller utan ett förhandstillstånd. Den andra frågan är vilken instans som borde ersätta sjukvårdskostnader som uppkommit i en annan medlemsstat. När direktivet tolkas utgående från EU-domstolens rättspraxis, som betonar patientens rättigheter, ser det i praktiken ut som om patienter som är bosatta och försäkrade i Finland, med stöd av direktivet är berättigade till ersättning för kostnader som uppkommit i en annan medlemsstat på motsvarande ersättningsnivå som i fråga om hälsovård som tillhandahålls av den offentliga hälso- och sjukvården i Finland. Detta innebär en avsevärd förbättring för patientens möjlighet att uppsöka vård i en annan medlemsstat. Kommunerna är ansvariga för organiseringen av hälsovården för sina invånare, men de står inte för kostnaderna för icke-planerad vård i utlandet. Å andra sidan borde en kommun som är ansvarig för patientens hälsovård i Finland svara för sjukvårdskostnader som uppkommit utomlands. Detta kan motiveras med ekonomiska incitament. Nuläget kan leda till en situation där kommunerna sparar resurser om invånarna på eget initiativ uppsöker vård i ett annat land inom EES-området på bekostnad av staten.

Nyckelord: patientens rättigheter, hälsovård, sjukvård, sjukförsäkring, EU-rätt, inre marknad, fri rörlighet för tjänster

Abstract

Tuovinen A-K. **Reimbursement of healthcare costs incurred in another EU member state.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 122, 2012. 86 pp. ISBN 978-951-669-897-0 (print), ISBN 978-951-669-898-7 (pdf).

A few years after Finland acceded to the European Union the European Court of Justice confirmed that the social security and health systems of the member states fall under internal market legislation. The legal praxis of the ECJ caused a need for legislation at the EU level. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare (the so-called directive on patient mobility) was adopted eventually in March 2011. Based on an analysis of the present situation, this study examines what the adoption of this directive means for patients' rights to be reimbursed for healthcare costs incurred in another member state with or without prior authorization. Another question addressed by the study is which governing body should reimburse patients for the costs of healthcare received in another member state. When interpreting the directive in the light of the ECJ case law, which emphasizes patients' rights, it appears that under the directive, patients living and insured in Finland are entitled to reimbursement for the costs of healthcare received in another member state at a level of compensation equal to that available for healthcare provided by a public healthcare provider in Finland. This significantly improves patients' chances of seeking treatment in another member state. At present, municipalities are responsible for arranging healthcare services for the local population, but they do not offer reimbursement for the costs of unscheduled treatment provided in another member state. This study argues that a municipality which is responsible for a patient's healthcare in Finland should also be responsible for the costs of treatment incurred abroad. A case can be made for this on the grounds of economic incentive because the current practice can lead to a situation where a municipality may achieve savings if a resident seeks treatment independently from another member state at the expense of the state of affiliation.

Key words: patients' rights, healthcare, medical care, health insurance, EU law, internal market, free movement of services

ALKUSANAT

Idean tämän oikeustieteellisen tutkielmani aihepiiriksi sain projektiryhmämme vierailulla sosiaali- ja terveysministeriössä, jossa kuulin kiinnostavan tuntuista potilaiden liikkuvuusdirektiiviehdotuksesta ensimmäisen kerran. Koska ajatuksenani oli kirjoittaa tutkielma ajankohtaisesta sosiaalioikeudellisesta aiheesta, otin yhteyttä Kelan tutkimusosastoon. Yhteydenoton myötä minulle tarjoutui mahdollisuus kirjoittaa tutkielmani Kelassa. Tästä haluan kiittää Kelan tutkimusosaston tutkimushallintopäällikkö Laura Kalliomaa-Puhaa. Hän järjesti minulle työpisteen täydehköstä päätalosta ja kannusti minua työn hektisimmässä vaiheessa. Kiitos.

Tutkimuskysymykseni tarkentui Kelan terveysosaston kehittämispäällikkö Noora Heinosen kanssa käydyssä keskustelussa. Keskustelin potilaiden liikkuvuusdirektiiviehdotuksen kommervenkeista myös sosiaali- ja terveysministeriön neuvotteleva virkamies Kirsi Ruuhosen sekä Suomen Lääkäriliiton terveyspoliittinen asiantuntija Mervi Katteluksen kanssa. Parhaimmat kiitokseni heille kaikille. Lämmin kiitos kuuluu samoin aiemmalle työnohjaajalleni professori Outi Suvirannalle, joka hyväksyi tutkimukseni aiheen ja antoi arvokkaita kommentteja työn eri vaiheissa. Arvokkaita kommentteja antoi myös Kelan erikoistutkija Toomas Kotkas, mistä kiitos. Haluan lausua kiitokseni myös professori Olli Mäenpäälle ja tohtorikoulutettava Riku Niemiselle tutkielmani ripeästä tarkastuksesta. Tämän työn painokuntoon saattamisessa auttoivat Kelan julkaisutoimittaja Sirkka Vehanen ja kielentarkistuksessa Kotuksen Sari Vaula. Kiitos teille kaikille.

Ennen kaikkea haluan kiittää perhettäni sekä ystäviäni tuesta, jota he ovat osoittaneet minulle koko opintaipaleeni aikana, aivan sen viime metreille saakka. Ilman teitä en olisi päässyt maaliin. Kiitos rakkaat.

Helsingissä, syksyn saapuessa 2012

Anna-Kaisa

SISÄLTÖ

LÄHTEET	9
Kirjallisuus ja artikkelit.....	9
Kotimaiset virallislähteet.....	13
Euroopan unionin virallislähteet.....	15
Muut virallislähteet.....	16
EU-tuomioistuimen oikeustapaukset.....	17
Muut lähteet.....	17
LYHENTEET	19
1 JOHDANTO	20
1.1 Aihepiirin esittely ja keskeiset käsitteet.....	20
1.2 Tutkimuskysymys ja aiheenrajaus.....	23
1.3 Metodi ja lähdeaineisto.....	24
1.4 Dispositio.....	25
2 POTILAIEN LIIKKUVUUSDIREKTIIVIN TAUSTALLA OLEVAN EU:N SOSIAALI- JA TERVEYSSEKTORIN KEHITYS	26
2.1 EU:n sosiaali- ja terveyspolitiikka.....	26
2.1.1 Jäsenvaltioiden erilaiset sosiaaliturvajärjestelmät.....	26
2.1.2 Sosiaaliturvan koordinointi harmonisoinnin sijaan.....	27
2.1.3 Lissabonin strategia, palveludirektiivi ja terveyspalvelut.....	28
2.1.4 Lissabonin sopimuksen terveyttä koskevat määräykset.....	30
2.2 Direktiiviin kodifioitu unionin oikeuskäytäntö.....	32
2.2.1 Sosiaaliturvajärjestelmät osana sisämarkkinoita.....	32
2.2.2 Sairaalahoidon kustannusten korvaaminen.....	35
2.2.3 Liitännäiskustannusten korvattavuus.....	37
2.2.4 Julkisen terveydenhuoltojärjestelmän asema.....	39
2.2.5 Ulkomaisten lääkäreiden pätevyys.....	41
2.2.6 Hoitotyypit ja -menetelmät.....	42
3 POTILAIEN LIIKKUVUUSDIREKTIIVI	44
3.1 Yleistä direktiivistä ja sen tarpeellisuudesta.....	44
3.1.1 EUT:n oikeuskäytännön synnyttämä sääntelytarve.....	44
3.1.2 Näkökulmia direktiivin hyödyistä ja haasteista.....	45
3.1.3 EU:n toimivalta ja oikeusperusta direktiivin säätämiseen.....	48
3.1.4 Sääntelyn tarkoitus ja soveltamisala.....	49
3.2 Rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaaminen potilaalle... 50	
3.2.1 Terveydenhuollon kustannusten korvaamisen pääperiaatteet....	50
3.2.2 Ennakkoluvan käyttäminen kustannusten korvaamisen edellytyksenä.....	52
3.2.3 Hallinnolliset menettelyt rajatylittävässä terveydenhuollossa....	53

4	SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄN PÄÄPIIRTEET	55
4.1	Julkinen terveydenhuolto ja asiakasmaksut	55
4.1.1	Terveydenhuollon järjestämis- ja kustannusvastuu kunnilla.....	55
4.1.2	Potilaan oikeus hoitoon	57
4.1.3	Hoitotakuu.....	58
4.1.4	Potilaan valinnanmahdollisuuden laajentuminen.....	61
4.2	Yksityinen palvelutuotanto ja sairausvakuutus julkisen terveydenhuollon täydentäjänä	63
4.2.1	Ostopalvelut	63
4.2.2	Palvelusetelit	64
4.2.3	Lakisääteinen sairausvakuutus	65
5	POTILAALLE KORVATTAVAT KUSTANNUKSET TOISESSA JÄSENVALTIOSSA ANNETUSTA HOIDOSTA	67
5.1	Lähtökohtia.....	67
5.2	Korvaustason nykytila	67
5.2.1	Ennakkoluvalla saadun sairaanhoidon kustannusten korvaaminen.....	67
5.2.2	Korvaukset omatoimisesti hankitun sairaanhoidon kustannuksista	69
5.3	Korvaustaso direktiivin implementoinnin jälkeen.....	71
5.3.1	Korvaus ennakkoluvalla saadun hoidon kustannuksista	71
5.3.2	Kustannusten korvaaminen ilman ennakkolupaa saadusta hoidosta	74
6	VASTUU POTILAAN TOISESSA JÄSENVALTIOSSA SAAMAN HOIDON KUSTANNUKSISTA	76
6.1	Yleistä.....	76
6.2	Kustannusvastuun jakautumisen nykytila	76
6.2.1	Vastuu ennakkoluvalla annetun hoidon kustannuksista	76
6.2.2	Vastuu potilaan omatoimisesti hankkimien hoidon kustannuksista	78
6.3	Kustannusvastuu direktiivin implementoinnin jälkeen	78
6.3.1	Kustannusvastuu ennakkoluvalla saadusta hoidosta	78
6.3.2	Vastuu ilman ennakkolupaa saadun hoidon kustannuksista	79
7	JOHTOPÄÄTÖKSIÄ	83

LÄHTEET

Kirjallisuus ja artikkelit

Aarnio Aulis. Laintulkinnan teoria. Yleisen oikeustieteen oppikirja. Helsinki: WSOY, 1989.

Arajärvi Pentti. Toimeentuloturvan oikeellisuus. Toimeentuloturvaa koskevan lainsäädännön suhde perustuslakiin, erityisesti perusoikeuksiin, ihmisoikeuksiin ja yhteisöoikeuteen. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 2002.

da Costa Leite Borges Danielle. European health systems and the internal market. Reshaping ideology? *Health Care Analysis* 2011; 19: 365–387. Saatavissa: <<http://www.springerlink.com/content/kl65725526768200/fulltext.pdf>>. Viitattu 28.7.2011.

Cousins Mel. Patient mobility and national health systems. Case C-372/04, The Queen on the application of Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health, judgment of the European Court of Justice, 16 May, 2006, [2006] ECR I-4325. *Legal Issues of Economic Integration* 2007; 34 (2): 183–193.

Craig Paul P, de Búrca Gráinne. *EU law. Text, cases and materials*. Fourth edition. Oxford: Oxford University Press, 2007.

Edwardsson Eva. Fri rörlighet för välfärd? Rättsutvecklingen gällande den fria rörligheten för sjukvårdstjänster. Stockholm: Svenska institutet för europapolitiska studier (SIEPS), Rapport 5, 2007. Saatavissa: <<http://www.sieps.se/sites/default/files/60-20075.pdf>>. Viitattu 28.7.2011.

Edwardsson Eva. Nya regler om fri rörlighet för patienter. Stockholm: Svenska institutet för europapolitiska studier (SIEPS), *Europapolitisk analys* 15, 2008. Saatavissa: <<http://www.sieps.se/sites/default/files/436-200815epa.pdf>>. Viitattu 28.7.2011.

Gekiere Wouter, Baeten Rita, Palm Willy. Free movement of services in the EU and health care. Julkaisussa: Mossialos Elias, Permanand Govin, Baeten Rita, Hervey Tamara K, toim. *Health systems governance in Europe. The role of European Union law and policy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010: 461–508.

Glinos Irene A, Baeten Rita. A literature review of cross-border patient mobility in the European Union. Brussels: Observatoire Social Européen, 2006.

Goldner Lang Iris. Patient mobility in the European Union. Pushing for EU internal health market. *Medicine and Law* 2009; 28: 661–671.

Hallberg Pekka, Karapuu Heikki, Ojanen Tuomas, Scheinin Martin, Tuori Kaarlo, Viljanen Veli-Pekka. *Perusoikeudet*. 2. uud. p. Helsinki: WSOYpro, 2011.

Hantrais Linda. *Social policy in the European Union*. Second edition. Basingstoke: Macmillan, 2000.

Hatzopoulos Vassilis. Health law and policy. The impact of the EU. Julkaisussa: de Búrca Gráinne, toim. EU law and the welfare state. In search of solidarity. Oxford: Oxford University Press, 2005: 111–168.

Hyvärinen Anna-Lotta. Potilaan oikeudesta hakeutua hoitoon toiseen EU:n jäsenmaahan. Edilex Asiantuntijakirjoitukset 27.6.2005, pro gradu. Saatavissa: <<http://www.edilex.fi/lakikirjasto/2570.pdf>>. Viitattu 28.7.2011.

Jesse Maris, Kruuda Ruta. Cross-border care in the north. Estonia, Finland and Latvia. Julkaisussa: Rosenmöller Magdalene, McKee Martin, Baeten Rita, toim. Patient mobility in the European Union. Learning from experience. Copenhagen: World Health Organization, 2006: 23–37.

Kaila Heidi. Potilaiden vapaa liikkuvuus Euroopan unionissa. Kansalliset sosiaaliturvajärjestelmät sisämarkkinalogiikan puristuksessa. Defensor Legis 2004 (4): 721–736.

Kari Matti. Sosiaalinen Eurooppa ja Suomi. EU:n sosiaalipolitiikka Suomen näkökulmasta. Jyväskylä: Atena, 1997.

Kari Matti, Kattelus Mervi, Saari Juho. Sosiaalinen Eurooppa murroksessa. Euroopan unionin sosiaali- ja terveyspolitiikka. Helsinki: Ulkoasiainministeriön Eurooppatiedotus, 2008.

Koivusalo Meri. Globalisaatioparadoksi. Terveyspolitiikka monopolien ja markkinoiden puristuksessa. Julkaisussa: Koivusalo Meri, Ollila Eeva, Alanko Anna, toim. Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 2009: 106–131.

Koivusalo Meri, Ollila Eeva, Tritter, Jonathan. Kansalaiset, asiakkuus ja Euroopan unionin vaikutukset terveydenhuoltoon. Julkaisussa: Ashorn Ulla, Lehto Juhani, toim. Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, 2008: 215–234.

Kuusi Kai. Euroopassa liikkuvien henkilöiden oikeus terveydenhuoltoon ja kustannusvastuun toteutuminen. Julkaisussa: Jaakkola Antero, Amberla Synnöve, toim. Mikä status – mikä oikeus? EU:n ohjauskeinoista ja henkilöiden oikeuksista sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluihin Suomessa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 1995: 118–126.

Kuusi Osmo, Rynnänen Olli-Pekka, Kinnunen Juha, Myllykangas Markku, Lammintakainen Johanna. Terveidenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Helsinki: Eduskunta, Eduskunnan kanslian julkaisu 3, 2006.

Legido-Quigley Helena, Passarani Ilaria, Knai Cecile, ym. Cross-border healthcare in Europe. Clarifying patients' rights. BMJ 2011; 342:d296: 364–367.

Lohiniva-Kerkelä Mirva. Terveidenhuollon juridiikka. 4. uud. p. Helsinki: Talentum Media, 2007.

Martinsen Dorte S, Blomqvist Paula. The European Union. Singel market pressures. Julkaisussa: Magnussen Jon, Vrangbæk Karsten, Saltman Richard B, toim. Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. Berkshire: Open University Press, 2009: 294–315.

Maula-Hellén Outi. EU ja oikeus hoitoon. Edilex Asiantuntijakirjoitukset 9.10.2006, pro gradu. Saatavissa: <<http://www.edilex.fi/lakikirjasto/3706.pdf>>.

Mikkola Matti, Pietiläinen Seppo, Valpola Olli. Suomalainen toimeentuloturva. Helsinki: Legisactio, 2002.

Mäenpää Olli. Hallinto-oikeus. 4. laitos. Helsinki: WSOY Lakitieto, 2003.

Mäenpää Olli. Eurooppalainen hallinto-oikeus. 3. uud. p. Helsinki: Talentum Media, 2011.

Narikka Jouko, toim. Sosiaali- ja terveysturvan lainsäädäntö käytännössä. Helsinki: Tietosanoma, 2006.

Nieminen Liisa. Eurooppalainen sosiaalioikeus. Sosiaalivakuutusvaltiosta sosiaalipalveluvaltioksi. Helsinki: Lakimiesliiton Kustannus, 1998.

Ojanen Tuomas. Ratio ja voluntas EU-oikeudessa. Julkaisussa: Hurri Samuli, toim. Demokraattisen oikeuden ehdot. Kritiikki, politiikka, kulttuuri. Kaarlo Tuorin 60-vuotisjuhlakirja. Helsinki: Tutkijaliitto, 2008: 220–231.

Ollila Eeva, Koivusalo Meri. Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi. Terveysturvan parantamisen tärkeät valinnat. Julkaisussa: Koivusalo Meri, Ollila Eeva, Alanko Anna, toim. Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveysturvalle. Helsinki: Gaudeamus, 2009: 21–47.

Pakaslahti Johannes. Euroopan sosiaalisen mallin aineksia. Helsinki: Gaudeamus, 2001.

Pakaslahti Johannes. Euroopan sosiaalisen mallin historia, nykyhetki ja tulevaisuus. Julkaisussa: Saari Juho, toim. Euroopan sosiaalinen malli. Sosiaalipoliittinen näkökulma Euroopan integraatioon. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2002: 49–65.

Palm Willy, Glinos Irene A. Enabling patient mobility in the EU. Between free movement and coordination. Julkaisussa: Mossialos, Elias, Permanand Govin, Baeten Rita, Hervey Tamara, toim. Health systems governance in Europe. The role of European Union law and policy. Cambridge: Cambridge University Press, 2010: 509–560.

Palola Elina, Särkelä Riitta, toim. Hyvinvointi United – FC Sisämarkkinat. Reilu peli. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2006.

Raitio Juha. Eurooppaoikeus ja sisämarkkinat. 2. uud. p. Helsinki: Talentum, 2010.

Rosenmöller Magdalene, McKee Martin, Baeten Rita, Glinos Irene A. Patient Mobility. The context and issues. Julkaisussa: Rosenmöller Magdalene, McKee Martin, Baeten Rita, toim. Patient mobility in the European Union. Learning from experience. Copenhagen: World Health Organization, 2006: 1–7.

Saari Juho. Uusi aikakausi. Yhdentyvä Eurooppa ja sosiaalipoliittika. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2003.

Saari Juho, Kari Matti. Sosiaali- ja terveysturva: nopeasti muuttunut politiikkalohko. Julkaisussa: Raunio Tapio, Saari Juho, toim. Eurooppalaistuminen. Suomen sopeutuminen Euroopan integraatioon. Helsinki: Gaudeamus, 2006: 140–180.

Sakslin Maija. Asumiseen perustuva sosiaaliturva ja henkilöiden liikkuvuus Euroopan unionissa. Helsinki: Helsingin yliopisto, Kansainvälisen talousoikeuden instituutti KATTI, 1995.

Sakslin Maija. Palvelujen ja tavaroiden vapaa liikkuvuus ja sairaanhoitoon liittyvä sosiaaliturva. Julkaisussa: Myhrman Rolf, toim. Euroopan unionin syventyminen ja sosiaaliturva. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2, 1999: 68–82.

Sakslin Maija. Sosiaali- ja terveysturva Euroopan unionin perusoikeuskirjassa. Julkaisussa: Nieminen Liisa, toim. Perusoikeudet EU:ssa. Helsinki: Talentum Media, 2001: 229–261.

Sakslin Maija. Eurooppalaistuuko Suomen sosiaaliturva? *Lakimies* 2003 (7–8): 1198–1212.

Sakslin Maija. Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen Euroopan unionissa. Julkaisussa: Ojanen Tuomas, Haapea Arto, toim. EU-oikeuden perusteita II. Aineellisen EU-oikeuden aloja ja ulottuvuuksia. Helsinki: Edita, 2007: 295–337.

Sakslin Maija. Potilaan oikeus hakeutua hoitoon valitsemaansa jäsenvaltioon. EY:n tuomioistuimen tulkintakannanotoista unionin ja jäsenvaltioiden oikeudeksi. Julkaisussa: Kaila Heidi, Pirjatanniemi Elina, Suksi Markku, toim. Yksilön oikeusasema Euroopan unionissa. Juhlakirja Allan Rosas. Turku: Institutet för mänskliga rättigheter vid Åbo Akademi, 2008: 349–355.

Sakslin Maija. Euroopan unionin oikeus sosiaalisten oikeuksien turvana. Julkaisussa: Kanninen Heikki, Koskinen Heikki, Rosas Allan, Sakslin Maija, Tuori Kaarlo, toim. Puhuri käy. Muuttuva suomalainen ja eurooppalainen valtiosääntömme. Heikki Karapuu 30.12.1944–15.6.2006. Helsinki: Edita, 2009: 363–388.

Sakslin Maija, Rentola Essi, Klemola Antti. EU:ssa liikkuvien henkilöiden sosiaaliturva. Kommentaari neuvoston asetuksesta (ETY) 1408/71. Helsinki: Helsingin yliopisto, Kansainvälisen talousoikeuden instituutti KATTI, 1998.

Sieveling Klaus. ECJ Rulings on health care services and their effects on the freedom of cross-border patient mobility in the EU. *European Journal of Migration and Law* 2007; 9: 25–51.

Suviranta Outi. Hoitotakuu ja viivästys terveystalouden järjestämisessä. *Lakimies* 2006 (7–8): 1252–1264.

Tacconi Flaminia. Freedom of health and medical care services within the European Union. Recent jurisprudence of the European Court of Justice, with particular reference to case C-372/04 Yvonne Watts, 16 May 2006. *Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht* 68/2008: 195–207.

Tammilehto Timo, Koskinen Seppo. Suomen sosiaaliturvajärjestelmä ja työperäinen maahanmuutto. Edilex 2010/18. Referee-artikkeli, julkaistu 19.8.2010. Saatavissa: <<http://www.edilex.fi/lakikirjasto/7229.pdf>>. Viitattu 28.7.2011.

Tuori Kaarlo. Potilaan oikeus valita hoitopaikkansa. *Suomen Lääkärilehti* 1999; 54 (14): 1877–1881.

Tuori Kaarlo. Sosiaalioikeus. 3. uud. p. Helsinki: WSOY Lakitieto, 2004.

Tuori Kaarlo. Oikeuden ratio ja voluntas. Helsinki: WSOYpro, 2007.

Tuori Kaarlo, Kotkas Toomas. Sosiaalioikeus. 4. uud. p. Helsinki: WSOYpro, 2008.

van der Mei A.P. Cross border access to medical care. Non-hospital care and waiting lists. *Legal Issues of Economic Integration* 2004; 31 (1): 57–67.

Viinämäki Olli-Pekka. Eurooppahallinto ja Suomi. Helsinki: Gaudeamus, 2007.

Westerhäll Lotta. Social trygghet och migration. Kommentar till förordningen 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom Gemenskapen. Stockholm: Nerenius & Santérus, 1995.

Wilhelmsson Thomas. Vieteriukkoteoria EY-oikeudesta. Julkaisussa: *Juhlajulkaisu Aulis Aarnio 1937–14/5–1997*. Helsinki: Suomalainen Lakimiesyhdistys, 1997: 357–374.

Kotimaiset virallislähteet

Säädökset

Kansanterveyslaki (28.1.1972/66, myöh. KTL)

Erikoissairaanhoitolaki (1.12.1989/1062, myöh. ESHL)

Laki yksityisestä terveydenhuollosta (9.2.1990/152)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (3.8.1992/733)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (3.8.1992/734, myöh. asiakasmaksulaki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, myöh. potilaslaki)

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (9.10.1992/912, myöh. asiakasmaksuasetus)

Laki asumiseen perustuvan sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta (30.12.1993/1573)

Kotikuntalaki (11.3.1994/201)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559, myöh. ammattihenkilölaki)

Kuntalaki (17.3.1995/365)

Hallintolainkäyttölaki (26.7.1996/586)

Suomen perustuslaki (11.6.1999/731, myöh. PL)

Sairausvakuutuslaki (21.12.2004/1224, myöh. SVL)

Laki sairausvakuutuslain 2 luvun 6 §:n ja 15 luvun 2 §:n muuttamisesta (17.3.2006/199)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (24.7.2009/569, myöh. palvelusetelilaki)

Sosiaali- ja terveysministeriön ilmoitus eräistä indeksillä tarkistetuista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista ja kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelusetelistä (17.11.2011/1148)

Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta (29.12.2009/1704, myöh. valtionosuuslaki)

Laki sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta (14.5.2010/352)

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326, myöh. TervHL)

Lakien esityöt

HE 309/1993 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

PeVM 25/1994 vp. Perustuslakivaliokunnan mietintö n:o 25 hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

HE 50/2004 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi.

HE 77/2004 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

StVL 6/2004 vp – E 6/2004 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunto 6/2004 vp. Valtioneuvoston selvitys ehdotuksesta Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla.

StVL 11/2004 vp – U 31/2004 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunto 11/2004 vp. Valtioneuvoston kirjelmä ehdotuksesta Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla.

StVM 13/2004 vp – HE 77/2004 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 13/2004 vp. Hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

U 58/2008 vp. Valtioneuvoston kirjelmä eduskunnalle ehdotuksesta parlamentin ja neuvoston direktiiviksi (potilaiden liikkuvuusdirektiivi).

StVL 16/2008 vp – U 58/2008 vp, E 76/2008 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunto 16/2008 vp. Valtioneuvoston kirjelmä ehdotuksesta Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi (potilaiden liikkuvuusdirektiivi). Valtioneuvoston selvitys ehdotuksesta Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi rajatylittävässä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista.

StVM 8/2010 vp – HE 34/2010 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 8/2010 vp. Hallituksen esitys laiksi sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.

HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.

StVM 40/2010 vp – HE 90/2010 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 40/2010 vp. Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.

Ministeriöiden julkaisut ja selvitykset

STM 2003:22. Asumisperusteista sosiaaliturvaa selvittäneen työryhmän (SOLMU 3) loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 22, 2003.

STM 2003:33. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 33, 2004.

STM 2006:1. Sosiaaliturvan suunta 2005–2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 1, 2006.

STM 2006:44. Ulkomailla asuvien terveydenhuollosta Suomessa aiheutuvien kustannusten korvaaminen. EU:n sosiaaliturvan koordinaatioasetusten mukaisten sairaanhoitokustannusten korvaamista selvittäneen työryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 44, 2006.

STM 2010:1. Sosiaali- ja terveystietokertomus 2010. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 1, 2010.

TEM 2/2011. Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti. Mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset strategisiksi linjauksiksi. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu, Konserni 2, 2011.

STM 2011:7. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7, 2011.

Euroopan unionin virallislähteet

Perussopimukset

Lissabonin sopimus Euroopan unionista tehdyn sopimuksen ja Euroopan yhteisön perustamissopimuksen muuttamisesta, allekirjoitettu Lissabonissa 13.12.2007, EUVL C 306, 17.12.2007: 1–271 (myöh. Lissabonin sopimus).

Euroopan unionista tehdyn sopimuksen konsolidoitu toisinto, EUVL C 83, 30.3.2010: 13–46 (myöh. SEU).

Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen konsolidoitu toisinto, EUVL C 83, 30.3.2010: 47–200 (myöh. SEUT).

Euroopan unionin perusoikeuskirja, EUVL C 83, 30.3.2010: 389–403.

Asetukset

Neuvoston asetus (ETY) N:o 1408/71, annettu 14.6.1971, sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin ja heidän perheenjäseniinsä, EYVL L 149, 5.7.1971: 2–50 (myöh. sosiaaliturva-asetus).

Neuvoston asetus (ETY) N:o 574/72, annettu 21.3.1972, sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin ja heidän perheenjäseniinsä annetun asetuksen (ETY) N:o 1408/71 täytäntöönpanomenettelystä, EYVL L 74, 27.3.1972: 1–83.

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 883/2004, annettu 29.4.2004, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta, EUVL L 166, 30.4.2004: 1–123 (myöh. sosiaaliturvan koordinaatioasetus).

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 987/2009, annettu 16.9.2009, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen (EY) N:o 883/2004 täytäntöönpanomenettelystä, EUVL L 284, 30.10.2009: 1–42 (myöh. täytäntöönpanoasetus).

Direktiivit

Neuvoston direktiivi 93/16/ETY, annettu 5.4.1993, lääkäreiden vapaan liikkuvuuden sekä heidän tutkimustodistustensa, todistustensa ja muiden muodollista kelpoisuutta osoittavien asiakirjojensa vastavuoroisen tunnustamisen helpottamisesta, EYVL L 165, 7.7.1993: 1–24.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2006/123/EY, annettu 12.12.2006, palveluista sisämarkkinoilla, EUVL L 376, 27.12.2006: 36–68 (myöh. palveludirektiivi).

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9.3.2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa, EUVL L 88, 4.4.2011: 45–65 (myöh. potilaiden liikkuvuusdirektiivi).

Muut virallislähteet

Komission ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla, KOM (2004) 2 lopullinen, 25.2.2004.

Kansalaisten terveyden, turvallisuuden ja luottamuksen edistäminen: terveys- ja kuluttajansuojastrategia, KOM (2005) 115 lopullinen, 6.4.2005.

Neuvoston päätelmät Euroopan unionin terveysjärjestelmien yhteisistä arvoista ja periaatteista, EUVL C 146, 22.6.2006.

Komission ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi rajatylittävässä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista, KOM (2008) 414 lopullinen, 2.7.2008.

EU-tuomioistuimen oikeustapaukset

Yhdistetyt asiat 286/82 ja 26/83, Graziana Luisi ja Giuseppe Carbone vastaan Ministero del Teroso, 31.1.1984, Oikeustapauskokoelma 1984, 377.

Asia C-238/82, Duphar BV ym. vastaan Alankomaiden valtio, 7.2.1984, Oikeustapauskokoelma 1984, 523.

Asia C-120/95, Nicolas Decker vastaan Caisse de maladie des employés privés, 28.4.1998, Oikeustapauskokoelma 1998, I-01831.

Asia C-158/96, Raymond Kohll vastaan Union des caisses de maladie, 28.4.1998, Oikeustapauskokoelma 1999, I-01931.

Asia C-368/98, Abdou Vanbraekel ym. vastaan Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), 12.7.2001, Oikeustapauskokoelma 2001, I-5363.

Asia C-157/99, B.S.M. Geraets, ent. Smits, vastaan Stichting Ziekenfonds VGZ ja H.T.M. Peerbooms vastaan Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, 12.7.2001, Oikeustapauskokoelma 2001, I-5473.

Asia C-385/99, V.G. Müller-Fauré vastaan Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA ja E.E.M van Riet vastaan Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, 13.5.2003, Oikeustapauskokoelma 2003, I-04509.

Asia C-8/02, Ludwig Leichtle vastaan Bundesanstalt für Arbeit, 18.3.2004, Oikeustapauskokoelma 2004, I-2641.

Asia C-372/04, The Queen (Yvonne Wattsin hakemuksesta) vastaan Bedford Primary Care Trust ja Secretary of State for Health, 16.5.2006, Oikeustapauskokoelma 2006, I-04325.

Asia C-466/04, Manuel Acereda Herrera vastaan Servicio Cántabro de Salud, 15.6.2006, Oikeustapauskokoelma 2006, I-5341.

Asia C-444/05, Aikaterini Stamatelaki vastaan NPDD Organismos Asfaliseos Eleftheron Epangelmaton (OAE), 19.4.2009, Oikeustapauskokoelma 2007, I-3185.

Asia C-173/09, Georgi Ivanov Elchinov vastaan Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa, 5.10.2010, Oikeustapauskokoelma 2010, I-08889.

Muut lähteet

Departementserien 2006:4. Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land – En översyn. Socialdepartementet, 10.2.2006. Saatavissa: <<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/05/79/54/a5cb61cf.pdf>>. Viitattu 28.7.2011.

Suomen hallituksen toimet Euroopan yhteisöjen tuomioistuimissa vireillä olevissa asioissa sekä komission Suomea vastaan käynnistämässä valvonta-asioissa ajalla 1.1.–31.12.2004, Ulkoasiainministeriö, Oikeudellinen osasto, EU-tuomioistuinasiat. Saatavissa: <<http://formin.finland.fi/public/download.aspx?ID=9162&GUID=%7bcd9eb5ee-ebeb-48e5-8ae1-c3ac8380a30a%7d>>. Viitattu 28.7.2011.

Suomen hallituksen toimet Euroopan yhteisöjen tuomioistuimissa vireillä olevissa asioissa sekä komission Suomea vastaan käynnistämässä valvonta-asioissa ajalla 1.1.–30.6.2006, Ulkoasiainministeriö, Oikeudellinen osasto, EU-tuomioistuinasiat. Saatavissa: <<http://formin.finland.fi/public/download.aspx?ID=14669&GUID=%7BEB6C9CA7-E614-42B4-9E70-66332ADF7C6D%7D>>. Viitattu 28.7.2011.

Kansaneläkelaitoksen ohje ”Lupa saada hoitoa asuinvaltion ulkopuolella – säännökset ja menettelytavat Suomessa 1.5.2010 alkaen”, 29.6.2010. Saatavissa: <[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/250810090721HL/\\$File/ennakkolupa.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/250810090721HL/$File/ennakkolupa.pdf?OpenElement)>. Viitattu 28.7.2011.

Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja. DRG:n kansallinen käyttöhanke 2008–2010. FCG Finnish Consulting Group Oy. Saatavissa: <http://norddrg.fi/webfm_send/58>. Viitattu 28.8.2012.

Euroopan unionin neuvoston lehdistötiedote 6950/11, Bryssel 28.2.2011. Saatavissa: <<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=PRES/11/35&format=HTML&aged=1&language=FI&guiLanguage=en>>. Viitattu 28.7.2011.

LYHENTEET

BMJ	(ent.) British Medical Journal
ESHL	erikoissairaanhoitolaki (1.12.1989/1062)
ETA	Euroopan talousalue
ETY	Euroopan talousyhteisö
EU	Euroopan unioni
EUT	Euroopan unionin tuomioistuin
EUVL	Euroopan unionin virallinen lehti
EY	Euroopan yhteisö(t)
EYT	Euroopan yhteisöjen tuomioistuin
EYVL	Euroopan yhteisöjen virallinen lehti
HE	hallituksen esitys
KOM	komission ehdotus
KTL	kansanterveyslaki (28.1.1972/66)
PeVM	perustuslakivaliokunnan mietintö
PL	Suomen perustuslaki (11.6.1999/731)
SEU	sopimus Euroopan unionista (EUVL C 83, 30.3.2010, s. 13–46)
SEUT	sopimus Euroopan unionin toiminnasta (EUVL C 83, 30.3.2010, s. 47–200)
STM	sosiaali- ja terveysministeriö
StVL	sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunto
StVM	sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö
SVL	sairausvakuutuslaki (21.12.2004/1224)
TEM	työ- ja elinkeinoministeriö
TervHL	terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326)
vp	valtiopäivät

1 JOHDANTO

1.1 Aihepiirin esittely ja keskeiset käsitteet

Kun Suomi liittyi Euroopan unioniin vuonna 1995, arvioitiin, ettei jäsenyydestä aiheudu suuria muutospaineita sosiaali- ja terveyspolitiikan sektorille. Vuosituhannen vaihteeseen saakka läheisyys- ja suhteellisuusperiaatteet ”suojasivatkin” jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmiä, mutta 2000-luvulla Suomen sosiaaliturvajärjestelmä on altistunut enenevässä määrin unionin lainsäädännöllisille toimenpiteille.¹ Jäsenvaltioiden erilaisten järjestelmien yhdenmukaistumista voi tapahtua välillisesti unionin tuomioistuimen ratkaisukäytännön taikka muita politiikkasektoreita koskevien unionin toimien takia. Tärkein jäsenvaltioiden lainsäädännön yhdenmukaistumiseen johtava syy on sisämarkkinoiden toteuttaminen.²

Määräykset perustamissopimusten liikkumisvapauksista sekä niiden tulkintaa koskevat unionin tuomioistuimen kehittämät oikeusperiaatteet ovat johtaneet siihen, että unionin oikeus saattaa ilmetä sellaisissakin asiayhteyksissä, joissa se ei ollut odotettavissa.³ Lainsäädännöllisten toimien lisäksi erityisesti unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntö on aiheuttanut tarkastuspaineita kansalliseen sosiaali- ja terveyspolitiikkaan. EUT:n sosiaalipoliittikkaa koskevat ennakkoratkaisut ilmentävät sisämarkkinasääntelyn vahvaa painoarvoa jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmiin verrattuna.⁴ Suurimmat muutokset kotimaiselle sosiaali- ja terveyspolitiikalle ovatkin aiheutuneet muita politiikkasektoreita koskevista ratkaisuista, mutta näistä vaikutteista huolimatta suomalainen sosiaalipoliittinen järjestelmä on säilynyt melko koskemattomana⁵. Kuitenkin ajatus siitä, ettei sisämarkkinoiden vaikutus ulottuisi suomalaisen hyvinvointivaltion perustaan, on merkinnyt sitä, ettei sisämarkkinoiden vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalvelusektorilla ole kyetty ottamaan riittävästi huomioon⁶.

Euroopan unionin tuomioistuin on ratkaisuissaan korostanut potilaiden oikeuksia, mutta oikeuskäytännön taustalla on kuitenkin sisämarkkinoiden ulottaminen myös terveyspalveluihin⁷. Terveyspalveluja koskevissa päätöksissä EUT on vedonnut palveluiden ja tavaroiden vapaan liikkuvuuden periaatteisiin, eikä jäsenvaltioiden terveysjärjestelmien rakenne tai organisointitapa ole kaikilta osin ollut pätevä peruste jäsenvaltioiden protektionistisille toimille. Siten tuomioistuimen oikeuskäytännöllä

1 Saari ja Kari 2006, 140–141.

2 Sakslin 1995, 85–86.

3 Wilhelmsson 1997, 359–361. Wilhelmsson puhuu nk. vieteriukkovaikutuksesta, jonka mukaan unionin oikeus voi olla yhtä ennakoimatonta kuin vieteriukon ilmestyminen tavallisen laatikon sisältä laatikon avaajan yllätykseksi. Ks. tästä keskustelusta myös Tuori 2007, 119–120 ja Ojanen 2008, 222.

4 Saari ja Kari 2006, 156.

5 Saari ja Kari 2006, 174.

6 Palola ja Särkelä 2006, 13.

7 Tacconi 2008, 202.

on pyritty mukauttamaan pohjoismaista asumisperusteista sosiaaliturvajärjestelmää keskieurooppalaiseen työskentelyperusteiseen järjestelmään.⁸

Unionin tuomioistuimen oikeuskäytännössä on vahvistettu, että jäsenvaltioiden on maksettava kustannukset, joita aiheutuu tiettyjä väestöryhmiä suosivasta käytännöstä, kun hoitoa haetaan toisesta jäsenvaltiosta⁹. EUT:n oikeuskäytännössä muodostuneet linjaukset potilaiden oikeuksista rajatylittävässä terveydenhuollossa synnyttivät tarpeen unionintasoiselle sääntelylle. Monitahoisen prosessin tuloksena parlamentin ja neuvoston direktiivi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa¹⁰ annettiin maaliskuun alussa 2011. Sen implementointi aiheuttaa joukon kansallisesti ratkaistavia kysymyksiä, joita tässä tutkielmassa pohditaan jäljempänä.

Tutkimuksen aiheen kannalta on tärkeää aluksi määritellä käyttämiäni käsitteitä, koska käsitteet saattavat saada eri sisällön kansallisessa yhteydessä verrattuna eurooppalaiseen kontekstiin. Tuorin mukaan sosiaalioikeus käsittää oikeudelliset normistot, jotka sääntelevät sosiaaliturvaa ja terveydenhuoltoa¹¹. Sosiaalioikeudella on ilmeinen yhteys sosiaalipoliittikkaan. Lainsäädännöllä toteutetaan sosiaalipoliittisia tavoitteita, mutta myös asetetaan rajat sosiaalipoliittiselle päätöksenteolle.¹² Terveyspolitiikan tarkoituksena on julkisen vallan toimenpiteiden keinoin edistää väestön terveyttä ja turvata väestön tarvitsemien terveyspalveluiden saatavuus¹³.

Kansallisessa ja Euroopan unionin oikeudessa sosiaalioikeuden käsite saa erilaajuisen sisällön. Unionin jäsenvaltioiden¹⁴ eri oikeuskulttuureissa EU-oikeutta tulkitaan eri tavoin. Toisaalta unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntö yhtenäistää tulkintaa eri jäsenvaltiossa.¹⁵ Suomessa ja muissa Pohjoismaissa sosiaaliturvan käsite on laajempi kuin muualla Euroopassa, sillä siihen luetaan täällä sosiaalivakuutus- ja perhe-etuuksien lisäksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä asumisen ja opiskelun tukeminen ja muut sosiaaliavustukset¹⁶. Puhuessani sosiaalioikeudesta, turvasta tai politiikasta tarkoitan, että käsitteeseen lukeutuu myös lakisääteinen sairausvakuutus ja terveydenhuoltojärjestelmä.

8 Saari ja Kari 2006, 156.

9 Pakaslahti 2001, 76.

10 Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9.3.2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa, EUVL L 88, 4.4.2011, 45–65 (myöh. potilaiden liikkuvuusdirektiivi tai potilasliikkuvuusdirektiivi).

11 Tuori ja Kotkas 2008, 3.

12 Saksin 1999, 68.

13 Tuori ja Kotkas 2008, 7–8; Narikka 2006, 33.

14 EU:n jäsenvaltioita ovat Alankomaat, Belgia, Bulgaria, Espanja, Irlanti, Italia, Itävalta, Kreikka, Kypros, Latvia, Liettua, Luxemburg, Malta, Portugali, Puola, Ranska, Romania, Ruotsi, Saksa, Slovakia, Slovenia, Suomi, Tanska, Tšekki, Unkari, Viro ja Yhdistynyt Kuningaskunta.

15 Saksin 1995, 18.

16 Mikkola ym. 2002, 7; Narikka 2006, 30.

WHO:n määritelmän mukaan terveys tarkoittaa täydellistä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvoinnin tilaa, eikä ainoastaan sairauden tai vaivan puuttumista¹⁷. Terveydenhuolto tähtää sairauden parantamiseen ja ennaltaehkäisyyn yksilökohtaisesti. Se voidaan jaotella kolmeen alakategoriaan: terveydenhoitoon, sairaudenhoitoon ja lääkinälliseen kuntoutukseen. Potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoidon palveluiden käyttäjää. Näitä palveluita antaa terveydenhuollon ammattihenkilö.¹⁸ Potilaiden liikkuvuusdirektiivin 3 artiklan h alakohdassa potilas on määritelty luonnolliseksi henkilöksi, joka hakeutuu terveydenhuoltoon tai saa terveydenhuoltoa jossakin jäsenvaltiossa. Tässä tutkielmassa käytän potilaan ja vakuutetun käsitteitä rinnakkain, koska tutkimuskysymyksenä on Suomessa asuvan ja vakuutetun henkilön oikeus sairaanhoitokorvauksiin, kun hän on ollut tai tulee olemaan potilaan asemassa toisessa EU:n jäsenvaltiossa.

Potilaiden liikkuvuusdirektiivissä viitataan vakuutetun käsitteeseen asetuksen (EY) N:o 883/2004 2 artiklan c alakohtaan. Siinä vakuutettu määritellään henkilöksi, joka täyttää asianomaisen jäsenvaltion lainsäädännössä asetetut edellytykset oikeuden saamiseksi tiettyihin etuuksiin. Sairausvakuutuslain 2 §:n nojalla Suomessa asuva henkilö on vakuutettu kyseisen lain mukaisesti. Suomessa asuminen ratkaistaan asumiseen perustuvan sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta annetun lain (30.12.1993/1573) nojalla. Kunnalliseen terveydenhuoltoon on oikeutettu lähtökohtaisesti vain kunnan asukas, joka määräytyy kotikuntalain (11.3.1994/201) mukaisesti.

Potilaiden liikkuvuus määritellään yleisesti yhden valtion sisällä tai valtioiden välillä tapahtuvaksi liikkuvuudeksi, jossa potilaan tarkoituksena on saada sairaanhoitoa. Rajatylittävää¹⁹ terveydenhuoltoa saadakseen potilaan on siirryttävä valtiosta toiseen.²⁰ Hoitoon hakeutuminen merkitsee tilannetta, jossa potilaan nimenomaisena tarkoituksena on matkustaa toiseen jäsenvaltioon saadakseen siellä sairaanhoitoa. Hoitojäsenvaltiolla tarkoitetaan direktiivissä jäsenvaltiota, jonka alueella terveydenhuolto potilaalle tosiasiallisesti tarjotaan. Vakuutusjäsenvaltio on se jäsenvaltio, jossa potilas on sairausvakuutettu; useimmiten se on potilaan asuinvaltio.

Lissabonin sopimuksen tultua voimaan termit yhteisöoikeus ja EY-oikeus korvautuivat unionioikeuden ja EU-oikeuden käsitteillä. Samoin Euroopan yhteisöjen tuomioistuimesta tuli Euroopan unionin tuomioistuin. Viittaan vanhoihin termeihin kuitenkin silloin, kun tietty sääntely on annettu tai oikeustapaus ratkaistu ennen Lissabonin sopimuksen voimaantuloa.

17 Lohiniva-Kerkelä 2007, 24; Hatzopoulos 2005, 113, alaviite 3.

18 Lohiniva-Kerkelä 2007, 23–24, 26.

19 Potilaiden liikkuvuusdirektiivissä tämä sana kirjoitetaan johdonmukaisesti yhteen, joten olen valinnut saman kirjoitusasun, vaikka kielenhuollollisesti tämänkaltaisen sana kirjoitetaan lähtökohtaisesti erilleen.

20 Glinos ja Baeten 2006, 18.

1.2 Tutkimuskysymys ja aiheenrajaus

Potilaan oikeudesta hakeutua hoitoon EU:ssa on valmistunut ainakin kaksi oikeustieteellistä tutkielmaa: vuonna 2005 Anna-Lotta Hyvärisen tutkielma²¹ Turun yliopistosta ja vuonna 2006 Outi Maula-Hellénin tutkielma²² Helsingin yliopistosta. Molempien tutkielmien johtopäätöksissä tuodaan esille tarve terveystaloudellisesti koskevalle unionintasoiselle lainsäädännölle. Sama huomio on tehty myös aihetta käsittelevässä kotimaisessa ja kansainvälisessä oikeuskirjallisuudessa. Pitkän valmistelun jälkeen direktiivi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa annettiin maaliskuussa 2011. Tässä tutkielmassa tarkastelen kyseistä direktiiviä ja sen merkitystä kansallisessa sairausvakuutus- ja terveydenhuoltojärjestelmässä. Oman tutkielmani painopiste on siten edellä mainittujen tutkielmien jälkeisessä kehityksessä.

Tutkimustehtäväni jakautuu kahteen kysymykseen. Ensimmäinen, jotta potilaiden liikkuvuusdirektiivi voidaan saattaa kansallisesti voimaan, on selvitettävä, mihin korvaukseen toisesta jäsenvaltiossa hoitoa hakevalla potilaalla on oikeus direktiivin nojalla. Toiseksi, kansallisesti on myös ratkaistava, mikä taho korvaa potilaalle toisessa EU:n jäsenvaltiossa hankitun hoidon kustannukset.²³ Tutkimukseni tavoitteena on siten selvittää, mihin korvaukseen potilaalla on oikeus rajatylittävässä terveydenhuollossa aiheutuneista hoitokustannuksista ja minkä tahon tulisi maksaa potilaalle tämä korvaus. Tutkimuskysymykseen vastaamiseksi on arvioitava direktiiviä EU:n tuomioistuimen ratkaisukäytännön ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmän valossa. Nämä tutkimuskysymykset ja tutkimustavoitteet ovat tarkasteluni kohteena, koska uuden direktiivin kansalliselle tulkinnalle on tarvetta. Tutkielmani aihepiirin valintaan vaikutti lisäksi se, että sosiaalioikeudellista tutkimusta on Suomessa melko vähän.

Toisessa jäsenvaltiossa saadaan terveydenhoitoa erilaisissa tilanteissa. Ne voidaan jakaa viiteen eri kategoriaan:

1. Lomamatkalla tarvittava kiireellinen sairaanhoito.
2. Osan vuodesta tai koko vuoden toisessa jäsenvaltiossa viettävät eläkeläiset.
3. Kielellisesti ja kulttuurisesti yhtenäisellä rajaseudulla asuvat henkilöt, jotka käyttävät lähimpää sairaalaa, vaikka se sijaitsee oman asuinvaltion rajan toisella puolella.
4. Oma-aloitteisesti toiseen jäsenvaltioon hoitoon hakeutuvat potilaat, jolloin perusteena hoitoon hakeutumiselle on toisessa jäsenvaltiossa tarjottava laadultaan parempi hoito, hinnaltaan halvempi hoito taikka kotimaan pitkäsi koettu hoitojono.
5. Kotimaan terveydenhuoltojärjestelmä hankkii potilaalle tarvittavan hoidon ostopalveluna ulkomailta.²⁴

21 Ks. Hyvärinen Anna-Lotta. Potilaan oikeudesta hakeutua hoitoon toiseen EU:n jäsenmaahan. Edilex Asiantuntijakirjoitukset 27.6.2005, pro gradu. Saatavilla osoitteessa: <http://www.edilex.fi/lakikirjasto/2570.pdf>.

22 Ks. Maula-Hellén Outi. EU ja oikeus hoitoon. Edilex Asiantuntijakirjoitukset 9.10.2006, pro gradu. Saatavilla osoitteessa: <http://www.edilex.fi/lakikirjasto/3706.pdf>.

23 Ks. U 58/2008 vp, 8; Kari ym. 2008, 74.

24 Rosenmöller ym. 2006, 6–7.

Lomamatkalla tarvittavaa kiireellistä sairaanhoitoa säännellään asetuksen (EY) N:o 883/2004 19 artiklassa. Kiireellisen sairaanhoidon tilanteita en tutkielmassa käsittele, vaan tarkastelussa ovat ne tilanteet, joissa potilas varta vasten hakeutuu hoitoon toiseen jäsenvaltioon joko ennakkoluvalla tai omatoimisesti. Siten käsittelen lähinnä kohtien 3 ja 4 mukaisia tilanteita. Suomella on kahdenväliset sosiaaliturvasopimukset Australian, Chilen, Israelin, Kanadan, Yhdysvaltojen ja Quebecin kanssa. Sairaanhoitokorvauksia koskevat kysymykset voivat aktualisoitua myös näissä maissa oleskelevien Suomessa vakuutettujen henkilöiden erilaisissa tilanteissa. Olen rajannut sosiaaliturvasopimusmaita koskevat tarkastelut pois tästä tutkielmasta, koska tutkimukseni perustana on Euroopan unionin sääntely, jolla ei ole vaikutusta mainittujen sosiaaliturvasopimusten sisältöön.

EU:n tuomioistuin on joutunut ottamaan kantaa myös sijoittautumisvapauden tiettyihin ongelmakohtiin, kuten sijoittautumisvapaudelle asetettuihin kansallisiin rajoituksiin. Ennakkoratkaisukysymyksiä ovat aiheuttaneet muun muassa terveydenhuoltopalveluita tarjoavia yksiköitä koskevat perustamisluvat, kun sijoittautumisvapautta rajoitetaan järjestelyllä, jonka perusteena on kansanterveyden suojeleminen.²⁵ En kuitenkaan käsittele tutkielmassani sijoittautumisvapautta taikka terveydenhuollon ammattihenkilöiden siirtymistä toiseen jäsenvaltioon tarjoamaan palveluitaan. Tutkielman keskiössä on nimenomaan yksittäisen potilaan hakeutuminen hoitoon toiseen jäsenvaltioon. En myöskään käsittele toisesta jäsenvaltiosta ostettujen lääkkeiden korvattavuutta, koska tähän aihepiiriin liittyy paljon muuta EU-sääntelyä, ja se on siten oma tutkimusaiheensa.

1.3 Metodi ja lähdeaineisto

Perinteisesti Suomessa oikeustieteellinen tutkimus on painottanut nk. lainopillista metodologiaa. Aarnion mukaan lainopillisen, eli oikeusdogmaattisen, metodin avulla selvennetään oikeussäännösten sisältöä ja systematisoidaan oikeussäännösten kokonaisuutta²⁶. Kun tämän työn tarkoituksena on selvittää unionin oikeuden sisältöä suhteessa kansalliseen oikeusjärjestykseen – tarkemmin potilaan oikeutta kansallisesti säänneltyyn sairaanhoitokorvaukseen – lähestymistapaani voidaan pitää oikeusdogmaattisena. Raition mukaan on tärkeää, että eurooppaoikeudelliset säännökset asetetaan oikeaan kontekstiin ja huomioidaan EU-oikeuden kokonaisuus, sen tavoitteet sekä kehitysaste tulkittavana olevan säännöksen soveltamisajankohtana²⁷. Otan tämän näkökohdan tutkielmassani huomioon muun muassa tarkastelemalla tutkimuskysymyksiä koskevaa sosiaali- ja terveystieteellistä kirjallisuutta. On tärkeää pitää mielessä jännitteet, joita liittyy terveystieteellisten integroimiseen osaksi sisämarkkinoita.

25 Raitio 2010, 550–551.

26 Aarnio 1989, 288.

27 Raitio 2010, 2.

Käsittelen aihetta terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta erityisesti käsitellessäni rajatylittävän terveydenhuollon kustannusvastuun jakautumista. Yksilötasoinen näkökulma tulee huomioiduksi, kun arvioidaan sitä, mihin korvaukseen potilaalla on oikeus, kun hoitoa haetaan toisesta jäsenvaltiosta. Tutkimuksen lähtökohta, potilaiden liikkuvuusdirektiivin tulkinta, on eurooppaoikeudellinen. Tutkielmani aiheen kannalta olennaiset oikeussäännöt lukeutuvat sosiaali- ja terveysoikeuden alaan. Suomessa sosiaali- ja terveysoikeus katsotaan yleensä osaksi hallinto-oikeutta tai yhdeksi erityishallinto-oikeuden alueeksi, koska lakisääteisten sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen on kuntien vastuulla²⁸. Myös lainvalmisteluaineistoa ja muita virallislähteitä on käytetty lähdeaineistona kotimaisen ja kansainvälisen oikeuskirjallisuuden lisäksi. Erityisen tärkeänä oikeuslähteenä potilaiden liikkuvuusdirektiivin tulkintaa koskevissa kysymyksissä ovat ne EU-tuomioistuimen ratkaisut, jotka on kodifioitu tähän direktiiviin. Sen sijaan kotimaista oikeuskäytäntöä direktiivin velvoitteiden toteutumisesta ei luonnollisesti vielä ole olemassa.

1.4 Dispositio

Raition mukaan on keskeistä hahmottaa, mikä unioni on tai haluaa olla, mihin unionissa tapahtuva kehitys johtaa ja mihin suuntaan unioni on menossa²⁹. Koska tämän hetken tilanteen ymmärtämiseksi on tärkeää luoda katsaus aiempaan kehitykseen, aloitan tutkielmani aihepiirin tarkastelun katsauksella potilaiden liikkuvuusdirektiivin taustalla olevaan EU:n sosiaali- ja terveystalveluiden kehitykseen sekä direktiivissä kodifioituun unionin oikeuskäytäntöön. Kolmannessa luvussa esittelen potilaiden liikkuvuusdirektiiviä yleisesti ja erityisesti sen III luvun määräyksiä rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisesta potilaille. Tämän jälkeen on hyvä valottaa Suomen terveydenhuolto- ja sairausvakuutusjärjestelmää, jota vasten direktiivillä potilaille annettavia oikeuksia on analysoitava.

Viidennessä luvussa jäsenmän ensiksi, mihin korvauksen potilas on oikeutettu rajatylittävässä terveydenhuollossa tällä hetkellä. Sen jälkeen seuraavassa alaluvussa pohdin, mihin korvaukseen toisesta jäsenvaltiosta joko ennakkoluvulla tai omatoimisesti hoitoa hakevalla potilaalla on oikeus, kun direktiivi on tullut osaksi kansallista lainsäädäntöä. Viidennessä luvussa käsiteltävät asiat herättävät kysymyksen, mille taholle kuuluu kustannusvastuu potilaalle toisessa jäsenvaltiossa aiheutuneiden sairaanhoitokustannusten korvaamisesta. Tähän kysymykseen esitän ratkaisuja kuudennessa luvussa. Viimeisessä luvussa kokoan yhteen aiempien lukujen tärkeimpiä päätelmiä.

28 Tuori ja Kotkas 2008, 3. Ks. myös Mäenpää 2003, 9–10.

29 Raitio 2010, 634.

2 POTILAIEN LIIKKUVUUSDIREKTIIVIN TAUSTALLA OLEVAN EU:N SOSIAALI- JA TERVEYSSEKTORIN KEHITYS

2.1 EU:n sosiaali- ja terveyspolitiikka

2.1.1 Jäsenvaltioiden erilaiset sosiaaliturvajärjestelmät

Euroopan unionin, silloisen Euroopan talousyhteisön (myöh. ETY), alkuvaiheessa integraation painopiste oli sisämarkkinoiden luomisessa, ja politiikka oli siten markkinälähtöistä. Vasta myöhemmin yhteisössä ymmärrettiin, että sosiaalinen ulottuvuus on tärkeä osatekijä talouspolitiikassa.³⁰ Jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmien harmonisoinnista käytiin keskusteluja jo yhteisön historian alkumetreillä, mutta komissio ja silloiset kuusi jäsenvaltiota luopuivat ajatuksesta, koska sosiaaliturvajärjestelmät olivat ja ovat edelleen vahvasti kansallisia ja siksi hankalia harmonisoida³¹. Kuuden melko samankaltaisen sosiaaliturvamallin omaksuneiden jäsenvaltioiden kesken harmonisointi olisi ollut jossain määrin mahdollista. Unionin laajentuminen, jäsenvaltioiden vastustus ja erilaisten järjestelmien rakenteelliset erot ovat nyttemmin tehneet sosiaaliturvan harmonisoinnista käytännössä mahdottoman.³²

Keskieurooppalainen sosiaaliturvajärjestelmä rakentuu pitkälti työnteon vakuuttamiseen. Pohjoismainen sosiaaliturvamalli perustuu asumiseen, jolloin lähtökohtana on kaikkien maassa asuvien vakuuttaminen riippumatta siitä, onko etuuksien kartuttamiseen osallistuttu työskentelemällä vai ei.³³ Suomessa sosiaaliturvajärjestelmä voidaan jaotella asumisperusteiseen ja työskentelyperusteiseen eli ansiosidonnaiseen sosiaaliturvaan. Jälkimmäinen käsittää työeläkelainsäädännön, ammattitauti- ja tapaturmalainsäädännön sekä työttömyysturvaetuudet.³⁴ Työskentelyperusteisen sosiaaliturvajärjestelmän piiriin pääsee nimenomaisesti työskentelyn perusteella: edellytetään siis työsuhdetta, jonka nojalla työnantaja on velvollinen vakuuttamaan työntekijänsä³⁵. Ansiosidonnaiset sosiaaliturvaetuudet ovat säännönmukaisesti taasoltaan korkeampia kuin vastaavat asumisperusteiset perustoimeentuloetuudet³⁶.

Asumisperusteisesta sosiaaliturvasta säädetään perustuslaintasoisesti Suomen perustuslain (11.6.1999/731) 19 §:ssä ilmaisulla, että jokaiselle turvataan perustoimeentulon turvaa tiettyjen sosiaalisten riskien varalta, joita ovat työttömyys, sairaus, työkyvyttömyys ja vanhuus sekä lapsen syntymä ja huoltajan menetys. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet. Ilmaisuna jokainen tarkoittaa tässä asiayhteydessä universaaliutta, johon kytkeytyy ajatus vahvasta solidaarisuudesta. Sosiaaliturvaa taataan kaikille luonnollisille henkilöille, jotka kuuluvat kyseisen

30 Hantrais 2000, 1–2.

31 Kari 1997, 43.

32 Pakaslahti 2002, 52.

33 Mikkola ym. 2002, 8.

34 Tammilehto ja Koskinen 2010, 28.

35 Tuori ja Kotkas 2008, 292.

36 Hallberg ym. 2011, 739.

sosiaaliturvajärjestelmän piiriin. Tällöin edellytyksenä on lähtökohtaisesti maassa asuminen, mutta viimesijaisen turvan osalta riittää maassa oleskelu.³⁷ Suomea ja muita Pohjoismaita kuvaa luonnehdinta sosiaalipalveluvaltiosta, koska julkinen valta pääosin sekä rahoittaa että tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluita. Muut eurooppalaiset valtiot ovat sitä vastoin luonteeltaan sosiaalivakuutusvaltioita, joille ominaisia ovat tulonsiirrot ja sosiaalivakuutuksen liittäminen työntekijäasemaan.³⁸

2.1.2 Sosiaaliturvan koordinointi harmonisoinnin sijaan

Vaikka sosiaaliturvan harmonisoinnista on käyty keskusteluja unionissa, se ei ole ollut yhdentymiskehityksen ytimessä. Näin ollen on päädytty sosiaaliturvan koordinointiin, eli yhteensovittamiseen yhtenäistämisen sijasta. Sosiaaliturvan yhteensovittamisen alkuperäisenä tavoitteena oli edistää työvoiman vapaata liikkuvuutta ilman riskiä ansaittujen sosiaaliturvaetuuksien menettämisestä.³⁹ Sosiaaliturvan yhteensovittamisen tarkoituksena on siten ollut vahvistaa unionin hyväksyttävyyttä kansalaisten oikeuksia parantamalla⁴⁰. Mainittujen tavoitteiden edistämiseksi säädettiin sosiaaliturvan koordinaatioasetus (ETY) N:o 1408/71⁴¹ ja sen täytäntöönpanoasetus (ETY) N:o 574/72⁴². Vapaa liikkuvuus on sittemmin laajentunut käsittämään myös nk. ei-aktiivisia kansalaisia, ja nykyään vapaa liikkuvuus koskee kaikkia EU-kansalaisia. Nimenomaan asetusten sairaanhoitoa koskevien määräysten alaan kuuluvien henkilöiden piiriä laajennettiin ensimmäisenä käsittämään myös ei-aktiivisia kansalaisia ja kolmansien valtioiden kansalaisia⁴³. Tämä osaltaan ilmentää, miten tärkeää on turvata sairaanhoitopalveluiden saatavuus siitä riippumatta, missä hoidon tarpeessa oleva henkilö tuolloin oleskelee.

Jotta asetusten soveltamisalaan kuuluvan henkilöpiirin laajentuminen ja EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntö⁴⁴ voitaisiin ottaa huomioon, säädettiin uusi sosiaaliturvan koordinaatioasetus (EY) N:o 883/2004⁴⁵ sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittami-

37 Arajärvi 2002, 30.

38 Nieminen 1998, 61–62.

39 Sakslin ym. 1998, 1–2.

40 Sakslin 1995, 102.

41 Neuvoston asetus (ETY) N:o 1408/71, annettu 14.6.1971, sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin ja heidän perheenjäseniinsä, EYVL L 149, 5.7.1971, 2–50.

42 Neuvoston asetus (ETY) N:o 574/72, annettu 21.3.1972, sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin ja heidän perheenjäseniinsä annetun asetuksen (ETY) N:o 1408/71 täytäntöönpanomenettelystä, EYVL L 74, 27.3.1972, 1–83.

43 Sakslin 2007, 322.

44 Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 883/2004, annettu 29.4.2004, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta, EYVL L 166, 30.4.2004, johdanto-osan 3 ja 21 perustelukappaleet, 2, 6.

45 Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 883/2004, annettu 29.4.2004, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta, EYVL L 166, 30.4.2004, 1–123 (myöh. sosiaaliturvan koordinaatioasetus).

sesta sekä sen täytäntöönpanoasetus (EY) N:o 987/2009⁴⁶. Näitä on alettu soveltaa 1.5.2010 alkaen. Vanhaa sosiaaliturva-asetusta 1408/71 sekä sen täytäntöönpanoasetusta 574/72 sovelletaan edelleen ETA-maissa⁴⁷ ja Sveitsissä liikkuviin henkilöihin sekä kolmansista maista tulleisiin henkilöihin, koska näitä sopimuksia ei ole vielä muutettu. Asetuksen 1408/71 asialliseen soveltamisalaan kuuluvat Suomessa terveydenhuoltoetuksista muun muassa kaikki julkisen terveydenhuollon palvelut sekä sairausvakuutuksen sairaanhoitoetudet⁴⁸. Myös uudet asetukset kattavat kaikki Suomen lainsäädännön mukaiset sairausetudet asetuksen 883/2004 3 artiklan nojalla.

Jäsenvaltioissa suoraan sovellettavilla asetuksilla ei ole tarkoitus muuttaa kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiä, vaan niiden tavoitteena on nimenomaisesti koordinoita, minkä jäsenvaltion lainsäädäntöä sovelletaan eri jäsenvaltioissa liikkuviin henkilöihin erilaisissa tilanteissa. Kansallisen sosiaaliturvalainsäädännön soveltamistilanteissa ei siten pitäisi olla alueellisia rajoituksia, jotka estäisivät liikkumisvapauden käyttämistä. Toisaalta tarkoituksena on myös varmistaa, ettei eri jäsenvaltioissa liikkuvalla henkilöllä synny oikeutta päällekkäisiin etuuksiin taikka velvollisuutta maksaa kahdenkertaisia sosiaaliturvamaksuja.⁴⁹ Toisin sanoen ajatuksena on, että liikkumisvapautta käyttävä henkilö kuuluisi kaikissa tilanteissa jonkin jäsenvaltion sosiaaliturvajärjestelmän piiriin ja että sosiaaliturvaetudet määräytyisivät vain yhden jäsenvaltion lainsäädännön perusteella⁵⁰. Asetukset rakentuvat viidelle peruseriaatteelle, joita ovat yhdenvertaisuus, yhden jäsenvaltion sosiaaliturvalainsäädännön soveltaminen, etuuksien yhteenlaskeminen, etuuksien eksportoitavuus sekä etuuksien jyvittämisen periaate⁵¹.

2.1.3 Lissabonin strategia, palveludirektiivi ja terveystaloudet

Lissabonin strategiaksi kutsuttu unionin kasvustrategia on sosiaalipoliittisesti merkittävä edistysaskel EU:n integraatiossa. Strategia sai nimensä Lissabonissa uuden vuosituhanen alussa pidetystä Eurooppa-neuvoston huippukokouksesta, jossa hyväksytyyn päätelmän mukaan kasvun on oltava tasapainoinen niin talous-, työllisyys- kuin sosiaalipoliittisesti. Strategian tavoitteista kuitenkin ilmenee, että sen pääpaino on enemmän taloudessa ja työllisyydessä kuin sosiaalipolitiikassa.⁵² Sosiaalipolitiikka

46 Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 987/2009, annettu 16.9.2009, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen (EY) N:o 883/2004 täytäntöönpanomenettelystä, EYVL L 284, 30.10.2009, 1–42.

47 Tässä tarkoitetaan niitä ETA-maita, jotka eivät ole EU:n jäsenvaltioita. Näitä ovat Norja, Islanti ja Liechtenstein.

48 Kuusi 1995, 118.

49 Sakslin ym. 1998, 2.

50 Narikka 2006, 72.

51 Sakslin 2007, 306; Tuori ja Kotkas 2008, 294.

52 Saari 2003, 196, 210.

haluttiin liittää unionin talous- ja sisämarkkinapolitiikkaan, jotta sillä voitaisiin tukea sisämarkkinoita ja talouskasvua⁵³.

Lisäksi Lissabonin huippukokouksessa esiteltiin lainsäädäntömenettelylle vaihtoehtona nk. avoimen koordinaation menetelmä, joka perustuu jäsenvaltioiden yhteisymmärrykseen ja sen taustalla olevaan yhteiseen poliittiseen tahtoon olematta kuitenkaan oikeudellisesti sitova menettely. Menetelmä on toissijaisuusperiaatteen mukainen. Avoimen koordinaation menetelmää käytetään muun muassa sosiaali- ja terveystalouden alalla.⁵⁴ Siinä tavoitteena ei ole jäsenvaltioiden erilaisten järjestelmien yhteensovittaminen asetuksin tai direktiivein, eikä tarkoituksena myöskään ole käyttää sitä eräänlaisena välivaiheen keinona mahdollisen myöhemmän sääntelyn ja harmonisoinnin edistämiseksi. Kyseessä on erityinen jäsenvaltioiden välisen tiedonvaihdon ja oppimisen kanava, jossa komissiolla on periaatteessa vain avustava rooli. Käytännössä komission rooli on kuitenkin keskeinen, kun käsitellään ja toimeenpannaan avoimen koordinaation menetelmän mukaisesti käsiteltäviä asioita.⁵⁵ Suomi on korostanut erityisesti menetelmän kevennettyä byrokratiaa sekä parhaiden käytänteiden levittämistä. Tähän liittyy myös menetelmän ongelmallisuus, jos esimerkiksi resursseja jaetaan komission nimeämien hyvien käytäntöjen perusteella, jolloin tiettyihin käytänteisiin sidottu rahanjako voi johtaa tosiasiallisesti kaventuuseen harkintavaltaan jäsenvaltioissa.⁵⁶

Direktiivi palveluista sisämarkkinoilla⁵⁷ koskee palveluntarjoajien sijoittautumisvapautta ja palveluiden vapaata liikkuvuutta ja turvaa palveluiden korkeaa laatua. Palveludirektiivin antamisen taustalla oli Lissabonin strategian tavoite tehdä EU:sta maailman kilpailukykyisin markkina-alue, joten palveluiden vapaata liikkuvuutta EU:n sisämarkkinoilla oli tehostettava lainsäädäntötoimin⁵⁸. Direktiivin 2 artiklan 2 kohdan f alakohdassa säädetään, että direktiiviä ei sovelleta ”terveydenhuoltopalveluihin riippumatta siitä, tuotetaanko ne terveydenhuollon toimintayksiköissä, miten ne on organisoitu tai rahoitettu kansallisesti ja ovatko ne julkisia vai yksityisiä”.

Terveyspalvelut sisältyivät alun perin komission ehdotukseen⁵⁹ direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla. Ehdotuksessa oli tarkoitus muun ohessa kodifioida terveyspalveluiden vapaata liikkuvuutta koskevat yhteisön tuomioistuimen tuomiot. Tämä vahvistaa sen, että myös sosiaaliturvasektorin katsotaan kuuluvan sisämarkkinoiden

53 Palola ja Särkelä 2006, 78.

54 Viinamäki 2007, 110–112.

55 Saari 2003, 227.

56 Viinamäki 2007, 112–113.

57 Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2006/123/EY, annettu 12.12.2006, palveluista sisämarkkinoilla, EUVL L 376, 27.12.2006, s. 36–68 (myöh. palveludirektiivi).

58 Kari ym. 2008, 65.

59 Komission ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla, KOM (2004) 2 lopullinen, 25.2.2004.

piiriin.⁶⁰ Vastustusta jäsenvaltioissa ja parlamentissa kuitenkin aiheutti etenkin palveludirektiiviehdotukseen kirjattu alkuperämaaperiaate⁶¹, jota olisi sovellettu myös terveyspalveluihin⁶². Alkuperämaaperiaatteen soveltaminen sosiaali- ja terveyspalveluihin vaarantaisi muun muassa kansallisten laatu- ja turvallisuusvaatimusten toteutumisen⁶³.

Palveludirektiiviehdotuksen eduskuntakäsittelyssä sosiaali- ja terveysvaliokunta totesi alkuperämaaperiaatteesta, että potilaiden oikeusturvan ja terveyden suojelun takia on välttämätöntä, että sosiaali- ja terveyspalveluihin sovelletaan sen jäsenvaltion lainsäädäntöä, jossa palvelua tarjotaan ja vastaanotetaan. Lisäksi valiokunta katsoi, ettei sosiaali- ja terveyspalveluja tulisi säännellä kauppaa- ja elinkeinopoliittisin sisämarkkinasäännöksin. Ja koska ehdotetut säännökset on laadittu vakuutusperusteisen sosiaaliturvamallin näkökulmasta, on tärkeää myös varmistaa, että universaalien ja verorahoitteen hyvinvointimallin vaatimukset tulevat huomioiduksi.⁶⁴

Euroopan parlamentti ja neuvosto katsoivat, että terveyspalveluiden erityispiirteet eivät toteutuneet ehdotetussa direktiivissä, joten ne jäivät siitä kokonaan pois⁶⁵. Palveludirektiivin johdanto-osan 23. perustelukappaleessa ilmaistaan, että kyseisellä direktiivillä ei vaikuteta terveydenhuoltokulujen korvaamiseen muussa kuin hoitopalvelun saajan asuinpaikkana olevassa jäsenvaltiossa. Lisäksi mainitussa kohdassa huomioidaan tarve terveydenhuoltopalveluja koskevalle säädökselle oikeusvarmuuden ja selkeyden lisäämiseksi siltä osin kuin asiaa ei ole jo käsitelty sosiaaliturvajärjestelmien koordinaatioasetuksissa.

2.1.4 Lissabonin sopimuksen terveyttä koskevat määräykset

Lissabonissa joulukuussa 2007 hyväksytty nk. Lissabonin sopimus⁶⁶ nosti sosiaalipolitiikan ja sosiaalisten oikeuksien merkittävyyttä unionissa ja sen toiminnassa⁶⁷. Terveysasioissa unionin toimivalta laajeni sopimuksen myötä jossain määrin⁶⁸. Lis-

60 Kaila 2004, 724.

61 Nk. alkuperämaaperiaatteen mukaan palveluntarjoajaan sovelletaan ainoastaan palveluntarjoajan sijoittautumisvaltion lainsäädäntöä. Jäsenvaltiot eivät saa rajoittaa toiseen jäsenvaltioon sijoittautuneen palveluntarjoajan oikeutta tarjota palveluja valtionsa alueella; KOM (2004) 2 lopullinen, 3.

62 Sakslin 2008, 354.

63 Palola ja Särkelä 2006, 84.

64 StVL 11/2004 vp, 3–4, asiaa on käsitelty myös StVL 6/2004 vp, 2–3.

65 Komission ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi rajatylittävässä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista, KOM (2008) 414 lopullinen, 2.

66 Lissabonin sopimus Euroopan unionista tehdyn sopimuksen ja Euroopan yhteisön perustamissopimuksen muuttamisesta, allekirjoitettu Lissabonissa 13.12.2007, EUVL C 306, 17.12.2007, 1–271.

67 Tuori ja Kotkas 2008, 104.

68 STM 2010:1, 151.

sabonin sopimuksen tultua voimaan unionissa korostuu entisestään kansainvälinen ihmisoikeusajattelu, mutta unionin taustalla on edelleen talousyhteisön sääntely. Toisaalta sopimuksella myös vahvistettiin poliittisen unionin toimintaedellytyksiä ja päätöksentekojärjestelmää lisäämällä parlamentin lainsäädäntövaltaa.⁶⁹ Lissabonin sopimuksen myötä unionin toimivaltaan kuuluvissa politiikkasektoreissa ja kaikissa EU-oikeuden soveltamisalaan kuuluvissa kysymyksissä tulevat sovellettaviksi keskeiset eurooppaoikeudelliset oikeusperiaatteet⁷⁰.

Sopimukseen sisältyy nk. sosiaalilauseke, jolla määrätään tiettyjen asiakokonaisuuksien huomioon ottamisesta kaikissa unionin politiikoissa ja toiminnassa. Siten sosiaaliset näkökohdat eivät ole enää erillisiä päämääriä.⁷¹ Sosiaalilausekkeen sisältö saa ilmaisunsa Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen⁷² 9 artiklassa, jonka mukaisesti ”unioni ottaa politiikkansa ja toimintansa määrittelyssä ja toteuttamisessa huomioon korkean työllisyystason edistämiseen, riittävän sosiaalisen suojelun takaamiseen, sosiaalisen syrjäytymisen torjumiseen sekä korkeatasoiseen koulutukseen ja ihmisten terveyden korkeatasoiseen suojeluun liittyvät vaatimukset”. Artiklan nimenomaisena tavoitteena on vahvistaa jäsenvaltioiden mahdollisuuksia suunnitella ja organisoida sosiaali- ja terveystalitiikkansa haluamallaan tavalla. Sen tosiasiallista merkitystä ei vielä ole punnittu Euroopan unionin tuomioistuimessa.⁷³

Euroopan unionista tehdyn sopimuksen⁷⁴ 6 artiklan nojalla Euroopan unionin perusoikeuskirja⁷⁵ saa saman oikeudellisen arvon, mikä perussopimuksilla on. Täten perusoikeuskirjasta tuli Lissabonin sopimuksen myötä oikeudellisesti sitova ja velvoittava asiakirja. Sosiaaliset perusoikeudet saattavat joissakin tilanteissa saada etusijan perustamissopimusten nk. liikkumisvapauksiin nähden⁷⁶. Terveyden suojelusta määrätään perusoikeuskirjan 35 artiklassa, jossa ilmaistaan jokaisen oikeus saada ehkäisevää terveydenhoitoa ja sairaanhoitoa kansallisten lainsäädäntöjen ja käytäntöjen mukaisin edellytyksin. Tämä määräys velvoittaa välittömästi sekä unionia että jäsenvaltioita turvaamaan kaikille hoidon siten, että se on taloudellisesti ja alueellisesti kansalaisten saatavilla. Hoidon sisältö, laajuus ja sen saamisen ehdot määräytyvät kansallisesti, ja ne koskevat niin sairaalahoitoa kuin sen ulkopuolella tarjottavaa hoitoa.⁷⁷ Lisäksi mainitussa artiklassa määrätään, kuten SEUT 9 artiklassa, että ihmisten terveyden

69 Raitio 2010, 634.

70 Raitio 2010, 71.

71 Tuori ja Kotkas 2008, 129.

72 Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen konsolidoitu toisinto, EUVL C 83, 30.3.2010, 47–200 (myöh. SEUT).

73 Kari ym. 2008, 171.

74 Euroopan unionista tehdyn sopimuksen konsolidoitu toisinto, EUVL C 83, 30.3.2010, 13–46 (myöh. SEU).

75 Euroopan unionin perusoikeuskirja, EUVL C 83, 30.3.2010, 389–403. Julkaistu ensimmäisen kerran EYVL C 364, 18.12.2000, 1–22.

76 Tuori ja Kotkas 2008, 130. Ks. myös Ojanen 2008, 228–229.

77 Sakslin 2001, 258.

korkeatasoinen suojele varmistetaan kaikkien unionin poliitikkojen ja toimintojen määrittelyssä ja toteuttamisessa.

Kansanterveyttä koskevat normit sisältyvät SEUT 168 artiklaan. Sen 1 kohdassa tuodaan esille ihmisten terveyden suojeleu olevan kaikkien unionin poliitikkojen ja toimien perustana. SEUT 168(2) artiklassa määrätään unionin velvollisuudesta edistää jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä terveyden ja sairaanhoidon aloilla. Unionin tehtävänä on lisäksi kannustaa jäsenvaltioita yhteistyöhön, jolla parannetaan terveyspalvelujen täydentävyyttä jäsenvaltioiden välisen rajan molemmin puolin sijaitsevilla alueilla. SEUT 168(7) artikla kuitenkin ilmentää, että jäsenvaltioiden velvollisuuksiin kuuluvat terveyspolitiikan sekä terveyspalvelujen ja sairaanhoidon määrittely ja niiden hallinnointi sekä näihin liittyvät resurssikysymykset. Tämä artiklan kohta on poikkeuksellinen, koska siinä vahvistetaan jäsenvaltioiden vastuu, kun perustamissopimuksissa lähtökohtaisesti määritellään vain unionin vastuut ja toimivalta.

Lissabonin sopimuksen tultua voimaan palveluiden vapaata liikkuvuutta koskevat primäärinormit löytyvät SEUT 56–62 artikloista. Palveluita ovat suoritukset, joista tavallisesti maksetaan korvaus ja joita määräykset tavaroiden, pääomien tai henkilöiden vapaasta liikkuvuudesta eivät koske⁷⁸. Lähtökohtana SEUT 56(1) artiklassa on, että kiellettyjä ovat rajoitukset, jotka koskevat muuhun jäsenvaltioon kuin palvelujen vastaanottajan valtioon sijoittautuneen jäsenvaltion kansalaisen vapautta tarjota palveluita unionin alueella. Nämä artiklat vastaavat aiempien perussopimusten palveluiden vapaata liikkuvuutta koskevia määräyksiä. SEUT 52 artiklan nojalla palveluiden vapaata liikkuvuutta voidaan rajoittaa yleisen järjestyksen tai turvallisuuden taikka kansanterveyden perusteella.

2.2 Direktiiviin kodifioitu unionin oikeuskäytäntö

2.2.1 Sosiaaliturvajärjestelmät osana sisämarkkinoita

Unionin tuomioistuin on oikeuskäytännössään arvioinut kansallisia säännöksiä esimerkiksi toisessa jäsenvaltiossa saadun sairaanhoidon korvattavuudesta entisen EY 49 artiklan⁷⁹ valossa. Osa unionin ratkaisuista koskee asetusta (EY) N:o 883/2004 edeltäneen asetuksen (ETY) N:o 1408/71 mukaisia ennakkolupamenettelyjä.⁸⁰ Asiassa *Luisi ja Carbone*⁸¹ EY-tuomioistuin vahvisti, että palveluiden vapaa liikkuvuus käsittää myös palveluiden vastaanottajan vapauden mennä palvelun vastaanottamiseksi toiseen jäsenvaltioon, eikä sitä saa rajoittaa esimerkiksi maksuissa. Tuomioissa todettiin lisäksi, että muun muassa lääketieteellisen hoidon saajia on pidettävä palvelujen

78 Näin ollen SEUT 57(1) artiklassa palveluiden käsite määritellään negatiivisesti.

79 Nykyään SEUT 56 artikla.

80 Kaila 2004, 727.

81 Yhdistetyt asiat 286/82 ja 26/83, Graziana Luisi ja Giuseppe Carbone vastaan Ministero del Teroso, 31.1.1984, Oikeustapauskokoelma 1984, 377, suomenkielinen erityispainos, 455.

vastaanottajina.⁸² Kyseinen linjaus on vahvistettu tuomioistuimen myöhemmissä tapauksissa⁸³, kuten samana päivänä annetuissa ratkaisuissa *Decker*⁸⁴ ja *Kohll*⁸⁵. Näitä voidaan pitää ensimmäisinä merkittävänä sairaanhoidon ennakkolupavaatimusta koskevinä ratkaisuinä, koska niissä vahvistettiin ensimmäistä kertaa, että palveluiden vapaan liikkuvuuden periaatteet koskevat myös jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmiä⁸⁶. Jäsenvaltiot pitivät tuomioita mullistavina⁸⁷. Ratkaisujen jälkeen oli ilmeistä, että eurooppalaiset terveyspalvelumarkkinat tekivät tuloaan⁸⁸.

Molemmissa tapauksissa EY-tuomioistuimelle esitettiin ennakkoratkaisukysymys, joka koski sitä, onko perustamissopimuksen vastaista sellainen kansallinen sosiaaliturvalainsäädäntö, jossa asetetaan ennakkolupa toisessa jäsenvaltiossa suoritetun sairaanhoidon (Kohll, palveluiden vapaa liikkuvuus) tai toisesta jäsenvaltiosta ostettujen silmälasien kulujen korvattavuuden edellytykseksi (Decker, tavaroiden vapaa liikkuvuus). Ratkaisuissaan EY-tuomioistuin viittasi vakiintuneeseen oikeuskäytäntöön⁸⁹, jonka mukaisesti jäsenvaltioilla on toimivalta säätää sosiaaliturvajärjestelmistään, eikä yhteisön oikeus vaikuta tähän toimivaltaan. Siten jäsenvaltiot voivat itsenäisesti säätää omista sosiaaliturvajärjestelmistään kuitenkin niin, että ne noudattavat yhteisön oikeutta⁹⁰. Koska tiettyjen palvelusuoritusten tai tavaroiden erityinen luonne ei ole perustelu vapaan liikkuvuuden periaatteen rajoittamiselle, perustamissopimuksen artikloita sovelletaan ao. tapauksiin⁹¹.

Asetuksen N:o 1408/71 vaikutuksesta käsillä oleviin tilanteisiin tuomioistuin totesi, että asetuksen N:o 1408/71 soveltuminen tapaukseen ei estä perustamissopimuksen määräysten soveltamista⁹², koska mainitulla asetuksella ei säännellä eikä estetä jäsenvaltioita korvaamasta toisesta jäsenvaltiosta ilman ennakkolupaa hankituista sairaanhoidon palveluista tai tuotteista aiheutuneita kuluja⁹³. Kun perustamissopimuksen soveltuminen tapauksiin oli selvitetty, oli otettava kantaa, oliko Luxemburgin sosiaaliturvalainsäädäntö yhteisön perustamissopimuksen vastainen. Luxemburgin

82 Yhdistetyt asiat 286/82 ja 26/83, Luisi ja Carbone, 16 kohta.

83 Craig ja de Búrca 2007, 818.

84 Asia C-120/95, Nicolas Decker vastaan Caisse de maladie des employés privés, 28.4.1998, Oikeustapauskokoelma 1998, I-1831.

85 Asia C-158/96, Raymond Kohll vastaan Union des caisses de maladie, 28.4.1998, Oikeustapauskokoelma 1998, I-1931.

86 Sakslin 1999, 74.

87 Pakaslahti 2001, 76.

88 Sieveking 2007, 46.

89 Mm. Asia C-238/82, Duphar BV ym. vastaan Alankomaiden valtio, 7.2.1984, Oikeustapauskokoelma 1984, 523.

90 Sakslin onkin todennut, että sosiaali- ja terveysturvaa koskeva kansallinen toimivalta on hyvin suppea; Sakslin 2001, 249.

91 Asia C-120/95, Decker, 21–25 kohta ja asia C-158/96, Kohll, 17–21 kohta.

92 Toisin sanoen EU-tuomioistuin voi tutkia, täyttääkö kansallinen lainsäädäntö perussopimuksen määräykset, vaikka kansallinen lainsäädäntö olisikin unionin sekundäärilainsäädännön mukainen, ks. Sakslin 2007, 324.

93 Asia C-120/95, Decker, 27–29 kohta ja asia C-158/96, Kohll, 25–27 kohta.

sosiaaliturvalainsäädännön mukaan ennakkolupa vaadittiin toisesta jäsenvaltiosta hankitun sairaanhoidon tai hoitotuotteen, kuten silmälasien, kulujen korvaamiseen, mutta ennakkolupaa ei tarvittu Luxemburgissa aiheutuneiden kulujen korvaamiselle. Yhteisöjen tuomioistuin katsoi, että sellainen lainsäädäntö, joka ohjaa tavarain tai palvelujen hankkimista kansallisilta markkinoilta, rajoittaa tavarain ja palvelujen vapaata liikkuvuutta. Koska kansallista sääntelyä ei myöskään voi pitää perusteltuna kansanterveydellisistä syistä, se on yhteisön perustamissopimuksen vastainen.⁹⁴

Decker- ja Kohll-ratkaisuiden jälkeen Kansaneläkelaitos muutti sairausvakuutuslain soveltamisohjeita siten, että kyseisen lain nojalla myönnettävä sairausvakuutuskorvaus voidaan maksaa myös toisessa jäsenvaltiossa saadusta hoidosta⁹⁵. EU:n komissio katsoi, ettei se ollut riittävä toimenpide. Suomen sairausvakuutuslaki oli sen mielestä palvelujen vapaata liikkuvuutta koskevan EY 49 artiklan vastainen, koska siinä ei säädetty potilaalle oikeutta korvaukseen ulkomailla annetun sairaanhoidon kustannuksista.⁹⁶ Sairausvakuutuslakia muutettiin vastaamaan syntyneitä käytäntöjä vasta vuonna 2006⁹⁷. Sakslin on todennut, että kyseisillä päätöksillä saattaa Suomessa olla pitkällä aikavälillä vaikutusta sairausvakuutusjärjestelmän ja julkisen terveydenhoitojärjestelmän väliseen työnjakoon ja näiden järjestelmien rahoitukseen, jos esimerkiksi kustannuksia julkisesta terveydenhuoltojärjestelmästä siirtyy sairausvakuutusjärjestelmän vastuulle⁹⁸.

Vanbraekel-tapauksessa⁹⁹ oikeudellinen epäselvyys koski sairausvakuutuksesta suoritettavan korvauksen määrää, jota koskevan ennakkoratkaisukysymyksen kansallinen tuomioistuin esitti yhteisöjen tuomioistuimelle¹⁰⁰. Tästä tuomioistuin lausui, että korvauksen yksityiskohtiin sovelletaan sen jäsenvaltion lainsäädäntöä, jossa hoito on annettu. EY-tuomioistuin kuitenkin huomautti, että jos asetuksen N:o 1408/71 mukainen ennakkolupa on perusteettomasti evätty, vakuutetulla on oikeus saada ennakkoluvan evänneeltä vakuutuslaitokselta suoraan korvaus, jonka hän olisi saanut, jos ennakkolupa olisi alun perin asianmukaisesti myönnetty. Sen sijaan asetuksen N:o 1408/71 22 artiklassa ei ole säädetty jäsenvaltioiden velvollisuudesta suorittaa vakuutetulle lisäkorvausta silloin kun sen jäsenvaltion sosiaaliturvajärjestelmä, jossa henkilö on vakuutettu, on edullisempi kuin sen jäsenvaltion, jossa hoitotoimenpide on

94 Asia C-120/95, Decker, 35–36, 45–46 kohta ja asia C-158/96, Kohll, 33–35, 53–54 kohta.

95 Sakslin 1999, 78.

96 Suomen hallituksen toimet Euroopan yhteisöjen tuomioistuimissa vireillä olevissa asioissa sekä komission Suomea vastaan käynnistämässä valvonta-asioissa ajalla 1.1.–31.12.2004, Ulkoasiainministeriö, Oikeudellinen osasto, EU-tuomioistuinasiat, 45.

97 Laki sairausvakuutuslain 2 luvun 6 §:n ja 15 luvun 2 §:n muuttamisesta (17.3.2006/199).

98 Sakslin 1999, 78–79.

99 Asia C-368/98, Abdou Vanbraekel ym. vastaan Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), 12.7.2001, Oikeustapauskokoelma 2001, I-5363.

100 Asia C-368/98, Vanbraekel, 11–19 kohta.

suoritettu. Toisaalta tällaisen lisäkorvauksen maksamista ei kyseisellä säännöksellä myöskään estetä.¹⁰¹

Kuitenkin perustamissopimuksen valossa palvelujen tarjoamisen vapauden esteeksi voidaan katsoa sellainen kansallinen sääntely, joka ei takaa kyseisessä jäsenvaltiossa vakuutetuille vähintään yhtä edullista korvausta toisessa jäsenvaltiossa saadun sairaalahoidon kustannuksista kuin jos tämä hoito olisi suoritettu siinä jäsenvaltiossa, jossa henkilö on vakuutettu¹⁰². Siksi toimivaltaisen laitoksen on myönnettävä vakuutetulle lisäkorvaus. Sen tulisi vastata niiden jäsenvaltioiden korvausten erotusta, jossa henkilö on vakuutettu ja jossa hän on saanut sairaalahoidoa¹⁰³. Siten tuomioistuin linjasi, että vaikka ennakkolupa toisessa jäsenvaltiossa annettuun hoitoon on saatu, voidaan siihen liittyvä korvausjärjestelmä vaihtaa järjestelmään, joka takaa potilaalle paremmat korvausehdot¹⁰⁴.

2.2.2 Sairaalahoidon kustannusten korvaaminen

Decker- ja Kohll-ratkaisut selkeyttivät oikeustilaa vain tietyiltä osin. Avoimeksi sen sijaan jäi esimerkiksi kysymys toisessa jäsenvaltiossa saadun sairaalahoidon korvaamisesta. Tätä epäselvyyttä valotti tuomioistuimen seuraava merkittävä ratkaisu.¹⁰⁵ Yhdistetyissä tapauksissa *Geraets-Smits ja Peerbooms*¹⁰⁶ ennakkoratkaisukysymykset esitettiin kahdessa oikeudenkäynnissä, joissa oli kyse sairausvakuutuskassan kieltäytymisestä korvaamasta Saksassa ja Itävallassa annetuista sairaalahoidoista aiheutuneita kantajien kuluja. Geraets, ent. Smits, haki hoitoa Parkinsonin tautiin Saksasta ja koomassa ollut Peerbooms sai sellaista neurostimulaatiohoitoa Itävallassa, jollaista hänellä ei ollut mahdollisuutta saada Alankomaissa.¹⁰⁷

Tuomioistuimen mukaan tässä yhteydessä ei ollut perusteltua erotella sairaalassa ja sen ulkopuolella annettavaa hoitoa. Se totesi, että potilaan itsensä maksama, tietyssä jäsenvaltiossa annettu sairaanhoitopalvelu, ei voi jäädä perustamissopimuksessa vahvistetun palvelujen tarjoamisen vapauden soveltamisalan ulkopuolelle vain siitä syystä, että hoidon korvaamista on pyydetty toisen jäsenvaltion sellaisen sairausvakuutuslainsäädännön perusteella, jossa säädetään pääasiallisesti luontoisetuuksista. Perustamissopimuksen 50 artiklassa ei vaadita, että palvelun vastaanottajan tulisi itse maksaa palvelu, joten hoitoa voidaan pitää perustamissopimuksessa tarkoitettuna

101 Asia C-368/98, Vanbraekel, 33–34 ja 36–37 kohta.

102 Asia C-368/98, Vanbraekel, 45 kohta.

103 Asia C-368/98, Vanbraekel, 53 kohta.

104 Hatzopoulos 2005, 131.

105 Kaila 2004, 724, 725; Hatzopoulos 2005, 129.

106 Asia C-157/99, B.S.M. Geraets, ent. Smits, vastaan Stichting Ziekenfonds VGZ ja H.T.M. Peerbooms vastaan Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, 12.7.2001, Oikeustapauskokoelma 2001, I-5473.

107 Asia C-157/99, Geraets-Smits ja Peerbooms, 2, 25–39 kohta.

palveluna, vaikka sairausvakuutuskassat maksavat suoraan sairaalassa annettavan hoidon sopimusten perusteella ja tiettyjen korvaustaksojen mukaan.¹⁰⁸

EY-tuomioistuin huomautti myös, että sosiaaliturvajärjestelmän taloudellisen tasapainon vakavan järkkymisen vaara voi olla yleisen edun mukainen pakottava syy rajoittaa liikkumisvapautta. Palvelujen tarjoamisen vapauden rajoittamista voidaan pitää perusteltuna, kun pyritään turvamaan riittävän monipuoliset ja kaikkien saatavilla olevat sairaanhoito- ja sairaalapalvelut ja kun tietyn hoitokapasiteetin tai lääketieteellisen pätevyyden ylläpitäminen tietyssä jäsenvaltiossa on välttämätöntä kansanterveydellisistä syistä tai jopa paikallisen väestön eloonjäämisen kannalta.¹⁰⁹

Tuomioistuin huomautti myös, että ennakkolupa toiseen jäsenvaltioon hoitoon haikutumisesta voidaan evätä vain, jos potilas voi saada kotimaassaan ajoissa samantilaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa kuin mitä toisessa jäsenvaltiossa olisi ollut tarjolla. Tämän arvioimiseksi on otettava huomioon kyseisen tilanteen konkreettiset olosuhteet, eli potilaan terveydentila lupaa haettaessa ja ennen sitä. Jäsenvaltioiden laadukkaiden sairaalahoitopalveluiden ylläpito ja sairausvakuutusjärjestelmän taloudellinen tasapaino voi tuomioistuimen mukaan edellyttää mainitussa tilanteessa ennakkolupaa. Jos hoitoa ei voida antaa sairausvakuutuksen sopimusjärjestelmään kuuluvassa laitoksessa, ei etusijaa myöskään voida antaa kyseisen valtion kansalliselle sairaalalaitokselle muissa jäsenvaltioissa sijaitsevien sairaalapalveluita tarjoavien laitosten vahingoksi.¹¹⁰ Toisin sanoen ennakkoluvan vaatiminen toisessa jäsenvaltiossa annettavaa sairaalahoitoa varten ei ollut yhteisön oikeuden vastainen, mutta lupajärjestelmän tuli olla hyväksyttävä yhteisön oikeuden näkökulmasta¹¹¹.

Klassinen esimerkki terveydenhuoltopalveluiden vapaan liikkuvuuden rajoittamisesta ilmenee yhdistetyistä tapauksista *Müller-Fauré ja van Riet*¹¹², jossa kaksi hollantilaista naista vaati toisessa jäsenvaltiossa suoritetusta hoidosta kulujaan korvattavaksi asuinmaansa sairausvakuutuksesta. Müller-Faurélla oli hänen lomaillessaan Saksassa annettu hammashoitoa laitoshoidon ulkopuolisena hoitona, josta aiheutuneita kuluja Müller-Fauré vaati hänelle korvattavaksi sairausvakuutuskassasta. Alankomaiden lainsäädännön mukaisesti vakuutetuilla on lähtökohtaisesti oikeus ainoastaan hoidon saamiseen eikä hoidosta aiheutuneiden kulujen korvaukseen. Siten sairausvakuutuskassa hylkäsi korvausvaatimuksen. Van Riet haki lupaa, että hän voisi mennä belgialaiseen sairaalaan niveltähystykseen, koska toimenpide voitiin tässä sairaalassa suorittaa nopeammalla aikataululla kuin Alankomaissa. Sairausvakuutuskassa hylkäsi hakemuksen sillä perusteella, että toimenpide voitiin suorittaa myös Alankomaissa

108 Asia C-157/99, Geraets-Smits ja Peerboms, 54–57 kohta.

109 Asia C-157/99, Geraets-Smits ja Peerboms, 72–74 kohta.

110 Asia C-157/99, Geraets-Smits ja Peerboms, 103–105, 107 kohta.

111 Kaila 2004, 730.

112 Asia C-385/99, V.G. Müller-Fauré vastaan Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekringen UA ja E. E. M. van Riet vastaan Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekringen, 13.5.2003, Oikeustapauskokoelma 2003, I-4509.

kohtuullisessa ajassa. Tästä huolimatta van Riet hakeutui hoitoon Belgiaan, jossa niveltähystys ja muut hoitotoimenpiteet suoritettiin ilman ennakkolupaa.¹¹³

EY-tuomioistuin lausui, että pelkästään taloudellisiin perusteisiin kansanterveyden suojelemiseksi perustuvat jonotusajat, jotka eivät huomioi yksittäisen potilaan tilannetta, eivät oikeuta palveluiden tarjoamisvapauden rajoittamista. Pikemminkin liian pitkä jonotusaika voi tarkoittaa, että potilaan oikeus saada laadukasta ja monipuolista hoitoa on tosiasiallisesti heikentynyt.¹¹⁴ Lisäksi tuomioistuin katsoi, että ennakkolupa-vaatimuksen käyttämättä jättäminen tilanteissa, joissa hoitoa haetaan tai saadaan sairaalan ulkopuolella, ei aiheuta jäsenvaltion sosiaaliturvajärjestelmän taloudelliselle tasapainolle sellaista horjuntaa, että kansanterveyden suojeleminen heikentyisi.¹¹⁵ Tämä näkemys on ymmärrettävä, koska potilaiden liikkuvuus EU:n alueella tuskin kasvaisi volyymiltaan niin paljon, että se aiheuttaisi jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmien taloudelliselle tasapainolle todellista uhkaa¹¹⁶. Sisämarkkinoiden ulottaminen koskemaan keskeisiä julkisesti järjestettyjä hyvinvointipalveluita kuitenkin osoittaa jäsenvaltioiden huolen niiden hyvinvointijärjestelmiin kohdistuvista epätoivotuista vaikutuksista¹¹⁷.

Geraets-Smitsin ja Müller-Faurén tapauksen tuomioiden yhteistulkinnasta ilmenee, että ennakkolupaa voidaan edellyttää vain sairaalahoidon, mutta ei sairaalan ulkopuoliseen hoitoon, ja siksi näiden hoitomuotojen määrittely on erityisen tärkeää. Rajanveto sairaalan ja sen ulkopuolisen hoidon välillä on vaikeaa ja saattaa johtaa erilaisiin tulkintoihin riippuen lääkäristä, sairaalan johdosta, sairausvakuutuksista ja jäsenvaltioiden poliitikoista ja erilaisista kulttuureista. Tämä epävarmuus saattaa synnyttää uusia ennakkoratkaisukysymyksiä.¹¹⁸

2.2.3 Liitännäiskustannusten korvattavuus

Leichtle-tapauksessa¹¹⁹ oli kyse siitä, että Saksan liittovaltion työvoimavirasto, jonka virkamies kantaja *Leichtle* oli, kieltäytyi korvaamasta kuluja Italiassa annettavasta kylpylähoidosta, jonne hän aikoi hakeutua. Perusteena työvoimatoimisto esitti lääketieteellisen arvion, jonka mukaisesti Italiassa saatavalla hoidolla ei olisi huomattavasti suurempia onnistumisen mahdollisuuksia kuin Saksassa tarjottavilla kylpylähoidoilla.

113 Asia C-385/99, Müller-Fauré ja van Riet, 20–21 ja 25–26 kohta.

114 Asia C-385/99, Müller-Fauré ja van Riet, 92 kohta.

115 Asia C-385/99, Müller-Fauré ja van Riet, 95 kohta.

116 van der Mei 2004, 65.

117 Craig ja de Búrca 2007, 820.

118 van der Mei 2004, 65–66.

119 Asia C-8/02, Ludwig *Leichtle* vastaan Bundesanstalt für Arbeit, 18.3.2004, Oikeustapauskokoelma 2004, I-2641.

la.¹²⁰ Ensimmäinen EY-tuomioistuimelle esitetty ennakkoratkaisukysymys koski sitä, onko perustamissopimuksen artikloiden 49 ja 50 vastaista saksalainen lainsäädäntö, jonka mukaan korvauksen saamisen edellytyksenä kylpylähoidon liitännäiskustannuksiin, kuten asumiseen, ruokaan ja matkoihin, on ennakkovahvistus lääkärinlausunnossa siitä, että toisessa jäsenvaltiossa annettava kylpylähoito luetteloon merkityssä terveyskylpylässä on olennaisesti suurempien onnistumismahdollisuuksien takia välttämätöntä¹²¹.

Tuomioistuin totesi, että jos jäsenvaltion lainsäädännössä asetetaan hoitojaksoon liittyvien kustannusten korvaamiselle eri edellytykset kuin samassa jäsenvaltiossa suoritettuun hoitojaksoon liittyvien kustannusten osalta, on potilaalle vähemmän houkuttelevaa hankkia lääketieteellisiä palveluja palveluntarjoajilta, jotka ovat sijoittautuneet muihin jäsenvaltioihin kuin siihen, jossa henkilö on vakuutettu. Siksi tuomioistuin katsoi, että mainitunlainen ennakkovahvistus on EY 49 ja 50 artikloiden vastaista. Sen sijaan näiden artikloiden vastaisena ei lähtökohtaisesti voida pitää vaatimusta siitä, että terveyskylpylän on oltava merkittynä terveyskylpyläpaikkakunnista tehtyyn luetteloon.¹²²

Toinen ennakkoratkaisukysymys koski kansallisen lain säännöstä, jossa edellytettiin, että korvaus kylpylähoidosta aiheutuneisiin kustannuksiin voidaan myöntää vain, jos ennakkovahvistusta koskeva hakumenettely tai siihen liittyvä oikeudenkäynti on päättynyt ennen kyseisen hoidon aloittamista¹²³. Tuomioistuin totesi, että edellä mainittua on pidettävä EY 49 ja 50 artikloiden vastaisena, koska potilailla ei yleensä ole mahdollisuutta odottaa oikeudenkäynnin päättymistä eikä heillä mainitun säännöksen valossa olisi mahdollisuutta hakea hoitoja toisesta jäsenvaltiosta ja siten palvelujen tarjoamisen vapaata liikkuvuutta koskevien säännösten tehokas vaikutus vaarantuisi.¹²⁴

Herrera-tapauksessa¹²⁵ julkisten terveyspalvelujen tuottaja päätti kieltäytyä korvaamasta espanjalaiselle Acereda Herreralle Ranskassa annetusta sairaalahoidosta aiheutuneita matka-, oleskelu- ja ateriakuluja sekä häntä saattaneelle perheenjäsenelle aiheutuneita kuluja¹²⁶. Tuomioistuimen mukaan asetuksella (EY) N:o 1408/71 ei ole tarkoitus antaa vakuutetulle, joka on saanut ennakkoluvan toisessa jäsenvaltiossa annettavan sairaanhoidon korvattavuudesta, oikeutta saada korvauksia sellaisista toisessa jäsenvaltiossa syntyneistä matka-, oleskelu- ja ateriakuluista, jotka ovat syntyneet

120 Asia C-8/02, Leichtle, 2 ja 9 kohta.

121 Asia C-8/02, Leichtle, 27 kohta.

122 Asia C-8/02, Leichtle, 32 ja 51 kohta.

123 Asia C-8/02, Leichtle, 52 kohta.

124 Asia C-8/02, Leichtle, 57 ja 59 kohta.

125 Asia C-466/04, Manuel Acereda Herrera vastaan Servicio Cántabro de Salud, 15.6.2006, Oikeustapauskokoelma 2006, I-5341.

126 Asia C-466/04, Herrera, 2 kohta.

potilaalle tai tämän saattajalle sairaalan ulkopuolella¹²⁷. Jäsenvaltion toimivaltaisella laitoksella on kuitenkin velvollisuus korvata tällaisia matka-, asumis- ja ylläpito-kustannuksia, jos nämä kustannukset korvataan, kun hoitoa annetaan kansalliseen järjestelmään kuuluvassa sairaalassa¹²⁸.

2.2.4 *Julkisen terveydenhuoltojärjestelmän asema*

Tapaus Watts¹²⁹ on Suomen sosiaaliturvajärjestelmän kannalta tärkeä tapaus, koska siinä oli ensimmäistä kertaa kysymys Suomen kunnalliseen terveydenhuoltojärjestelmään rinnastettavasta tilanteesta¹³⁰. Laaja julkinen sosiaali- ja terveystalvuseluek-tori löytyy Pohjoismaiden lisäksi vain Isosta-Britanniasta, kun taas monissa muissa unionin jäsenvaltioissa terveystalvuselut kustannetaan työssä käyvän perheenjäsenen terveys- ja sairausvakuutuksin¹³¹.

Yvonne Wattsilla oli lonkkien niveltulehdus. Hänet luokiteltiin rutiinitapaukseksi, minkä takia hän joutuisi odottamaan noin vuoden verran päästökseen leikkaukseen paikalliseen sairaalaan. Watts haki lupaa hakeutua toiseen jäsenvaltioon saadakseen siellä tarvittavan hoidon. Ennakkolupa evättiin sillä perusteella, että asetuksen N:o 1408/71 22 artiklan 2 kohdan toisen alakohdan mukainen edellytys ei täyttynyt, koska Watts voitaisiin hoitaa paikallisessa sairaalassa ”hallituksen sosiaaliturvasuunnitel-massa määritellyssä tavoiteajassa” ja näin ollen ”ilman aiheetonta viivytystä”. Lääkä-rin uuden tutkimuksen jälkeen Watts luokiteltiin rutiinitapausta kiireellisemmäksi potilaaksi, mutta koska Watts joutuisi odottamaan leikkausta enää 3–4 kuukautta, ei kysymyksessä ollut aiheeton viivytys, eikä Wattsille myönnetty edelleenkään ennak-kolupaa. Näin ollen Watts kävi lonkan tekonivelleikkauksessa Ranskassa ja maksoi hoidosta aiheutuneet kulut itse, mutta vaati korvausta näistä hoitokustannuksista jälkikäteen.¹³²

Ratkaisussaan EY-tuomioistuin lausui, että toimivaltainen laitos voi evätä asetuksen N:o 1408/71 mukaisen ennakkoluvan, jos sairaalahoitoon pääsyä koskee odotusaika. Tällöin sen on kuitenkin osoitettava, että odotusaika ei ylitä sellaista aikaa, joka tehdään potilaan hoidon tarpeen objektiivisen lääketieteellisen arvioinnin perusteella ja jossa otetaan huomioon kaikki hänen terveydentilaansa liittyvät tekijät.¹³³ Tuomioistuin totesi myös, että jäsenvaltioiden on noudatettava sosiaaliturvan ja tervey-

127 Asia C-466/04, Herrera, 39 kohta.

128 Asia C-466/04, Herrera, 38 kohta.

129 Asia C-372/04, The Queen (Yvonne Wattsin hakemuksesta) vastaan Bedford Primary Care Trust ja Secretary of State for Health, 16.5.2006, Oikeustalvuseluekokoelma 2006, I-04325.

130 Kari ym. 2008, 68.

131 Saari 2003, 299.

132 Asia C-372/04, Watts, 25–32 kohta.

133 Asia C-372/04, Watts, 79 kohta. Vrt. Suomessa käytössä oleva hoitotakuu, ks. lähemmin luku 4.1.3.

denhuollon järjestämisessä yhteisön oikeutta, muun muassa palvelujen tarjoamisen vapautta koskevia määräyksiä, vaikka näitä aloja ei ole yhteisössä yhdenmukaistettu. Tämän nojalla on katsottava, että EY 49 artiklaa sovelletaan tilanteeseen, jossa potilas saa muussa kuin asuinjäsenvaltiossaan sairaalahoitoa, ja pyytää asuinjäsenvaltiotaan korvaamaan tämän hoidon, riippumatta siitä, miten kyseinen kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä toimii. Siksi jäsenvaltiot eivät saa terveydenhuoltojärjestelmässään ottaa käyttöön tai pitää voimassa palvelujen tarjoamisen vapautta koskevia perusteettomia rajoituksia.¹³⁴

EY-tuomioistuin viittasi vakiintuneeseen oikeuskäytäntöön, jonka mukaan EY 49 artikla estää kaikkien sellaisten kansallisten säännösten soveltamisen, joiden vuoksi palvelujen tarjoaminen jäsenvaltioiden välillä on vaikeampaa kuin niiden tarjoaminen pelkästään jäsenvaltion sisällä. Tällöin edellytyksiä, joilla julkinen terveydenhuoltojärjestelmä korvaa jossakin toisessa jäsenvaltiossa annettavan sairaalahoidon, on verrattava niihin edellytyksiin, joilla järjestelmä tarjoaa terveydenhoitopalveluita oman sairaalaverkostonsa piirissä. Näin ollen toisessa jäsenvaltiossa annettavan sairaalahoidon edellytyksiä ei tule verrata siihen, millä tavoin kansallisessa lainsäädännössä kohdellaan potilaiden yksityisissä paikallisissa hoitolaitoksissa saamia sairaalahoitopalveluja.¹³⁵

EY-tuomioistuimen tulkinnan mukaan EY 49 artiklan soveltaminen terveydenhuollon alalla tarkoittaa, että jäsenvaltioissa, joissa hoitoa annetaan julkisissa sairaaloissa maksutta, potilaalle täytyy korvata kustannusten erotus, jos hän sai tai hänen olisi pitänyt saada lupa hakeutua toiseen jäsenvaltioon sairaanhoitoon. Tämä erotus muodostuu toisessa jäsenvaltiossa annetun hoidon kustannuksien ja sen summan välille, joka vastaanottavan jäsenvaltion laitoksen on korvattava asetuksen N:o 1408/71 22 artiklan 1 kohdan c alakohdan i alakohdan nojalla toimivaltaisen laitoksen lukuun vastaanottavan jäsenvaltion lainsäädännön mukaisesti.¹³⁶

Lisäksi tuomioistuin totesi, että asetuksen N:o 1408/71 22 artiklan 1 kohdan c alakohdan i alakohdan mukainen ennakkolupa toisessa jäsenvaltiossa hankitun hoidon korvattavuudesta koskee ainoastaan kustannuksia, jotka liittyvät potilaan toisessa jäsenvaltiossa saaman sairaalahoidon varsinaisiin hoitopalveluihin sekä kyseisessä sairaalassa oleskelusta aiheutuneisiin kuluihin. On kuitenkin otettava huomioon EY 49 artikla, jota on tulkittava tuomioistuimen mukaan siten, että ennakkoluvan saanut potilas, joka on matkustanut toiseen jäsenvaltioon hoitoa saadakseen, voi vaatia matkustamisesta aiheutuvien liitännäisten kustannusten korvaamista vain, jos ennakkoluvan myöntäneessä jäsenvaltiossa korvataan vastaavia kuluja julkisessa sairaanhoidossa annetun hoidon yhteydessä.¹³⁷ Ennakkoluvan epäämisen perusteena

134 Asia C-372/04, Watts, 90 ja 92 kohta.

135 Asia C-372/04, Watts, 94 ja 100 kohta.

136 Asia C-372/04, Watts, 143 kohta.

137 Asia C-372/04, Watts, 143 kohta.

ei myöskään voi olla toisessa jäsenvaltiossa annettavan sairaalahoidon korkeammat kustannukset verrattuna hoitoon, joka olisi annettu kansalliseen järjestelmään kuuluvassa laitoksessa¹³⁸.

Tapaus ratkaistiin EY-tuomioistuimessa Suomen kannan vastaisesti, sillä Suomi katsoi kirjallisissa ja suullisissa huomautuksissaan, että julkisen terveydenhuollon palvelut eivät kuulu palveluiden vapaata liikkuvuutta koskevan EY 49 artiklan soveltamisalan piiriin¹³⁹. Ratkaisu osoittaa sen, että rahoitustavastaan riippumatta terveyspalvelut kuuluvat palveluiden vapaan liikkuvuuden piiriin, eivätkä julkisesti järjestetyt hyvinvointipalvelut muodosta tähän poikkeusta¹⁴⁰. Tuomion myötä Wattsin kanssa samassa asemassa olevat potilaat, jotka odottavat hoitoon pääsyä, saavat hakea hoitoa ulkomailta, jos sitä ei ole tarjolla kotimaassa lääketieteellisesti hyväksyttävässä ajassa. Tämä luo jännitteen odotuslistojen käyttämiselle terveydenhuollon suunnittelun välineenä ja toisaalta potilaiden intressille saada tarpeellista hoitoa ajoissa.¹⁴¹

Tapauksen merkittävyys perustuu siihen, että ennakkoratkaisutuomiossa vahvistetaan Yhdistyneiden kuningaskuntien verorahoitteisen terveysjärjestelmän velvollisuus korvata toisessa EU-maassa annettu hoito. Ongelmana on taata samanaikaisesti sairaanhoitoa potilaille ja varautua mahdollisiin toisessa jäsenvaltiossa annetusta hoidosta vaadittaviin sairaanhoitokorvauksiin. Toinen merkittävä seikka on se, että tuomioistuimen mukaan mainittu korvausvelvollisuus syntyy, vaikka toisessa jäsenvaltiossa on saatu sairaalahoidoa ilman ennakkolupaa, jos ennakkolupa on aiemmin evätty perusteettomasti. Aiemman oikeuskäytännön mukaisesti sairaalahoidon vaati ennakkoluvan, jotta toisessa jäsenvaltiossa annettu hoito korvattaisiin oman jäsenvaltion sairausvakuutuksesta.¹⁴²

2.2.5 Ulkomaisten lääkäreiden pätevyys

Asiassa *Stamatelaki*¹⁴³ EY-tuomioistuinta pyydettiin arvioimaan EY 49 artiklan valossa kansallista lainsäädäntöä, jonka nojalla yli 14-vuotiaalle vakuutetulle ei korvata ulkomailla sijaitsevassa yksityisessä sairaalassa annetusta hoidosta syntyneitä kuluja. EY-tuomioistuin ilmaisi, että EY 49 artiklaa sovellettaessa ei ole merkitystä, onko

138 Asia C-372/04, Watts, 73 kohta.

139 Suomen hallituksen toimet Euroopan yhteisöjen tuomioistuimissa vireillä olevissa asioissa sekä komission Suomea vastaan käynnistämässä valvonta-asioissa ajalla 1.1.–30.6.2006, Ulkoasiainministeriö, Oikeudellinen osasto, EU-tuomioistuinasiat, 5–6.

140 Craig ja de Búrca 2007, 823.

141 Cousins 2007, 190–191.

142 Tacconi 2008, 201–202.

143 Asia C-444/05, Aikaterini Stamatelaki vastaan NPDD Organismos Asfaliseos Eleftheron Epangelmaton (OAE), 19.4.2009, Oikeustapauskokoelma 2007, I-3185.

hoitoa toisessa jäsenvaltiossa annettu julkisessa vai yksityisessä sairaalassa.¹⁴⁴ Tuomioistuimien viittasi vakiintuneeseen oikeuskäytäntöön, jonka mukaisesti EY 49 artiklan vastaisena on pidettävä kaikkea sellaista kansallista lainsäädäntöä, jonka takia palveluiden tarjoaminen jäsenvaltioiden välillä on vaikeampaa kuin jäsenvaltion sisällä¹⁴⁵.

Tätä palveluiden tarjoamisen vapautta kuitenkin rajoittaa tuomioistuimen oikeuskäytännössään toteama monipuolisten ja kaikkien saatavilla olevien sairaanhoito- ja sairaalapalvelujen turvaamistavoite, jonka taustalla on kansanterveyttä koskeva EY 46 artiklan poikkeussäännös. Palveluiden tarjoamisen vapautta voidaan lisäksi rajoittaa, jos tietyn hoitokapasiteetin tai lääketieteellisen pätevyyden ylläpitäminen jäsenvaltiossa on välttämätöntä kansanterveydellisistä syistä, tai jopa paikallisen väestön eloonjäämisen kannalta.¹⁴⁶ EY-tuomioistuin totesi Kreikan esittämään huoleen muissa jäsenvaltioissa tarjottavien terveyspalveluiden laadusta, että koska lääkäreiden vapaan liikkuvuuden sekä heidän tutkintotodistustensa, todistustensa ja muiden muodollista kelpoisuutta osoittavien asiakirjojensa vastavuoroisen tunnustamisen helpottamisesta on annettu neuvoston direktiivi 93/16/ETY¹⁴⁷, muissa jäsenvaltioissa sijaitsevat yksityiset sairaalat ovat jäsenvaltioissa laadunvalvonnan alaisia, ja muiden jäsenvaltioiden sairaaloissa toimivien lääkäreiden ammattitaidosta on samat takeet kuin Kreikassa¹⁴⁸. Tapaus *Stamatelaki* on hyvä esimerkki suhteellisuustestin soveltamisesta. Sen tarkoituksena on selvittää, ovatko keinot, joilla perusvapauden, kuten palveluiden vapaan liikkuvuuden, toteutumista rajoitetaan, ainoat mahdolliset keinot yleisen edun turvaamiseksi. Jäsenvaltion on siksi todistettava, että vähemmän rajoitettavilla toimenpiteillä ei saavutettaisi tarkoitettua tavoitetta.¹⁴⁹

2.2.6 Hoitotyypit ja -menetelmät

Tapauksessa *Elchinov*¹⁵⁰ oli kyse siitä, että Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa (valtion sairausvakuutuskassa) oli hylännyt Elchinovin ennakkolupahakemuksen hakeutua huipputeknologiaa edellyttävään sairaalahoitoon Saksaan, koska tällaista hoitoa ei annettu Bulgariassa¹⁵¹. Bulgarianlaisen tuomioistuimen esittämä ennakkoratkaisukysymys koski sen vallan laajuutta, joka jäsenvaltiolla on asettaa ennakkolupa toisessa

144 Asia C-444/05, *Stamatelaki*, 22 kohta.

145 Asia C-444/05, *Stamatelaki*, 25 kohta.

146 Asia C-444/05, *Stamatelaki*, 31–32 kohta.

147 Neuvoston direktiivi 93/16/ETY, annettu 5 päivänä huhtikuuta 1993, lääkäreiden vapaan liikkuvuuden sekä heidän tutkintotodistustensa, todistustensa ja muiden muodollista kelpoisuutta osoittavien asiakirjojensa vastavuoroisen tunnustamisen helpottamisesta, EYVL L 165, 7.7.1993, 1–24.

148 Asia C-444/05, *Stamatelaki*, 37 kohta.

149 Gekiere ym. 2010, 482.

150 Asia C-173/09, Georgi Ivanov *Elchinov* vastaan Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa, 5.10.2010, Oikeustapauskokoelma 2010, I-08889.

151 Asia C-173/09, *Elchinov*, 2 ja 12 kohta.

jäsenvaltiossa annetun sairaalahoidon korvaamisen edellytykseksi. EU-tuomioistuin totesi, että EY 49 artikla ja asetuksen N:o 1408/71 22 artikla ovat esteenä jäsenvaltion lainsäädännölle, jota tulkitaan siten, että sillä suljetaan pois kaikissa tapauksissa toisessa jäsenvaltiossa ilman ennakkolupaa annetun sairaalahoidon korvattavuus.¹⁵²

Asetuksen N:o 1408/71 22 artiklan 2 kohdan toista alakohtaa koskevan EU-tuomioistuimen tulkinnan mukaan kyseisen artiklan mukaista ennakkolupaa ei voida evätä, jos lääketieteellistä hoitoa ei voida antaa vakuutetun asuinvaltiossa sellaisessa tilanteessa, jossa korvattavista hoitotyypeistä, mutta ei hoitomenetelmistä, on säädetty kansallisessa lainsäädännössä luettelona. Lisäksi pitää voida osoittaa, että toisessa jäsenvaltiossa saatavilla oleva hoitomenetelmä vastaa kansallisessa luettelossa mainittuja hoitotyyppisiä. Ennakkolupaa ei myöskään voida evätä vakuutetulta, jos tehokkuudeltaan samanasteista vaihtoehtoista hoitoa ei voida antaa ajoissa siinä jäsenvaltiossa, jossa vakuutettu asuu. Siten asetuksen N:o 1408/71 22 artiklan vastaisena voidaan tuomioistuimen mukaan pitää sitä, että ennakkolupahakemuksen ratkaiseva laitos olettaa mainittua säännöstä soveltaessaan, että sellaista sairaalahoittoa, jota ei voida antaa vakuutetun asuinjäsenvaltiossa, ei voitaisi korvata kansallisen lainsäädännön nojalla.¹⁵³

Unionin tuomioistuimelle esitettiin lisäksi kysymys niistä yksityiskohtaisista säännöistä, joiden mukaisesti vakuutetulle korvataan jossakin toisessa jäsenvaltiossa annettu sairaalahoido. Tähän kysymykseen unionin tuomioistuin vastasi, että jos voidaan osoittaa, että asetuksen N:o 1408/71 22 artiklan mukainen ennakkoluvan epääminen on ollut perusteeton, ja jos päättyneestä sairaalahoidosta on syntynyt kustannuksia vakuutetulle, tulee kansallisen tuomioistuimen velvoittaa toimivaltainen laitos korvaamaan vakuutetulle sama korvauksen määrä, johon vakuutettu olisi ollut oikeutettu, jos lupa olisi alun perin myönnetty asianmukaisesti. Tämä korvaus määräytyy sen jäsenvaltion lainsäädännön säännösten mukaisesti, jonka alueella sairaalahoido on annettu. Jos tämä määrä on pienempi kuin vakuutetun asuinpaikan jäsenvaltion lainsäädännön mukainen korvaus, toimivaltaisen laitoksen on myönnettävä vakuutetulle tämän peruskorvauksen lisäksi täydentävä korvaus, joka määräytyy edellä mainittujen korvaustasojen välisenä erotuksena, mutta korkeintaan todellisuudessa aiheutuneiden kulujen suuruusena.¹⁵⁴

152 Asia C-173/09, Elchinov, 51 kohta.

153 Asia C-173/09, Elchinov, 73 kohta.

154 Asia C-173/09, Elchinov, 81 kohta.

3 POTILAIDEN LIKKUVUUSDIREKTIIVI

3.1 Yleistä direktiivistä ja sen tarpeellisuudesta

3.1.1 EUT:n oikeuskäytännön synnyttämä sääntelytarve

Terveydenhuoltopalveluiden jäätyä pois palveludirektiivistä unionissa jatkettiin terveyspalveluita koskevan lakialoitteen valmistelua, koska muun muassa oikeusvarmuuden periaate edellytti oikeuskäytännön kodifointia. Keskusteluissa arvioitiin kaikkia unionin toimivaltaan kuuluvia keinoja terveyspalveluiden yhtenäistämisen välineenä. Jäsenvaltiot eivät kuitenkaan halunneet sisällyttää terveyspalveluiden yhtenäistämistä koskevia säännöksiä uuteen sosiaaliturvan koordinaatioasetukseen (EY) N:o 883/2004, vaikka se olisi ollut luonteva oikeudellinen instrumentti unionin tuomioistuimen oikeuskäytännön kirjaamiseksi jäsenvaltioita välittömästi velvoittavaksi oikeudeksi. Kyseinen asetus ja sen täytäntöönpanoasetus (EY) N:o 987/2009 sisältävät useita säännöksiä unionissa liikkuvien henkilöiden oikeudesta saada toisessa jäsenvaltiossa sairaanhoitoa.¹⁵⁵

Komissio antoi keväällä 2005 tiedonannon terveys- ja kuluttajansuojastrategiasta EU:n kansalaisten terveyden, turvallisuuden ja luottamuksen edistämiseksi. Tiedonannossa lausutaan, että EU:n arvostus kansalaisten keskuudessa paranee ja kilpailukyky kohentuu, kun unioni edistää terveyttä ja lisää kuluttajien luottamusta perustamissopimuksen nojalla. Lisäksi tiedonannossa huomioidaan, että kansalaisten hyvä terveys lisää tuottavuutta, kun taas huono terveystilanne lisää kustannuksia ja kuormittaa taloutta. Terveyspalveluiden integrointi osaksi EU:n sisämarkkinoita parantaa alueen kilpailukykyä ja vastaa myös kuluttajien tarpeisiin.¹⁵⁶

Kesäkuussa 2006 neuvosto hyväksyi päätelmät EU:n terveysjärjestelmien yhteisistä arvoista ja periaatteista. Näitä EU:ssa yleisesti tunnustettuja arvoja ovat universaalisuus, laadukkaan terveydenhuollon saatavuus, yhdenvertaisuus ja solidaarisuus. Lisäksi EU:n terveysjärjestelmät pyrkivät vähentämään terveyseroja. Käytännön periaatteina, jotka tunnustetaan kaikkialla unionissa, tuodaan esille laatu, turvallisuus, tutkimustuloksiin ja eettisyyteen perustuva hoito, potilaan osallistuminen, hyvitys vahingosta, yksityisyys ja luottamuksellisuus. Neuvosto totesi, että EU:n kansalaisten oikeuksien selventämiseksi on tärkeää, että mainitut arvot ja periaatteet sekä potilaiden oikeudet rajatylittävässä terveydenhuollossa kirjataan lainsäädäntöön, koska terveyspalvelut jäivät pois palveludirektiivistä.¹⁵⁷ Näillä arvoilla ja periaatteilla ei kuitenkaan ole ollut EU:n toimissa sitä merkitystä, mikä niille olisi neuvoston hyväksymien päätelmien mukaan tullut antaa¹⁵⁸.

155 Sakslin 2008, 353.

156 Kansalaisten terveyden, turvallisuuden ja luottamuksen edistäminen: terveys- ja kuluttajansuojastrategia, KOM (2005) 115 lopullinen, 6.4.2005, 1.1 luku.

157 Neuvoston päätelmät Euroopan unionin terveysjärjestelmien yhteisistä arvoista ja periaatteista, EUVL C 146, 22.6.2006, 2.

158 Koivusalo 2009, 123; Koivusalo ym. 2008, 229.

Komissio julkaisi ehdotuksen direktiiviksi¹⁵⁹ rajatylittävässä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista heinäkuun alussa 2008 pitkällisten sisäisten neuvotteluiden jälkeen. Toisin kuin komission edellinen yleisluontoisempi ehdotus, tämä direktiiviehdotus käsittää yksinomaan potilaiden oikeuksia hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon ja saada korvauksia aiheutuneista kustannuksista. Aiempaan ehdotukseen verrattuna uusi direktiiviehdotus on soveltamisalaltaan suppeampi, koska siitä jätettiin pois muun muassa terveyspalveluiden ja niiden tarjoajien vapaata liikkuvuutta koskevat säännökset.¹⁶⁰ Toisaalta, vaikka kyseessä on nimenomaisesti direktiiviehdotus potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa, sen periaatteet koskevat terveyspalveluita laajemmin¹⁶¹.

Potilaiden liikkuvuusdirektiiviehdotusta koskevassa valtioneuvoston kirjelmässä eduskunnalle todetaan, että komission ehdotus on tarpeellinen ja oikeasuuntainen, muttei riittävän yksiselitteinen potilaiden ja terveyspalveluiden tarjoajien näkökulmasta. Valtioneuvosto katsoo, että osa direktiiviehdotuksen säännöksistä aiheuttaa merkittäviä muutoksia kansalliseen terveydenhuoltojärjestelmään, jos ehdotus tulee sellaisenaan hyväksytyksi.¹⁶² Myös sosiaali- ja terveysvaliokunta huomautti lausunnossaan, että unionin tuomioistuimen terveyspalveluja koskeva oikeuskäytäntö on johtanut siihen, että EU:ssa on tehtävä poliittisia päätöksiä terveyspalveluista. Valiokunta huomautti, kuten valtioneuvosto omassa kirjelmässään, että direktiiviehdotuksen soveltamisalaa on selkeytettävä suhteessa sosiaaliturvan koordinaatioasetukseen, jotta niiden soveltaminen ei aiheuttaisi epäselvyyttä eri osapuolille.¹⁶³

Parlamentin ja neuvoston direktiivi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa¹⁶⁴ annettiin lopulta maaliskuun 9. päivänä 2011. Direktiivin 22 artiklan nojalla se on tullut voimaan 24. huhtikuuta 2011. Direktiivi on saatettava osaksi jäsenvaltioiden lainsäädäntöä viimeistään 25. päivänä lokakuuta 2013 artiklan 21 mukaisesti. Kodifioitaessa unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntöä direktiivillä pyritään paikkaamaan puuttunutta oikeusvarmuutta.

3.1.2 Näkökulmia direktiivin hyödyistä ja haasteista

Potilaiden liikkuvuusdirektiivillä ei luoda kovinkaan suuria muutoksia olemassa olevaan EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntöön nähden, vaan sillä lähinnä vahvistetaan

159 Komission ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi rajatylittävässä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista, KOM (2008) 414 lopullinen, 2.7.2008.

160 Goldner Lang 2009, 665–666.

161 Ollila ja Koivusalo 2009, 35.

162 U 58/2008 vp, 8.

163 StVL 16/2008 vp, 3.

164 Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9.3.2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa. EUVL L 88, 4.4.2011, 45–65.

EU:n sisämarkkinavapauksia. Selvemmän oikeustilan ohella direktiivin hyötyinä voidaan nähdä se, että potilaiden valinnanvapaus lisääntyy ja hoidon tarjoaminen muun muassa turistikeskuksissa ja raja-alueilla helpottuu. Samoin potilaan mahdollisuus hakea erikoisosaamista vaativaa hoitoa toisesta jäsenvaltiosta parantuu.¹⁶⁵

Unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntöön perustuva EU:n kansalaisten oikeus hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon ja saada siitä korvaus on yksi merkittävimmistä oikeuksista, joita unioni kansalaisilleen takaa. Erityisen arvokas tämä oikeus on hoitoa tarvitsevan yksilön näkökulmasta.¹⁶⁶ Oikeuskäytännössä syntyneet ratkaisut saattavat johtaa yksityisellä sektorilla tarjottavan sairaanhoidon erikoistumiseen, kun palveluita voidaan tarjota laajemmalle henkilöpiirille kuin vain palveluntarjoajan sijoittautumisvaltiossa sairausvakuutetuille. Tämä koskee myös hyvin kapeita lääketieteen erikoisaloja.¹⁶⁷ Palvelujen vapaa liikkuvuus unionissa on myös vahvistanut sairaanhoidon saatavuutta jäsenvaltioissa, sillä liikkumisvapaus on mahdollistanut sen, että hoitojonoja on voitu purkaa ja erikoistunutta sairaanhoitoa järjestää hyödyntämällä toisten jäsenvaltioiden ylikapasiteettia sairaanhoitopalveluissa¹⁶⁸.

Ruotsissa on huomioitu, että potilaiden vapaa liikkuvuus antaa uusia mahdollisuuksia maakäräjille, jos hoito järjestetään niin, että se houkuttelee potilaita muista maista. Tällöin erikoistuneet sairaalat voivat tehokkaalla markkinoinnilla kasvattaa potilasvirtoja ja sitä myöten työpaikkoja.¹⁶⁹ Tämän markkinaraon käyttämisestä on myös Suomessa selvitetty työ- ja elinkeinoministeriössä¹⁷⁰. Toistaiseksi kuitenkin mikään jäsenvaltio ei ole todennut, että potilaiden vapaa liikkuvuus olisi uhkana sen julkiselle terveydenhuollolle. Järjestelmän toimivuus voi olla uhattuna, jos suuret potilasmäärät hakevat hoitonsa ulkomailta. Sen sijaan pienet potilaskadot saattavat jopa toimia huomautuksena siitä, että julkisen terveydenhuollon toimintaa tulisi tehostaa.¹⁷¹ Potilaiden liikkuvuus ja jäsenvaltioiden velvollisuus korvata toisessa jäsenvaltiossa syntyneet sairaanhoitokustannukset lisäävät kilpailua jäsenvaltioiden välillä. Tämä tarkoittaa sitä, että jäsenvaltiot pyrkivät järjestämään terveydenhuollon siten, että järjestelmä samanaikaisesti houkuttelee ulkomaisia potilaita ja toisaalta vähentää omien kansalaisten hakeutumista hoitoon toiseen jäsenvaltioon. Tällainen kehitys saattaa kuitenkin johtaa jopa sairaanhoitokustannusten kasvamiseen.¹⁷²

165 Goldner Lang 2009, 666, 669; Legido-Quigley ym. 2011, 366.

166 Sakslin 2008, 355.

167 Sakslin 1999, 74,78.

168 Sakslin 2003, 1212; Sakslin 2009, 370.

169 Edwardsson 2007, 77.

170 Ks. TEM 2/2011, Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti – mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset strategisiksi linjauksiksi, työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Konserni 2/2011.

171 Edwardsson 2007, 77–78.

172 Edwardsson 2007, 64.

Potilaiden liikkuvuusdirektiivin ehdotusvaiheessa sen mahdollisina haittapuolina nähtiin ensinnäkin se, että direktiivillä vahvistetaan palveluiden vapaan liikkuvuuden ensisijaisuus hyvinvointivaltion suojelutavoitteisiin nähden. Sen sijaan direktiivillä ei vahvisteta solidaarisuuden ja oikeudenmukaisuuden periaatteita riittävän vahvasti, vaan se asettaa hyvin toimeentulevat ja pienituloiset eri asemaan ja jopa vahvistaa tätä asetelmaa. Yhtäläinen hoidon saatavuus ei toteudu, koska rikkailla on paremmat edellytykset käyttää direktiivin mukaisia oikeuksia.¹⁷³ Tuomioistuimen ennakkoratkaisukäytäntö on tehnyt potilaista kuluttajia, jotka voivat valita, mistä jäsenvaltiosta he hankkivat tarvittavan hoidon. Käänteisenä puolena on tämän mahdollisuuden rajoittuminen maksukykyiseen potilasryhmään, jolla on varaa maksaa matka- ja muut kustannukset, kun he hakevat hoitoa toisesta jäsenvaltiosta. Kyse on potilaiden eliitistä, joka voi matkustaa ympäri Eurooppaa saadakseen hoitoa välittömästi. Tämä saattaa vaarantaa lähtökohdan, jonka mukaisesti tehokas terveydenhoito tulisi olla kaikkien saatavilla. Tällaisen terveysturismin¹⁷⁴ seurauksena saattaa syntyä alueita, joilla on terveysturismikeskittymiä, kun taas toisaalla palvelut saattavat köyhtyä.¹⁷⁵ Direktiivi saattaakin johtaa joissakin sairaaloissa ylikuormitukseen sekä kasvattaa hoidon saatavuuden ja laadun eroja eri jäsenvaltioissa¹⁷⁶.

Potilaiden liikkuvuusdirektiivin saattaminen osaksi jäsenvaltioiden kansallista lainsäädäntöä aiheuttaa oletettavasti epäselvyyttä säännösten käytännön toimeenpanossa. Ennakkolupamenettely, rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten laskemismalli sekä korvattavan hoidon määrittely voivat osoittautua vaikeasti ratkaistaviksi kysymyksiksi.¹⁷⁷ Direktiivin myötä yleisiin hallintotuomioistuimiin tulee todennäköisesti joukko uusia oikeusjuttuja, joissa hoitoa pitää arvioida tieteellisessä valossa¹⁷⁸. Pieninkin epävarmuus siitä, oliko lääketieteellinen arviointi oikea, saako hoitoa ajoissa ja tarjoaako kotimainen sairaanhoito tehokasta hoitoa, arvioidaan oletettavasti oikeusprosesseissa. Tällöin tuomioistuimen tulee ottaa kantaa lääkärin tekemään lääketieteelliseen arvioon.¹⁷⁹ Direktiivin artikloiden tulkinta ja soveltaminen käytännössä johtaa todennäköisesti hyvin erilaisiin lopputuloksiin eri jäsenvaltioissa ja saattaa synnyttää eriarvoisuutta. Direktiivi kuitenkin selventää oikeustilaa jossain määrin, ja vasta direktiivin voimaan saattamisen jälkeen voidaan arvioida, täytyvätkö direktiiville asetetut tavoitteet.¹⁸⁰

173 Goldner Lang 2009, 666–668. Kysymys on ongelmallinen myös kansallisesti, sillä Suomessa julkisen terveydenhuoltojärjestelmän vastuulla on jokaisen yhtäläinen pääsy hoitoon riippumatta sosiaalisesta asemasta tai muista syrjivistä perusteista; STM 2003:33, 23.

174 Terveysturismilla tarkoitetaan kansalaisten mahdollisuutta hakea tarvitsemansa palvelu oman asuinvaltionsa ulkopuolelta, mutta tämän kustannuksella; Pakaslahti 2001, 76.

175 Tacconi 2008, 206–207.

176 Goldner Lang 2009, 668.

177 Legido-Quigley ym. 2011, 366.

178 Edwardsson 2008, 6.

179 Edwardsson 2007, 76.

180 Legido-Quigley ym. 2011, 366–367.

3.1.3 EU:n toimivalta ja oikeusperusta direktiivin säätämiseen

Potilaiden liikkuvuusdirektiiviehdotuksen laatimisajankohtana sen oikeusperustana oli perustamissopimuksen 95 artikla, joka siirrettiin Euroopan unionin toiminnasta tehtyyn sopimukseen. Lainsäädännön lähentämisestä määrätään nykyisin SEUT 114 artiklassa, joka on oikeusperustana SEUT 26 artiklassa säädettyjen sisämarkkinatavoitteiden lainsäädännöllisille toimille.¹⁸¹ SEUT 114 artiklan 1 kohdan nojalla Euroopan parlamentti ja neuvosto voivat säätää tavallisessa lainsäätämisyjärjestyksessä sisämarkkinoiden toteuttamista ja toimintaa koskevaa sekundaarinormistoa jäsenvaltioiden lainsäädännön lähentämiseksi, kun ovat kuulleet talous- ja sosiaalikomiteaa asiassa. SEUT 114 artiklan 3 kohdassa säädetään komission velvollisuudesta ottaa huomioon erityisesti kaiken tieteelliseen tietoon perustuvan uuden kehityksen ja suojelun korkean tason antaessaan mainitun artiklan 1 kohdassa tarkoitettuja terveyttä, turvallisuutta, ympäristönsuojelua tai kuluttajansuojaa koskevia ehdotuksia. Komissio katsoo direktiiviehdotuksessaan, että esitetty oikeusperusta on oikeutettu ehdotuksen sisällön ja sen tavoitteiden kannalta¹⁸².

Toissijaisuusperiaatteesta eli subsidiariteettiperiaatteesta säädetään SEU 5(3) artiklassa. Sen mukaisesti unioni toimii jaetun toimivallan aloilla¹⁸³ vain, jos jäsenvaltiot eivät voi riittäväällä tavalla saavuttaa asetettuja tavoitteita, vaan ne voidaan saavuttaa paremmin unionin tasolla. Tämän periaatteen tulkintaa ohjaa nk. annetun toimivallan periaate, josta säädetään SEU 5(2) artiklassa. Se tarkoittaa, että EU toimii ainoastaan jäsenvaltioiden sille perussopimuksissa antaman toimivallan rajoissa ja kyseisissä sopimuksissa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Siten toimivalta, jota perussopimuksissa ei ole annettu unionille, kuuluu jäsenvaltioille. SEU 5(1) artiklan mukaisesti unionin toimivalta määräytyy viimeksi mainitun periaatteen mukaisesti, ja tätä toimivaltaa unioni käyttää toissijaisuus- ja suhteellisuusperiaatteita noudattaen.

Suhteellisuusperiaate ilmaistaan SEU 5(4) artiklassa. Periaatteen mukaisesti ”unionin toiminnan sisältö ja muoto eivät saa ylittää sitä, mikä on tarpeen perussopimusten tavoitteiden saavuttamiseksi”. Se kohdistuu etenkin unionin toimielimiin niiden toimivaltaa rajoittaen¹⁸⁴. Direktiiviehdotuksessa tuodaan esille tarve unionin taosiselle sääntelylle, jotta vaatimukset korkealaatuisesta, turvallisesta ja tehokkaasta terveydenhuollosta täytyvät myös rajatylittävissä tilanteissa. Komission mukaan jäsenvaltiot eivät voi yksin ratkaista niitä ongelmia, joita rajatylittävään terveydenhuoltoon liittyy, koska kyse on yhteisön lainsäädännön selkeyden ja oikeusvarmuuden lisäämisestä. Siksi se katsoo, että direktiiviehdotus on toissijaisuusperiaatteen ja

181 Huomionarvoista on, että direktiivin oikeusperustana käytetään sisämarkkinoiden toteuttamista koskevaa määräystä ja kuitenkin direktiivi nimettiin ”potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa”. Oikeusperustaa koskevasta keskustelusta ks. esim. Sakslin 2008, 354 ja Goldner Lang 2009, 667.

182 KOM (2008) 414 lopullinen, 6.

183 Artiklan sanamuodon mukaan unioni toimii toissijaisuusperiaatetta noudattaen niissä asioissa, joissa sillä ei ole yksinomaista toimivaltaa; käytännössä kyse on jaetun toimivallan aloista; Raitio 2010, 213.

184 Raitio 2010, 288.

suhteellisuusperiaatteen mukainen.¹⁸⁵ Jäsenvaltioissa ehdotusta on arvosteltu siitä, että sillä kajotaan toissijaisuusperiaatteen ja SEUT 168(7) artiklan vastaisesti jäsenvaltioiden oikeuteen järjestää ja tarjota terveyspalveluita ja sairaanhoitoa alueellaan¹⁸⁶. Unionin tasoista sääntelyä kuitenkin tarvitaan, jotta EU-oikeuden yhdenvertainen soveltaminen ja kansalaisten yhdenvertainen kohtelu voidaan turvata, kun lisäksi tavoitteena on parantaa oikeusvarmuutta¹⁸⁷.

3.1.4 Sääntelyn tarkoitus ja soveltamisala

Potilaiden liikkuvuusdirektiivin kohteesta ja soveltamisalasta säädetään 1 artiklassa, jonka mukaisesti direktiivin tarkoituksena on selkeyttää säännöt turvallisen ja laadukkaan terveydenhuollon saamiseksi sekä edistää jäsenvaltioiden yhteistyötä terveydenhuollon alalla. Direktiiviä sovelletaan kaikkeen terveydenhuoltoon rahoitus-, tuottamis- ja järjestämistavasta riippumatta. Poikkeuksena direktiivin soveltamisalaan ovat pitkäaikaishoidon palvelut sekä elinsiirrot. Tartuntatauteja vastaan toteutettaviin julkisiin rokotusohjelmiin sovelletaan vain direktiivin IV luvun säännöksiä. Direktiivissä vahvistetaan jäsenvaltioiden kansallinen toimivalta ja velvollisuus terveydenhuollon järjestämisessä ja tarjoamisessa. Siten direktiivillä ei vaikuteta jäsenvaltioiden terveydenhuollon järjestämistä ja rahoittamista koskevaan sääntelyyn muutoin kuin terveydenhuollon rajatylittäviä tilanteita koskien. Näin ollen direktiivi ei velvoita jäsenvaltiota korvaamaan alueelleen sijoittautuneen terveydenhuollon tarjoajan kustannuksia, jos kyseinen tarjoaja ei kuulu jäsenvaltion sosiaaliturvajärjestelmään tai julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään.

Komission ehdotuksessa potilaiden liikkuvuusdirektiiviksi todetaan, että sen yleinen tavoite on selkeyttää valtioiden rajat ylittävän terveydenhuollon sääntelyä EU:ssa, koska terveyspalveluiden vapaan liikkuvuuden esteeksi on katsottu epävarmuus kustannusten korvaamisesta, kun hoitoa on haettu toisesta jäsenvaltiosta. Esimerkiksi monet korvaukseen oikeutetut potilaat eivät tietämättömyyttään olleet hakeneet korvausta. Direktiivin laajaa soveltamisalaa perustellaan ehdotuksessa muun muassa laatu- ja turvallisuusstandardien ulottamisella kaikkeen terveydenhuoltoon riippumatta organisointi, tarjoamis- tai rahoitusmuodosta.¹⁸⁸

Direktiivin säännöksistä voivat hyötyä ulkomailla tilapäisesti oleskelevat, raja-alueilla asuvat henkilöt, kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän ulkomaille hoitoon lähtevät potilaat, omatoomisesti muualta hoitoa hakevat henkilöt sekä eläkeläiset, jotka ovat siirtyneet toiseen jäsenvaltioon asumaan. Siten direktiivin henkilöllinen soveltamisala käsittää kaikki toiseen jäsenvaltioon hoitoon matkustavat potilaat, lukuun

185 KOM (2008) 414 lopullinen, 8–9.

186 Legido-Quigley ym. 2011, 365.

187 Sakslin 2008, 352.

188 KOM (2008) 414 lopullinen, 10.

ottamatta asetuksen (EY) N:o 883/2004 soveltamisen piiriin kuuluvia henkilöitä, kuten toiseen jäsenvaltioon lähetettyjä työntekijöitä. Lisäksi kaikki EU-kansalaiset hyötyvät direktiivin jäsenvaltioille asettamasta tiedonantovelvoitteesta, joka koskee muualla tarjottavaa terveydenhuoltoa.¹⁸⁹ Toistaiseksi potilaiden liikkuvuus Euroopan unionissa on ollut marginaalista jäsenvaltioiden terveydenhuollon kokonaisvolyymiin nähden. Suomesta hakeudutaan hoitoon muun muassa Viroon terveyskylpylöihin sekä hammaslääketieteelliseen hoitoon ja esteettiseen kirurgiaan.¹⁹⁰ Kannustimena hakeutua hoitoon Viroon nähdään hyvät yhteydet sekä halvemmat hinnat¹⁹¹. Potilaiden liikkuvuusdirektiivin voidaan olettaa jossain määrin lisäävän rajatylittävien terveydenhuoltopalveluiden käyttämistä.

Direktiivin 4 artiklan 1 kohdan mukaan terveydenhoitoon sovelletaan sen valtion lakia, jossa hoito annetaan. Tällöin tulee noudattaa hoitojäsenvaltion laatu- ja turvallisuusvaatimuksia sekä unionin turvallisuusvaatimuksia koskevaa lainsäädäntöä. Myös universaalisuus, laadukkaan hoidon saatavuus, oikeudenmukaisuus ja yhteisvastuullisuus tulee huomioida rajatylittävässä terveydenhuollossa. 4 artiklan 2 kohdassa säännellään yleisiä hoidolle asetettavia laatustandardeja, joiden on toteuduttava kaikissa jäsenvaltioissa. Sen sijaan potilaan asuinjäsenvaltion lainsäädännössä määritetään, mihin korvaukseen potilaalla on oikeus toisessa jäsenvaltiossa saadusta hoidosta aiheutuneista kustannuksista. Näitä kustannusten korvaamisen yleisiä periaatteita käsitellään seuraavaksi.

3.2 Rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaaminen potilaalle

3.2.1 Terveydenhuollon kustannusten korvaamisen pääperiaatteet

Potilaiden liikkuvuusdirektiivin 3 luvussa säädetään rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisesta. Toisessa jäsenvaltiossa annetun hoidon kustannusten korvaamisen yleisistä periaatteista, jotka perustuvat aiempaan unionin tuomioistuinten oikeuskäytäntöön, säädetään direktiivin 7 artiklassa. Vakuutusjäsenvaltion¹⁹² on varmistettava toisessa jäsenvaltiossa terveydenhuoltoa saaneelle vakuutetulle, että kyseisestä hoidosta aiheutuneet kustannukset korvataan hänelle. Tämä velvollisuus koskee kuitenkin vain sellaisia etuuksia, joista säädetään vakuutusjäsenvaltion lainsäädännössä (1 kohta)¹⁹³.

Vakuutusjäsenvaltio määrittää, millaisesta terveydenhuollosta aiheutuneista kustannuksista vakuutettu on oikeutettu saamaan korvauksen sekä mikä on korvauksen

189 Legido-Quigley ym. 2011, 364.

190 Glinos ja Baeten 2006, 12, 73; Kari ym. 2008, 73.

191 Jesse ja Kruuda 2006, 30.

192 Ks. vakuutusjäsenvaltion määritelmä direktiivin 3 artiklan c alakohdasta. Usein vakuutusjäsenvaltio on potilaan vakituinen asuinpaikan valtio.

193 Ongelmia saattaa syntyä siitä, että eri jäsenvaltioissa samankaltaisia tilanteita saatetaan hoitaa eri tavoin ja eri laajuisesti; Legido-Quigley ym. 2011, 365.

taso. Potilaan oikeus tähän korvaukseen on riippumaton siitä, missä terveydenhuolto tarjotaan (3 kohta). Vakuutusjäsenvaltiolla on velvollisuus korvata tai maksaa suoraan potilaan toisessa jäsenvaltiossa saaman terveydenhuollon kustannukset enintään siihen määrään, johon potilas olisi ollut oikeutettu, jos hän olisi saanut hoidon vakuutusjäsenvaltiossa¹⁹⁴. Tämän korvausmäärän ylittävältä osalta on vakuutusjäsenvaltion harkinnassa, korvaako se potilaalle aiheutuneet kustannukset esimerkiksi kokonaisuudessaan¹⁹⁵. Samoin rajatylittävän terveydenhuollon liitännäiskustannusten, kuten matka- ja majoituskustannusten, korvaaminen on vakuutusjäsenvaltion päätettävissä (4 kohta)¹⁹⁶. Jäsenvaltiolla on lisäksi mahdollisuus hyväksyä säännöksiä, joilla varmistetaan potilaiden oikeus samoihin oikeuksiin rajatylittävässä terveydenhuollossa kuin mihin heillä on oikeus saadessaan hoitoa vakuutusjäsenvaltiossa (5 kohta). Jotta vakuutusjäsenvaltio voi korvata potilaalle rajatylittävän terveydenhuollon käyttämisestä aiheutuneet kustannukset, sillä on oltava käytössään avoin mekanismi korvausten laskemiseksi. Avoimen mekanismin on perustuttava etukäteen tunnettuihin puolueettomiin ja syrjimättömiin perusteisiin (6 kohta).

Vakuutusjäsenvaltiolla on oikeus käyttää rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamiseksi samoja edellytyksiä, kelpoisuusperusteita sekä sääntely- ja hallinnollisia muodollisuuksia kuin mitä käytetään kansallisissa tilanteissa¹⁹⁷. Tällaiset edellytykset eivät saa olla syrjiviä eivätkä ne saa muodostaa perusteetonta estettä potilaiden, palvelujen tai tavaroiden vapaalle liikkuvuudelle. Poikkeuksena ovat sellaiset suunnitteluvaatimukset, jotka liittyvät siihen, että kyseisessä jäsenvaltiossa on ”riittävästi ja pysyvästi saatavilla monipuolista ja laadukasta hoitoa, tai pyrkimykseen hallita kustannuksia ja välttää mahdollisimman pitkälti rahoituksellisten, teknisten ja inhimillisten voimavarojen haaskaaminen” (7 kohta)¹⁹⁸. Lisäksi rajatylittävän terveydenhuollon korvaamista koskevien sääntöjen soveltamista voidaan rajoittaa yleistä etua koskevien pakottavien syiden takia, esimerkiksi 7 kohdassa mainittujen suunnitteluvaatimusten vuoksi (9 kohta). Tällaisten rajoitusten, joista on ilmoitettava komissiolle, on oltava välttämättömiä ja oikeasuhtaisia, eikä niiden nojalla saa mielivaltaisesti syrjiä ketään tai estää perusteettomasti tavaroiden, henkilöiden tai palvelujen vapaata liikkuvuutta (11 kohta). Jos rajatylittävään terveydenhuoltoon on saatu

194 Kustannusten korvaamisesta ks. esim. asia C-368/98, Vanbraekel, 44–45 kohta ja asia C-372/04, Watts, 129–132 kohta.

195 Tämä saattaa synnyttää eriarvoisuutta, sillä jotkut jäsenvaltiot voivat korvata kustannukset vain direktiivin minivaatimusten mukaisesti, kun taas toiset jäsenvaltiot saattavat korvata myös kaikki liitännäiskustannukset; Legido-Quigley ym. 2011, 366.

196 EYT:n oikeuskäytännön mukaisesti EY 49 artiklan (nyk. SEUT 56 art.) vastaisena pidetään, jos jäsenvaltion toimivaltainen laitos ei korvaa matka-, asumis- ja ylläpitokustannuksia rajatylittävässä terveydenhuollossa, jos nämä kustannukset korvataan, kun hoitoa annetaan kansalliseen järjestelmään kuuluvassa sairaalassa; ks. esim. asia C-466/04, Herrera, 38 kohta ja asia C-372/04, Watts, 139–140 kohta.

197 Direktiivin 7 artiklan 7 kohdassa mainitaan lakisääteiseen sosiaaliturvajärjestelmään tai kansalliseen terveysjärjestelmään kuuluvan lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön suorittama arvio potilaan sairaanhoidon tarpeesta. Kyseeseen voi tulla esimerkiksi lähetteen kirjoittaminen tai toisen lääkärinlausunnon pyytäminen; KOM (2008) 141 lopullinen, s. 17.

198 Suunnitteluvaatimuksista ks. asia C-157/99, Geraets-Smits ja Peerboms, 78–80 ja 306 kohta, asia C-385/99, Müller-Fauré ja van Riet, 91 kohta ja asia C-372/04, Watts, 71 kohta.

ennakkolupa, vakuutetulle on korvattava aiheutuneet kustannukset luvan mukaisesti yleistä etua koskevista pakottavista syistä riippumatta (10 kohta).

3.2.2 *Ennakkoluvan käyttäminen kustannusten korvaamisen edellytyksenä*

Rajatyöttävän terveydenhuollon kustannusten korvaaminen ei lähtökohtaisesti edellytä ennakkolupaa (7 artiklan 8 kohta). Pääperiaatteena on siten potilaiden vapaa liikkuvuus. Poikkeuksista pääsääntöön säädetään direktiivin 8 artiklassa seuraavasti:

Jäsenvaltiot saavat säätää ennakkolupajärjestelmästä, mutta sen on oltava välttämätön ja oikeasuhtainen tavoitteeseen nähden, eikä ennakkolupajärjestelmää saa käyttää mielivaltaisen syrjinnän välineenä taikka perusteettomana esteenä potilaiden vapaalle liikkuvuudelle (1 kohta)¹⁹⁹. Lisäksi ennakkolupajärjestelmää saa käyttää vain sellaisessa terveydenhuollossa, joka edellyttää 7 artiklan 7 kohdassa mainittujen perusteiden takia suunnittelua ja potilaan yöpymistä sairaalassa vähintään yhden yön ajan, tai pitkälle erikoistunutta ja kallista lääketieteellistä infrastruktuuria tai lääketieteellistä laitteistoa²⁰⁰. Jäsenvaltioiden on ilmoitettava komissiolle niistä terveydenhuoltoluokista, joissa suunnitteluvaatimusten vuoksi tarvitaan ennakkolupamenettelyä. Ennakkolupaa voidaan myös edellyttää sellaisessa terveydenhuollossa, jonka hoidot aiheuttavat potilaalle tai väestölle erityisen riskin, tai jos terveydenhuollon tarjoaja voi yksittäisissä tilanteissa aiheuttaa vakavaa ja erityistä huolta terveydenhuollon hoidon laadusta tai turvallisuudesta, mihin ei sovelleta turvallisuuden ja laadun vähimmäistasoa koskevaa unionisääntelyä (2 kohta). Vakuutetun hakiessa ennakkolupaa se on lähtökohtaisesti myönnettävä asetuksen (EY) N:o 883/2004 mukaisena, jos edellytykset sille täyttyvät, eikä vakuutettu toisin pyydä (3 kohta).

Potilailla on oikeus saada tietoa, millainen terveydenhuolto edellyttää direktiivin mukaisen ennakkoluvan. Siksi jäsenvaltioilla on velvollisuus julkaista kaikki asianmukaiset tiedot ennakkolupajärjestelmästä (7 kohta). Lähtökohtaisesti vakuutusjäsenvaltio ei voi evätä potilaalta ennakkolupaa, jos potilaalla on oikeus ennakkoluvalliseen terveydenhuoltoon hänen terveydentilansa, sairaushistoriansa ja sairauden todennäköisen kulun sekä objektiivisen lääketieteellisen arvioinnin perusteella silloin, kun lupaa on haettu tai hakemus uusittu. Lisäksi edellytetään, että tarpeellista hoitoa ei voida tarjota kyseisen jäsenvaltion alueella lääketieteellisesti hyväksyttävässä määräajassa (5 kohta)²⁰¹. Jos potilas potee tai hänen oletetaan potevan harvinaista sairautta, ja hän hakee ennakkolupaa, kyseisen alan asiantuntijat voivat tehdä kliinisen

199 Ennakkoluvasta ks. asia C-157/99, Geraets-Smits ja Peerboms, 75 kohta ja asia C-385/99, Müller-Fauré ja van Riet, 68 ja 83 kohta.

200 Pakottavista syistä rajoittaa palvelujen tarjoamisen vapautta sairaalahoitoa koskien ks. asia C-157/99, Geraets-Smits ja Peerboms, 72–74 ja 78–80 kohta ja asia C-372/04, Watts, 108–113 kohta.

201 Ennakkoluvasta ja sen epäämisen edellytyksistä ks. asia C-157/99, Geraets-Smits ja Peerboms, 90, 103–105 kohta ja asia C-385/99, Müller-Fauré ja van Riet, 90 ja 92 kohta.

arvioinnin. Jos kliinistä arviota ei voida tehdä vakuutusjäsenvaltiossa, se voi pyytää tieteellisiä neuvoja muilta jäsenvaltioilta (4 kohta).

Poikkeuksena edellä mainittuun, vakuutusjäsenvaltio voi evätä ennakkoluvan neljällä eri perusteella. Ensinnäkin, ennakkolupaa ei tarvitse myöntää, jos potilaaseen kohdistuu kliinisen arvioinnin mukaan kohtuullisen varmasti potilasturvallisuusriski, jota ei voida pitää hyväksyttävänä, kun otetaan huomioon etu, jonka potilas mahdollisesti saa hakemastaan rajatylittävästä terveydenhuollosta. Toisena perusteena ennakkoluvan epäämiselle on se, että suureen yleisöön kohdistuu kyseisen rajatylittävän terveydenhuollon vuoksi kohtuullisen varmasti merkittävä turvallisuusvaara. Kolmanneksi, ennakkoluvan voi evätä, jos rajatylittävän terveydenhuollon tarjoaja sellainen terveydenhuollon tarjoaja, joka aiheuttaa vakavaa ja konkreettista huolta hoidon laatua ja potilasturvallisuutta koskevien vaatimusten ja suuntaviivojen noudattamisesta sekä valvontasäännösten noudattamisesta riippumatta siitä, onko näistä vaatimuksista ja suuntaviivoista säädetty lainsäädännössä vai hoitojäsenvaltion vahvistamissa valtuutusjärjestelmissä. Viimeiseksi, jos kyseessä oleva terveydenhoito voidaan tarjota jäsenvaltion alueella kunkin asianomaisen henkilön nykyisen terveydentilan ja sairauden todennäköisen kehityksen kannalta lääketieteellisesti hyväksyttävässä määräjässä, ei ennakkolupaa toisessa jäsenvaltiossa saatavan hoidon korvattavuudesta tarvitse myöntää (6 kohta).

3.2.3 Hallinnolliset menettelyt rajatylittävässä terveydenhuollossa

Potilaiden liikkuvuusdirektiivin 9 artiklassa säädetään rajatylittävää terveydenhuoltoa koskevista hallinnollisista menettelyistä. Artiklan 1 kohdassa säädetään, että rajatylittävän terveydenhuollon käyttöä ja kustannusten korvaamista koskevien hallinnollisten menettelyiden on oltava puolueettomia, syrjimättömiä, välttämättömiä ja oikeasuhtaisia. Lisäksi menettelyiden on oltava helppokäyttöisiä ja niitä koskevien tietojen on oltava julkisesti saatavilla (2 kohta). Rajatylittävää terveydenhuoltoa koskevat pyynnöt on käsiteltävä kohtuullisessa ajassa, ja nämä määräajat on julkistettava etukäteen. Pyyntöä käsiteltäessä on otettava huomioon potilaan terveydentila sekä hoidon kiireellisyys ja muut yksittäiset olosuhteet (3 kohta). Rajatylittävän terveydenhuollon ennakkolupaa tai toisessa jäsenvaltiossa aiheutuneiden hoitokustannusten korvaamista koskevat yksittäiset päätökset on perusteltava asianmukaisesti. Tällaisista päätöksistä on oltava muutoksenhakumahdollisuus, sekä mahdollisuus riitauttaa päätös tuomioistuimen menettelyssä, jossa voidaan päättää myös väliaikaisista toimenpiteistä (4 kohta).²⁰² Direktiivillä ei ole tarkoitus rajoittaa jäsenvaltioiden oikeutta tarjota potilaille vapaaehtoista ennakkoilmoitusjärjestelmää, jossa potilas saa tällaisen ilmoituksen vastineeksi kirjallisen vahvistuksen arvioon perustuvien korvattavien kustannusten määrästä. Jäsenvaltiot voivat myös käyttää asetuksessa (EY) N:o 883/2004 säädettyä toimivaltaisten laitosten välistä korvausjärjestelmää. Jos

²⁰² Ennakkolupaa ja muita hallinnollisia menettelyitä koskevista vaatimuksista ks. asia C-157/99, Geraets-Smits ja Peerboms, 90 kohta, asia C-385/99, Müller-Fauré ja van Riet, 85 kohta ja asia C-372/04, Watts, 116 kohta.

kyseistä järjestelmää ei käytetä, vakuutusjäsenvaltion on varmistettava, että potilaat saavat korvauksen ilman kohtuutonta viivästystä (5 kohta).

Suomessa asuvan ja vakuutetun henkilön oikeutta korvaukseen direktiivin nojalla toisessa EU-jäsenvaltiossa saadun sairaanhoidon kustannuksista on arvioitava Suomen terveydenhuoltojärjestelmän valossa. Seuraavaksi käsitellään tämän järjestelmän pääpiirteitä.

4 SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄN PÄÄPIIRTEET

4.1 Julkinen terveydenhuolto ja asiakasmaksut

4.1.1 Terveydenhuollon järjestämis- ja kustannusvastuu kunnilla

Terveydenhuollossa potilaiden oikeudet voidaan palauttaa perustuslaintasoiseen sääntelyyn. Perustuslain 19.3 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä²⁰³. Keskeiset lait, joissa asiasta tarkemmin säädetään, ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, myöh. potilaslaki), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/599, myöh. ammattihenkilölaki), kansanterveyslaki (28.1.1972/66, myöh. KTL), erikoissairaanhoitolaki (1.12.1989/1062, myöh. ESHL) sekä uusi terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326, myöh. TervHL).

Kansanterveislain 5 §:n ja erikoissairaanhoitolain 3.1 §:n²⁰⁴ mukaisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestäminen on kuntien vastuulla. ESHL 3.1 §:n mukaan kunnan on kuuluttava johonkin erikoissairaanhoitopiiriin kuntayhtymään erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevan velvoitteen toteuttamiseksi. Terveydenhuoltolain 2 ja 3 luvuissa säädetään kuntien kansanterveystyöhön kuuluvista tehtävistä, joista aiemmin säädettiin KTL 14 §:ssä. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (3.8.1992/733) 4 §:n 1 momentin mukaisesti kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät itse, sopimusperusteisesti yhdessä yhden tai useamman kunnan kanssa, hankkimalla palvelut ostopalveluina taikka antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin. Viime kädessä kyse on valtion vastuusta PL 19.3 §:ssä säädettyjen velvollisuuksien toteuttamisessa lainsäädännön ja rahoituksen keinoin.

Järjestämis- ja kustannusvastuuta kuntien välillä rajaa nk. asumisperiaate. Kyseisen periaatteen mukaisesti kukin kunta vastaa terveyspalveluiden järjestämisestä asukkaalleen. Kunnan asukkailla tarkoitetaan henkilöitä, joilla on kunnassa kotipaikka.²⁰⁵ Tämä määräytyy kotikuntalain (11.3.1994/201) säännösten mukaisesti. Kotikuntalain 2 §:ssä ilmaistaan pääperiaate, jonka mukaan henkilön kotikunta on se kunta, jossa hän asuu. Jos tätä ei voida määrittää, henkilön kotikunnaksi katsotaan se kunta, jota hän itse pitää kotikuntanaan ja johon hänellä on kiinteä yhteys. Muun muassa perhe-suhteet, toimeentulo ja muut vastaavat seikat perustelevat kiinteää yhteyttä tiettyyn kuntaan. Kotikunta ei vaihdu tilapäisen oleskelun takia, jos toisessa kunnassa asumiselle on jokin 3 §:ssä mainittu peruste²⁰⁶. Pääsääntöisesti kunnalla on velvollisuus

203 Tämä perusoikeusmuotoilu käsittää toimeksiannon julkiselle vallalle. Se ei edellytä, että sosiaali- ja terveyspalvelut tulisi turvata subjektiivisina oikeuksina alemmantasoisella lainsäädännöllä; ks. Hallberg ym. 2011, 746.

204 ESHL 3 §:n 1 momentti on muutettu lailla 30.12.2010/1328, joka on tullut voimaan 1.5.2011. Muutoksessa on huomioitu uuden terveydenhuoltolain voimaantulo, ja sisällöllisesti momentti vastaa aiempaa muotoilua.

205 Tuori ja Kotkas 2008, 47.

206 Näitä perusteita ovat: 1) enintään yhden vuoden kestävä työtehtävä, opiskelu, sairaus tai muu näihin rinnastettava syy, 2) hoito perhehoidossa, laitoshoidossa tai asuminen asumispalvelujen avulla, 3) merillä olo laivaväkeen kuuluvana, 4) rangaistuksen suorittaminen rangaistuslaitoksessa, 5) eduskunnan tai valtioneuvoston jäsenyys tai muu julkinen

järjestää lakisääteiset palvelut vain asukkailleen. Erään poikkeuksen tästä asumisperiaatteesta muodostavat kiireelliset tilanteet. Terveystieteiden lain 50 §:n nojalla potilaalle on annettava kiireellinen sairaanhoito hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kyseinen oikeus vahvistetaan myös ESHL 30.2 §:ssä. Tällöin asumisperiaate väistyy nk. oleskeluperiaatteen tieltä. Myös muun muassa opiskelijaterveydenhuolto muodostaa poikkeuksen asumisperiaatteeseen oleskeluperiaatteen hyväksi.²⁰⁷

Kunnallisten terveystieteiden asiakasmaksut kattavat nykyisin osan palveluiden järjestämisestä kunnille aiheutuvista menoista²⁰⁸. Näiden maksujen perusteista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (3.8.1992/734, myöh. asiakasmaksulaki) ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa asetuksessa (9.10.1992/912, myöh. asiakasmaksuasetus). Osa terveydenhuollon palveluista on maksuttomia asiakasmaksulain 5 §:n nojalla. Maksullisten palveluiden asiakasmaksun määrää rajoittaa lain 2 §, jonka mukaisesti palvelusta perittävä maksu ei saa ylittää siitä aiheutuneita kustannuksia. Lisäksi lain 6 a §:ssä säädetään nk. maksukatosta, jonka tarkoituksena on rajata potilaan käyttämien terveystieteiden vuotuinen enimmäismäärä. Kun säädetty euromäärä, eli maksukatto, ylittyy, ovat kyseisen sääntelyn piiriin kuuluvat muut palvelut kyseiselle asiakkaalle maksuttomia loppuvuoden ajan. Vuoden 2012 alusta lähtien maksukatto on ollut 636 euroa²⁰⁹.

Kun kunnille säädetään lakisääteisiä velvollisuuksia, kuten vastuu asukkaidensa terveydenhuollosta, on huolehdittava myös kuntien tosiasiallisista taloudellisista edellytyksistä suoriutua näistä tehtävistä. Tämän rahoitus- eli kustannusvastaavuuden periaatteen mukaisesti perustuslaki edellyttää kustannusvastaavuutta valtion ja kuntien kesken. Tavallinen laki, jossa kunnan velvoitteesta säädetään, voi olla ristiriidassa perustuslain suojaaman kunnallisen itsehallinnon kanssa, jos esimerkiksi valtionosuuksilla²¹⁰ ei turvata kunnan edellytyksiä suoriutua lakisääteisen velvoitteen hoitamisesta. Perusoikeusuudistuksen yhteydessä perustuslakivaliokunta huomautti, että valtio ei voi vapautua vastuustaan jonkin oikeuden toteuttamisessa vain siirtämällä tavallisella lailla sitä koskevat tehtävät kunnille. Tämä tarkoittaa sitä, ettei perusoikeussäännöksillä voida määrittää kustannusvastuun jakautumisesta valtion ja kuntien välillä.²¹¹

luottamustoimi; tai 6) asevelvollisuuden tai siviilipalveluksen suorittaminen.

207 Tuori ja Kotkas 2008, 52.

208 Asiakasmaksujen osuus kunnallisten terveystieteiden rahoituksessa on korkea verrattuna muuhun Eurooppaan, joten luonnehdinta julkisten palveluiden maksuttomuudesta ei täysin pidä paikkaansa; Tuori ja Kotkas 2008, 282 ja Narikka 2006, 221.

209 SosTM:n ilmoitus eräistä indeksillä tarkistetuista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista ja kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelusetelistä (17.11.2011/1148).

210 Ks. laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta (29.12.2009/1704).

211 HE 309/1993 vp, 26; PeVM 25/1994 vp, 3; Hallberg ym. 2011, 724; Narikka 2006, 95.

4.1.2 Potilaan oikeus hoitoon

Potilaan oikeudesta hoitoon säädetään myös potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa. Lain 3 §:n²¹² nojalla jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaita on kohdeltava yhdenvertaisesti, eikä ketään saa syrjiä. Oikeutta hoitoon rajaa lainkohdassa oleva maininta terveydenhuollon kulloinkin käytettävissä olevista voimavaroista. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että kunta voi jättää hoitamatta lakisääteisten terveyspalveluiden järjestämisvelvollisuutensa, jos terveydenhuollon resurssit loppuvat kesken vuoden.²¹³ Potilaslain 3 §:n ilmaisulla käytettävissä olevista voimavaroista rajataan potilaan oikeutta mihin tahansa hoitoon, eikä potilaalla siten ole ehdotonta oikeutta tiettyyn hoitotoimenpiteeseen, jos sitä ei ole saatavilla. Potilas ei näin ollen voi myöskään vedota siihen, että hänen haluamaansa hoitoa on tarjolla ulkomailla.²¹⁴ Etenkin perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädetty julkisen vallan velvollisuus turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut määrittää potilaslain tulkintaa. Palveluiden riittävyys on suhteutettava sellaiseen palvelujen tasoon, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä²¹⁵.

Myös muu alemmantasoinen lainsäädäntö, kuten terveydenhuoltolaki, kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki, määrittää kunnan velvollisuuden laajuutta riittävien terveyspalveluiden järjestämisessä. Siten potilaslailla ei puututa kuntien lakisääteiseen velvollisuuteen järjestää asukkailleen terveyspalvelut. Kunnilla on velvollisuus järjestää potilaalle hänen terveydentilansa edellyttämä hoito, joka perustuu yksilölliseen tarvearvioon.²¹⁶ Potilaan oikeutta saada haluamaansa hoitoa rajoittaa hoidon tarpeellisuus, jonka määrittää lähtökohtaisesti terveydenhuollon ammattihenkilö²¹⁷ lääketieteellisesti hyväksytyjen kriteerien valossa²¹⁸. Potilaslain 3 §:n 1 momentissa säädetään lisäksi Suomessa tilapäisesti oleskelevien henkilöiden oikeudesta hoitoon. Heidän osaltaan on voimassa, mitä erikseen on säädetty tai valtioiden välillä vastavuoroisesti sovittu. Siinä viitataan muiden kansainvälisten sopimusten ohella myös Euroopan unionin sääntelyyn.

Potilaan itsemääräämisoikeus on terveydenhuollon peruseriaatteita. Tässä yhteydessä puhutaan myös potilaan tietoon perustuvan suostumuksen periaatteesta (informed

212 Potilaslain 3 §:n 1 ja 4 momenteja on muutettu lailla 30.12.2010/1335, joka on tullut voimaan 1.5.2011. Muutoksissa on huomioitu uuden terveydenhuoltolain voimaantulo, ja sisällöllisesti momentit vastaavat aiempaa muotoilua.

213 Narikka 2006, 552.

214 Lohiniva-Kerkelä 2007, 95–96.

215 HE 309/1993 vp, s. 71. Hallituksen esityksessä (HE 1/1998 vp) uudeksi Suomen Hallitusmuodoksi viitataan 19 §:n yksityiskohtaisissa perusteluissa silloisen voimassa olleen Hallitusmuodon 15 a §:n esitöihin ehdotetun pykälän vastatessa aiempaa säännöstä.

216 HE 77/2004 vp, 45.

217 Ks. laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559).

218 Narikka 2006, 552.

consent), vaikka kyseistä käsitettä ei käytetä laissa tai sen esitöissä.²¹⁹ Siitä säädetään potilaslain 5 ja 6 §:ssä. Potilaalle on annettava riittävästi tietoja hänen terveydentilastaan sekä kaikista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hoitopäätöksen syntymisessä. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos hän kieltäytyy tarjotusta hoidosta, on mahdollisuuksien mukaan käytettävä toista lääketieteellisesti perusteltua hoitokeinoa, edelleen yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tämä tarkoittaa potilaan suostumusta hoidon aloittamisesta, annettavan hoidon sisällöstä sekä hoidon lopettamisesta. Potilaan nimenomaista suostumusta ei kaikissa tilanteissa edellytetä, vaan kyse on ennen kaikkea potilaan informoimisesta sekä hänen oikeudestaan kieltäytyä tarjottavasta hoidosta.²²⁰ Potilaan itsemääräämisoikeus näyttää siten menevän lääkärin lakisääteisen ja ammattieettisen hoitovelvoitteen edelle²²¹.

Potilaiden liikkuvuusdirektiivin 5 artiklan b alakohdassa vahvistetaan potilaan tiedonsaantioikeutta rajatylittävän terveydenhuollon saamiseen liittyvistä oikeuksista sekä hoidosta aiheutuvien kustannusten korvausehdoista ja -edellytyksistä. Saman direktiivin 4 artiklan mukaisesti annettavat tiedot terveydenhuollon laatu- ja turvallisuusvaatimuksista sekä terveystalviteista ja niiden tarjoajista hyödyttävät niin toiseen jäsenvaltioon hoitoon hakeutuvia kuin myös omassa asuinjäsenvaltiossa hoitoa etsiviä henkilöitä²²².

4.1.3 Hoitotakuu

Terveydenhuoltolain 51–53 § sisältävät määräykset nk. hoitotakuun mukaisista enimmäisajoista, jonka puitteissa potilaalle on annettava hänen tarvitsemaansa kiireetöntä hoitoa. Uuden lain 51 ja 52 §:n säännökset vastaavat pääosin kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin sisältyneitä määräaikoja. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita koskevat määräajat hoitoon pääsyssä on otettu erikseen 53 §:ään. Myös lisätutkimusten aikarajoja täsmennettiin.²²³ Perusterveydenhuollon hoitotakuusta säädetään TervHL:n 51 §:ssä, jonka mukaisesti potilaalle on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun hän otti ensimmäisen kerran yhteyttä terveyskeskukseen. Läheteellä erikoissairaanhoidossa hoidettavan potilaan hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta hoitoyksikköön. Tarpeelliseksi arvioitu hoito on annettava potilaalle kohtuullisessa ajassa, viimeistään kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. Lääketieteellisen tarpeellisuuden lisäksi on otettava huomioon potilaan terveydentila

219 Tuori ja Kotkas 2008, 422.

220 Lohiniva-Kerkelä 2007, 113–114.

221 Narikka 2006, 557.

222 Legido-Quigley ym. 2011, 365.

223 HE 90/2010 vp, 146–147.

ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys²²⁴. Jos potilaan terveydentila ei vaarannu, kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää vielä kolmella kuukaudella suun terveydenhuollossa tai perusterveydenhuoltoon kuuluvassa erikoissairaanhoidossa, lukuun ottamatta lasten ja nuorten mielenterveyshoitoa.

Hoitotakuun asettamista enimmäisodotusajoista erikoissairaanhoidossa säädetään TervHL:n 52 §:ssä. Kiireellinen sairaanhoito on annettava sitä tarvitsevalle henkilölle välittömästi, mutta muussa tilanteessa edellytetään lähetettä. Kun lähete on saapunut hoitoyksikköön, hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa sen saapumisesta. Jos arviointi edellyttää lisätutkimuksia, kuten röntgen- tai laboratoriotutkimuksia, on tarvittavat tutkimukset suoritettava kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta. Kun arviointi on tehty, tarvittava hoito on annettava kohtuullisessa ajassa, viimeistään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut on järjestettävä kolmessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Hoitotakuulla täsmennettiin kunnan velvollisuutta järjestää asukkaidensa terveydentilan edellyttämä kiireetön hoito siten, että hoidon tarpeen arvioinnille ja lääketieteellisesti perustellun hoidon aloittamiselle säädettiin määräajat. Tämän jo aiemman lainsäädännön perusteella kunnalle kuuluvan velvollisuuden laiminlyönti on hoitotakuun myötä helpompi todentaa: kun määräaika ylittyy, hoitotakuuvelvoite katsotaan laiminlyödyksi.²²⁵ Hoitotakuun laiminlyönnin oikeusvaikutukset ovat kuitenkin jääneet monelta osin epäselväksi. Selkein syy tähän lienee se, että hoitotakuusäännösten valmisteluvaiheessa määräaikojen laiminlyönnin seurauksiin ei kiinnitetty riittävästi huomiota. Hallituksen esityksessä todetaankin, että ”esityksen tavoitteena on kuitenkin se, että kun hoitoon pääsy toteutettaisiin säädettävissä enimmäisajoissa, oikeuskeinoja ei tarvitsisi käyttää”²²⁶.

Jos kunta tai sairaanhoitopiiri ei itse pysty järjestämään tarvittavaa hoitoa, sen tulisi hankkia palvelu toiselta palveluntuottajalta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n mukaisesti tai annettava potilaalle tämän pyynnöstä ennakkolupa hakeutua hoitoon EU/ETA-maihin tai Sveitsiin ilman, että potilaan asiakasmaksu muuttuu²²⁷. Jälkimmäisestä säädetään TervHL 56 §:ssä, ja se vastaa kumottua ESHL 31 a §:ää, jossa aiemmin säädettiin ennakkoluvasta hoitoon hakeutumiseen EU- ja ETA-alueella tai Sveitsiin²²⁸. Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on estynyt järjestämään Suomessa hoitoa säädetyissä hoitotakuun mukaisissa

224 Vrt. potilaiden liikkuvuusdirektiivin 8 artiklan 6 kohta, jonka nojalla ennakkolupa toiseen jäsenvaltioon hoitoon hakeutumiseksi voidaan evätä, jos kyseinen terveydenhoito voidaan tarjota asianomaisen jäsenvaltion alueella potilaan nykyisen terveydentilan ja sairauden todennäköisen kehityksen kannalta lääketieteellisesti hyväksyttävässä määräajassa.

225 Suviranta 2006, 1262.

226 HE 77/2004 vp, 34.

227 HE 77/2004 vp, 29–30.

228 HE 90/2010 vp, 148.

enimmäisajoissa, sen on potilaan pyynnöstä annettava ennakkolupa hakeutua sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kustannuksella hoitoon Euroopan talousalueen jäsenvaltioon tai Sveitsiin (TervHL 56 §). Ennakkoluvan perusteena on otettava huomioon potilaan senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku. Muutoksenhaku tällaiseen päätökseen määräytyy hallintolainkäyttölain (26.7.1996/586) mukaisesti.²²⁹

Terveydenhuoltolain esitöissä huomautetaan, että ennakkolupa tulisi myöntää, jos toisessa EU-valtiossa annettava hoito on lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltavissa ja kyseistä hoitoa pidetään Suomessa hyväksyttynä hoitomuotona. Lupa voidaan evätä, jos hoito voidaan antaa potilaalle hoitotakuun mukaisten enimmäisaikojen puitteissa.²³⁰ Nykyisen säännöksen ja sitä asiallisesti vastanneen ESHL 31 a §:n valmisteluasiakirjoissa viitattiin unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntöön, jolla on vahvistettu, että sairaanhoitopalvelut kuuluvat palvelujen tarjoamisen vapauden soveltamisalaan. Lisäksi näissä hallituksen esityksissä viitattiin ennakkoluvan käyttämisen edellytyksiin ja luvan epäämisen perusteisiin.²³¹ TervHL 56 §:ssä siten vahvistetaan unionin tuomioistuimen linjauksia terveystalouden vapaasta liikkuvuudesta ja niiden rajoitusperusteista. Samalla se toimii kotimaisen hoitotakuun tehostimena ja uhkana: jos potilas ei voi saada tarvitsemaansa hoitoa hoitotakuun mukaisissa enimmäisajoissa, hänen tulisi pyynnöstään saada ennakkolupa hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon²³².

ESHL 31 a §:n esitöissä tuodaan esille ennakkolupajärjestelmän tarpeellisuus, koska tällöin kotimainen sairaanhoito säilyisi ensisijaisena hoitokäytäntönä ja terveydenhuollon resurssit voitaisiin käyttää tarkoituksenmukaisesti, ensisijaisesti Suomessa. Hallituksen esityksessä todetaan ennakkolupajärjestelmän myös lisäävän terveydenhuollon avoimuutta, kun ennakkoluvan edellytykset ovat ennalta määritellyjä. Sairaanhoitopiirien ostopalvelukäytäntöä ei säännöksellä muuteta, vaan ne voivat edelleen hankkia sairaanhoitopalveluita ostopalveluina ulkomailta.²³³ Sosiaali- ja terveystalouden ministeri totesi, että koska asetuksen 1408/71 22 artikla²³⁴ ei sisällä hoitoon pääsyä koskevia määräaikoja, on tärkeää, että potilaan oikeutta hoitoon pääsyyn vahvistetaan ESHL 31 a §:llä²³⁵.

Suviranta katsoo, ettei kotimaisen lainsäätäjän tarkoituksena näytä olleen perustaa hoitotakuulainsäädännöllä potilaalle oikeutta vaatia korvausta esimerkiksi muualta

229 Tätä säännöstä on arvioitava suhteessa potilaiden liikkuvuusdirektiivin säännöksiin; U 58/2008 vp, 7.

230 HE 90/2010 vp, 148.

231 HE 77/2004 vp, 43–44; HE 90/2010 vp, 148–149.

232 Sakslin 2003, 1208.

233 HE 77/2004 vp, 43.

234 Asetuksen (EY) N:o 883/2004 20 artiklassa ei myöskään ole hoitoon pääsyä koskevia aikarajoja. Ennakkoluvan voi mainitun artiklan nojalla saada, jos tarvittavaa hoitoa ei voida antaa potilaalle lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa. Tämä arvioidaan tapauskohtaisesti potilaan terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku huomioiden.

235 StVM 13/2004 vp, 6–7.

omatoimisesti hankitusta hoidosta aiheutuneista kustannuksista, jos hoidon antaminen on viivästynyt julkisen terveydenhuollon yksikössä²³⁶. Sen sijaan unionin tuomioistuimen oikeuskäytännön nojalla potilaalle näyttäisi tämä oikeus tietyin edellytyksin syntyvän myös omatoimisesti hankitun hoidon kustannuksista. Siksi hoitotakuusäännöksillä on merkitystä, kun arvioidaan potilaan oikeutta korvaukseen toisessa jäsenvaltiossa syntyneistä sairaanhoidon kustannuksista.

4.1.4 Potilaan valinnanmahdollisuuden laajentuminen

Toukokuun alussa 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki on osa sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudistusta. Laissa säädetään kunnan järjestämistä kuuluvaan terveydenhuollon toteuttamisesta ja sisällöstä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja rahoitusta koskeva sääntely jäi pois uudesta terveydenhuoltolaista. Julkisuudessa on esitetty erilaisia vaihtoehtoisia rahoitus- ja tuottamismalleja²³⁷. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamista pohtinut työryhmä luovutti loppuraporttinsa²³⁸ sosiaali- ja terveysministeriölle huhtikuun lopulla 2011. Työryhmä esittää vaihtoehtoisia malleja sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiselle, mutta katsoo, että ideaalinen malli järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto olisi riittävän iso ja vahva kunta, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko yhdistyy kunnan muuhun päätöksentekoon²³⁹.

Terveydenhuoltolain 6 luvussa säädetään hoitoon pääsystä. Uutta laissa on potilaan oikeuden valita hoitopaikkansa laajentuminen asteittain. Lain 47 §:ssä vahvistetaan kehykset kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnalle. Toukokuun alusta 2011 henkilö voi valita kuntansa sisällä sen terveystieteiden keskuksen, jonka terveysasemalta hän saa tarvitsemansa hoidon. Kun henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempikokaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, hän voi 2 momentin mukaan käyttää myös muun kuin oman kuntansa perusterveydenhuollon palveluja, mutta tällöinkin hoidosta vastaa hänen oma terveystieteiden keskuksensa. Sama koskee erikoissairaanhoitoa, jota potilas voi saada lähtökohtaisesti sen kunnallisen erikoissairaanhoiton toimintayksikön erityisvastuualueella, jossa hänellä on kotikunta. Hoitopaikka valitaan yhteisymmärryksessä erikoissairaanhoitoon lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa (3 mom.).

236 Suviranta 2006, 1263.

237 Ks. esim. Kuusi ym. Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Eduskunnan kanslian julkaisu 3, 2006.

238 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportti. STM 2011:7. Ks. myös eriävä mielipide työryhmän loppuraporttiin, *ibid.*, 78–81.

239 STM 2011:7, 66.

Lain esitöissä todetaan, että potilaan valinnanmahdollisuuden laajentamisen tavoitteena on varmistaa potilaan mahdollisuus saada tarvitsemaansa hoitoa oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Tämän lähtökohdan uskotaan parantavan järjestelmän asiakaslähtöisyyttä, palvelujen laatua ja turvallisuutta sekä tehokkuutta ja vaikuttavuutta.²⁴⁰ Myös sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus katsoo, että potilaan valinnanvapauden lisääminen takaa palveluiden paremman saatavuuden joustavasti ja asiakaslähtöisesti²⁴¹. Lisäksi potilaan valinnanmahdollisuutta laajentamalla hoitojonot saattaisivat lyhentyä ja luottamus julkisiin palveluihin lisääntyä. Myös potilaslain 6 §:ssä säädetty potilaan itsemääräämisoikeus puoltaa valinnanvapauden laajentamista. Potilas ei kuitenkaan voi valita tämän valintaoikeuden nojalla yksityisen sektorin palvelutuottajaa hoitopaikakseen.²⁴²

Potilaan oikeus valita hoitopaikkansa laajenee vuoden 2014 alusta. Laajennetusta kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnasta säädetään terveydenhuoltolain 48 §:ssä. Sen nojalla henkilö voi valita yhden perusterveydenhuoltoa antavan terveyskeskuksen sekä erikoissairaanhoidon erikoissairaanhoidon toimintayksikön koko maan alueelta vuoden välein. Valinnasta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä hoitovastuussa olevan kunnan että valitun kunnan terveyskeskukselle. Hallituksen esityksessä ilmaistaan, että valinnanvapauden asteittaista laajentamista puoltaa mahdollisuus seurata ja arvioida uuden järjestelmän toimivuutta. Asteittainen laajentaminen on kansainvälisestikin käytössä oleva tapa. Myös matkakustannusten korvattavuuteen liittyvät muutokset edellyttävät valinnanvapauden asteittaista käyttöönottoa.²⁴³ Viimeistään TervHL 48 §:n voimaantulon jälkeen on vaikeaa tai mahdotonta perustella liikkumismahdollisuuden rajoittumista vain Suomen rajojen sisäpuolelle, kun otetaan huomioon myös Euroopan unionin sääntely.

Terveydenhuoltolain 58 §:ssä säädetään potilaan kotikunnan vastuusta hoidon kustannuksiin. Sen mukaisesti hoidon järjestämisestä vastuussa olevan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on korvattava potilaan hoidosta aiheutuneet kustannukset, jotka ovat syntyneet kotikunnan ulkopuolisen kunnan tai sairaanhoitopiirin terveydenhuollon toimintayksikössä. Jos muualla lainsäädännössä säädetään toisin, noudatetaan kyseistä sääntelyä. TervHL 58 §:n 2 momentin mukaan korvauksen perusteena on tuotteistus tai tuotehinta, jolla kuntayhtymä laskuttaa jäsenkuntiansa, kuitenkin vähennettynä potilaan suorittamalla asiakasmaksulain mukaisella asiakasmaksulla ja mahdollisilla muilla toimintatuloilla. Lain esitöissä selvennetään, että hoidon antanut palvelutuottaja lähettää hoidon kustannuksista laskun potilaan kotikunnalle. Jos lasku on euromäärältään suurempi kuin kyseisen kunnan sairaanhoitopiirin tasausraja, tämän rajan ylittävä määrä voidaan lähettää sairaanhoitopiirin tasausmenettelyyn. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus voi antaa TervHL 58 §:n 2 momentin

240 HE 90/2010 vp, 140.

241 StVM 40/2010 vp, 6.

242 HE 90/2010 vp, 140, 142.

243 HE 90/2010 vp, 144.

nojalla asetuksen palvelujen korvausperusteista ja laskutusmenettelystä, koska kansallisesti sovittuja korvausperusteita ei ole ja erilaiset laskutuskäytännöt saattavat aiheuttaa epäselvyyttä perusteesta, jolla hoidon tuottaja laskuttaa asiakkaan kotikuntaa.²⁴⁴

4.2 Yksityinen palvelutuotanto ja sairausvakuutus julkisen terveydenhuollon täydentäjänä

4.2.1 Ostopalvelut

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisesti julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä²⁴⁵. Kunnallinen terveydenhuolto on tosiasiallista hallintotoimintaa²⁴⁶. Kun hallintotehtäviä luovutetaan muille kuin viranomaisille, on otettava huomioon perustuslain 124 §:n säännös, jonka mukaisesti: ”Julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle.” Koska sosiaali- ja terveydenhuolto on julkisen hallintotehtävän hoitamista, tulee tämä säännös huomioida näitä tehtäviä yksityistettäessä²⁴⁷. Vaikka kunta sopisi sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä yksityisen palvelutuottajan kanssa, lakisääteinen järjestämisvastuu säilyy kuitenkin edelleen kunnalla²⁴⁸. Tällaisessa tilanteessa on siten erotettava kunnan lakisääteinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu sekä näiden palveluiden tuottaminen²⁴⁹.

Kuten aiemmin on tuotu esille, sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n 1 momentin 4 kohdan nojalla kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hankkimalla palvelut ostopalveluina valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Myös kuntalain (17.3.1995/365) 2 §:n 3 momentti mahdollistaa lakisääteisten palveluiden hankkimisen muilta palvelujen tuottajilta. Kun kunta hankkii lakisääteisiä palveluita ostopalvelumallin mukaisesti, sen on noudatettava muun muassa julkisista hankinnoista annettua lakia. Potilaiden näkökulmasta ostopalveluina hankitut palvelut ovat kunnan järjestämiä, ja tällöin potilailta perittävät

244 HE 90/2010 vp, 151.

245 Säännöksen esitöissä ei määritellä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistapaa, joten se ei edellytä, että julkisyhteisöt huolehtisivat kaikkien sosiaali- ja terveyspalveluiden toteuttamisesta. Säännös kuitenkin velvoittaa riittävien palveluiden turvaamisesta lainsäädännöllä; HE 309/1993 vp, 71.

246 Mäenpää 2003, 123. Mäenpää luonnehtii tosiasialliseksi hallintotoiminnaksi sellaista suorittavaa toimintaa, jossa ei tehdä kirjallisia hallintopäätöksiä. Tällöin ei suoranaisesti vaikuteta yksilön oikeuksiin tai velvollisuuksiin, vaikkakin esimerkiksi hoitotoimenpide saattaa tosiasiallisesti rajoittaa henkilön itsemääräämisoikeutta.

247 Tuori ja Kotkas 2008, 54.

248 Narikka 2006, 118.

249 Tuori ja Kotkas 2008, 54.

maksut määräytyvät asiakasmaksulain ja -asetuksen mukaisesti.²⁵⁰ Sairaanhoitopiiri voi hankkia terveystalouden ostopalveluna myös ulkomailta; esimerkiksi joidenkin harvinaisten sairauksien kohdalla on menetely tällä tavalla²⁵¹. Potilaalle ei tällaisessa tilanteessa saa aiheutua lisäkustannuksia, koska hänelle ostopalvelutilanne vastaa hoidon saamista kotikunnassa tai kuntayhtymän sairaanhoitopiirissä²⁵².

4.2.2 *Palvelusetelit*

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n 1 momentin 5 kohdan nojalla kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat palvelut antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin. Näin kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut setelin arvoon asti. Palvelusetelien käyttöä määrittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annettu laki (24.7.2009/569, myöh. palvelusetelilaki). Mainitun lain 3 §:ssä määritetään palvelusetelin tarkoittavan järjestämisvastuussa olevan kunnan sosiaali- ja terveystalouden saajalle myöntämää sitoumusta korvata palvelujen tuottajan antaman palvelun kustannukset kunnan ennalta määräämään arvoon asti. Kyse on siten käyttötarkoitukseltaan sidotusta, julkisen vallan kanavoimasta ostovoimasta tiettyjä palveluita tarvitseville asiakkaille. Tällä tavalla laajennetaan asiakkaiden mahdollisuutta valita palvelujen toteuttaja. Se ei kuitenkaan sovellu käytettäväksi esimerkiksi vaativissa erikoissairaanhoidon toimenpiteissä.²⁵³

Asiakkaalla ei ole mahdollisuutta vaatia kunnalta palveluseteliä tarvitsemansa palvelun toteuttamistapana, mutta asiakas itse voi kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee muulla tavoin järjestää hänelle kyseinen palvelu²⁵⁴. Palvelusetelin käyttäjältä ei peritä asiakasmaksua, vaan hän maksaa omavastuuosuuksena palvelusetelin arvon ja palvelun hinnan välisen erotuksen²⁵⁵. Jos palvelun hinta on pienempi kuin palvelusetelin arvo, kunta on velvollinen suorittamaan palvelujen tuottajalle enintään asiakkaan ja palvelujen tuottajan sopiman hinnan palvelusetelilain 9 §:n nojalla. Lain 7 §:n mukaisesti palvelusetelin arvo tulee määrittää asiakkaan kannalta kohtuulliseksi. Arviointiin vaikuttaa muun muassa asiakkaalle jäävä omavastuuosuus ja kyseisen palvelun tuottamisen kustannukset kyseisessä kunnassa. Maksuttomiksi määrättyjen sosiaali- ja terveystalouksien käyttämiseen tarkoitettujen palvelusetelin arvo tulee määrittää siten, ettei asiakkaalle jää maksettavaksi omavastuuosuutta.

250 Narikka 2006, 121, 504.

251 StVL 16/2008 vp, 3.

252 Narikka 2006, 518.

253 Narikka 2006, 121–122.

254 Tuori ja Kotkas 2008, 55.

255 Narikka 2006, 229.

4.2.3 Lakisääteinen sairausvakuutus

Kunnan lakisääteisten terveystalveluiden järjestämisen ja tuottamisen erottelun lisäksi on myös eroteltava yksityisellä sektorilla toimivat terveystalveluja tarjoavat yhtiöt²⁵⁶, jotka eivät tuota kunnille lakisääteisiä terveystalveluita. Kun päävastuu terveydenhuollon järjestämisestä on kunnilla, yksityisen sektorin palvelutuotanto lähinnä täydentää julkista terveydenhuoltoa. Sen rahoitus perustuu pääosin asiakasmaksuihin ja sairausvakuutusjärjestelmään, sillä osa yksityisten terveystalvelujen käytöstä potilaalle aiheutuvista kustannuksista korvataan sairausvakuutuksesta. Näin ollen Suomessa on käytössä sekä asumisperusteinen kunnallinen terveydenhuoltojärjestelmä että vakuutusperusteinen sairausvakuutusjärjestelmä.

Sairausvakuutuslaissa (21.12.2004/1224, myöh. SVL) säädetään sairausvakuutuskorvauksista, jotka rajaavat merkittävästi yksityisten terveystalveluiden käyttämisestä potilaalle aiheutuneita sairauskustannuksia. Samalla tuetaan epäsuorasti palvelujärjestelmän käyttöä.²⁵⁷ Sairausvakuutuksesta maksettavia etuuksia ei voi käyttää kunnallisten terveystalveluiden yhteydessä, vaan nämä ovat toisensa poissulkevia järjestelmiä. Näin ollen sairausvakuutuskorvausta ei voi saada minkään sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n 1 momentin mukaisen kunnallisen terveydenhuollon järjestämistavan yhteydessä, vaikka terveystalvelun tuottajana olisi yksityinen palveluntuottaja.²⁵⁸ Sen sijaan lääke- ja matkakorvauksia voidaan maksaa sekä julkisella että yksityisellä sektorilla saadun hoidon yhteydessä²⁵⁹. Sairaanhoidon korvattavuutta koskevista muista rajoituksista säädetään SVL:n 2:3 §:ssä²⁶⁰.

Sairausvakuutusjärjestelmä on lakisääteinen ja sen piiriin kuuluvat kaikki Suomessa asuvat henkilöt lain 1 luvun 2 §:n nojalla. Sairausvakuutuslain mukaisia korvauksia maksetaan kuluista, jotka ovat aiheutuneet lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista, tarpeellisesta tutkimuksesta, hoidosta, reseptilääkkeistä sekä sairauden vuoksi tarpeellisista matkakustannuksista (SVL 2:1.1). Tosin SVL 4:1.3 §:n mukaisesti ulkomailla ja ulkomaille tehdyn matkan aiheuttamia kustannuksia ei korvata kyseisen lain perusteella²⁶¹. Sen sijaan matkakustannuksia voidaan korvata edellytysten täytyessä muun säädöksen, kuten täytäntöönpanoasetuksen (EY) N:o 987/2009 nojalla.

256 Ks. laki yksityisestä terveydenhuollosta (9.2.1990/152).

257 Arajärvi 2002, 163. Arajärvi kuitenkin huomauttaa, että vaikka SVL:n mukaisilla korvauksilla on yhteys PL 19.3 §:n julkiselle vallalle osoittamaan velvollisuuteen turvata riittävät sosiaali- ja terveystalvelut, pelkästään potilaan oikeus sairauskustannusten korvaamiseen ei turvaa PL 19.3 §:n edellyttämällä tavalla palvelujen tosiasiallista saatavuutta.

258 Narikka 2006, 120, 225.

259 Narikka 2006, 504.

260 Kyseisen kohdan mukaisesti sairausvakuutuksesta ei korvata muun muassa kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuja, yksityisistä terveydenhuoltopalveluista aiheutuneita hoitopäivä-, poliklinikka-, toimisto- tai muita vastaavia maksuja taikka yksityisen terveydenhuollon palvelujen kustannuksia, jos hoito on järjestetty kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tiloissa.

261 Potilaiden liikkuvuusdirektiivin voimaansaattaminen tulee merkitsemään muutosta tähän säännökseen.

SVL 2:2 §:ssä säädetään korvattavuuden yleisistä periaatteista, omavastuuosuudesta ja tarpeellisuusperiaatteesta. Vakuutetulla on oikeus saada korvausta tarpeellisista sairaanhoidon kustannuksista omavastuuosuuden ylittävältä osalta. Tarpeellisuusperiaatteen mukaisesti tarpeettomia kustannuksia on vältettävä, mutta vakuutetun terveydentilaa ei kuitenkaan tämän takia saa vaarantaa.²⁶² SVL 15:3 §:n mukaisesti korvaus (yksityisen) sairaanhoidon kustannuksista on haettava kuuden kuukauden kuluessa maksun suorittamisesta. SVL 3:4 §:ssä säädetään, että lääkärin ja hammaslääkärin tutkimus- ja hoitopalkkiosta korvataan 60 prosenttia vahvistetusta korvaustaksasta. Jos palkkio on suurempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvaus maksetaan vahvistetun taksan mukaisesta määrästä.

Sairausvakuutusjärjestelmän hyvinä puolina nähdään sen edullisuus ja potilaiden valinnanvapauden laajentuminen. Sairaanhoitokorvauksiin liittyy kuitenkin muun muassa sosiaalista ja alueellista eriarvoisuutta lisääviä ongelmia, koska hyvätuloiset saavat sairausvakuutuskorvauksia huomattavasti enemmän alempiin tuloluokkiin nähden. Lisäksi yksityisen terveydenhuollon palveluntarjoajat ovat keskittyneet suuriin kaupunkeihin, joten korvausten alueellinen jakautuminen on epätasainen. Sairausvakuutuskorvaukset nostavat terveyspalvelujen hintoja, koska niitä käyttävät henkilöt saavat maksamastaan markkinahinnasta osan sairausvakuutuskorvauksena takaisin.²⁶³

262 Narikka 2006, 504.

263 STM 2006:1,104.

5 POTILAALLE KORVATTAVAT KUSTANNUKSET TOISESSA JÄSENVALTIOSSA ANNETUSTA HOIDOSTA

5.1 Lähtökohtia

Suomessa asuvalla sairausvakuutetulla henkilöllä on tällä hetkellä viisi tapaa saada hoitoa Euroopan unionin alueella. Ensinnäkin, potilas voi hakeutua ennakkoluvulla hoitoon toiseen EU- tai ETA-maahan taikka Sveitsiin sosiaaliturvan koordinaatiota koskevien säännösten nojalla. Toiseksi, henkilö voi hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon ilman ennakkolupaa ja hakea jälkikäteen sairaanhoitokorvauksia aiheutuneista kustannuksista EUT:n oikeuskäytännön nojalla. Kolmanneksi, asukkaansa terveydenhuollosta vastuussa oleva kunta tai sairaanhoitopiiri voi hankkia tarvittavan palvelun toisesta maasta ns. ostopalveluna sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n 1 momentin nojalla. Neljäntenä vaihtoehtona on TervHL 56 §:n nojalla myönnettävä ennakkolupa. Viides vaihtoehto on potilaan mahdollisuus hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon omatoimisesti täysin omalla kustannuksellaan. Kun potilaiden liikkuvuusdirektiivi on saatettu osaksi kansallista lainsäädäntöä, potilaalla on mahdollisuus hakeutua sairaalahoitoon direktiiviin perustuvalla ennakkoluvulla ja ilman ennakkolupaa sairaalan ulkopuoliseen hoitoon.

Potilaiden liikkuvuusdirektiivin 7 artiklan 3 kohdan mukaan jäsenvaltiot määrittävät kansallisesti, millaisesta terveydenhuollosta potilas on oikeutettu saaman korvauksen ja mikä on suoritettavan korvauksen taso. Direktiivin 7 artiklan 1 kohdan nojalla potilaalla on oikeus korvaukseen toisessa jäsenvaltiossa saadusta hoidosta, jos kyseinen hoito korvataan valtiossa, jossa potilas on vakuutettuna. Siten ensiksi on määritettävä, mikä hoito kuuluu korvattavan terveydenhuollon piiriin. Tämä kysymys ratkaistaan lääketieteellisin ja terveystieteellisin perustein, enkä siksi käsittele sitä tutkielmassani. Toiseksi, kansallisesti on määritettävä ne hoidosta aiheutuneet kustannukset, joista potilaalla on oikeus saada korvausta sekä korvausten taso. Näihin kysymyksiin syvennyn tässä luvussa. Ensiksi selvitän, mihin korvaukseen potilaalla on oikeus nykykäytännön mukaisesti ennakkoluvulla tapahtuvassa hoitoon hakeutumisessa sekä omatoimimisessa hoitoon hakeutumisessa. Sen jälkeen käsitelen direktiivin implementoinnin jälkeistä asiantilaa. Siten selvitettäväksi tulee, täyttääkö sairausvakuutuslain nojalla myönnettävä korvaus direktiivin edellytykset, vai aiheuttaako direktiivin implementointi muutoksia nykykäytäntöön.

5.2 Korvaustason nykytila

5.2.1 Ennakkoluvulla saadun sairaanhoidon kustannusten korvaaminen

EU:n sosiaaliturvan koordinaatioasetuksella (EY) N:o 883/2004 ja sen täytäntöönpanoasetuksella (EY) N:o 987/2009 parannettiin vakuutetun oikeutta hakeutua ennakkoluvulla hoitoon toiseen EU:n jäsenvaltioon²⁶⁴. Sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen

264 Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset (EY) N:o 883/2004, annettu 29.4.2004, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta, johdanto-osan 21 perustelukappale, EYVL L 166, 30.4.2004, 6.

20 artiklassa säädetään, että jos vakuutettu on saanut toimivaltaiselta laitokselta luvan mennä sairaanhoitoon toiseen jäsenvaltioon, hän on oikeutettu luontoisuuksiin, jotka oleskelupaikan laitos myöntää toimivaltaisen laitoksen puolesta ja soveltamansa lainsäädännön mukaisesti. Tämä vastaa sitä, että hoitoon hakeutunut henkilö olisi ikään kuin vakuutettu oleskelupaikan, jossa hän saa hoitoa, lainsäädännön mukaisesti. Tällöin potilas saa hoitoa samoilla ehdoilla ja maksuilla kuin kyseisessä jäsenvaltiossa vakuutettu henkilö. Potilaan itsensä maksettavaksi jää siten mahdollinen toisessa jäsenvaltiossa perittävä asiakasmaksu. Sosiaaliturvan koordinaatioasetuksiin perustuva ennakkoluvallinen oikeus sairaanhoitokorvauksiin toisessa jäsenvaltiossa aiheutuneista sairaanhoitokustannuksista on merkittävä oikeus, koska henkilö, joka ei ole vakuutettu hoitoa antaneessa jäsenvaltiossa saattaisi muutoin joutua maksamaan saamastaan hoidosta huomattavia summia.²⁶⁵

Ennakkolupa on aina myönnettävä asetuksen 883/2004 20 artiklan 2 kohdan toisen virkkeen mukaisissa tilanteissa, jos toisessa EU-valtiossa annettavaa hoitoa olisi tarjolla vakuutetun omassa asuinjäsenvaltiossa, mutta jos vakuutetulle ei voida antaa tällaista hoitoa siellä lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa, kun otetaan huomioon vakuutetun sen hetkinen terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku. Tuori on luonnehtinut tätä potilaan oikeutta ennakkolupaan eräänlaiseksi hoitotakuujärjestelmäksi, koska potilaalle syntyy ehdoton oikeus saada ennakkolupa, jos hoitoa ei voida antaa hänelle lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa hänen asuinjäsenvaltiossaan ja jos kyseinen hoito kuuluu asuinjäsenvaltion lainsäädännössä vahvistettuihin etuuksiin.²⁶⁶

Sosiaaliturva-asetuksessa (ETY) N:o 1408/71, jota sovelletaan edelleen EU:n ulkopuolisissa ETA-maissa ja Sveitsissä liikkuviin henkilöihin sekä kolmansista maista tulleisiin henkilöihin, säädetään sen 22 artiklan 1 kohdan c alakohdassa tarpeesta mennä toiseen jäsenvaltioon tarkoituksena saada asianmukaista hoitoa. Säännös vastaa asiallisesti uuden sosiaaliturva-asetuksen 20 artiklan säännöstä. Se on tärkeä erityisesti tilanteissa, joissa henkilön asuin- tai oleskeluvaltiossa saatavilla oleva hoito ei ole yhtä tehokasta kuin toisessa jäsenvaltiossa annettava hoito olisi. Hoidon tarpeellisuutta, kiireellisyyttä ja laadukkuutta koskeva arviointi on tehtävä lääketieteellisin perustein. Hoitoa antavassa maassa ei ole tarkoituksenmukaista tutkia ennakkoluvan edellytysten täyttymistä, koska luvan myöntänyt laitos vastaa hoidon kustannuksista kokonaisuudessaan.²⁶⁷ Ennakkolupaa ei saa evätä potilaalta taloudellisin perustein, jos katsotaan, että toisessa EU/ETA-valtiossa tai Sveitsissä tarjottava hoito on liian kallista. Muodollisesti ei vaadita, että eri jäsenvaltioiden laitokset tekevät sopimuksen ennakkoluvan mukaisesta hoidosta ja sen antamisesta, mutta käytännössä tällaisia sopimuksia on tehty.²⁶⁸

265 Sakslin 2007, 323–324.

266 Tuori ja Kotkas 2008, 301; myös Tuori 2004, 298.

267 Sakslin ym. 1998, 146–148.

268 Westerhäll 1995, 220–221.

Sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen 883/2004 täytäntöönpanoasetuksen 987/2009 26 artiklan 8 alakohdassa säädetään, että toimivaltainen laitos vastaa myös vakuutetun hoitoon erottamattomasti liittyvistä matka- ja oleskelukustannuksista, jos tällaisista etuuksista säädetään kansallisessa lainsäädännössä. Mainitut kustannukset on korvattava sekä hoitoa saaneelle vakuutetulle että tarvittaessa hänen saattajalleen, kun ennakkolupa on myönnetty toisessa jäsenvaltiossa annettavaa hoitoa varten. Suomessa näistä korvauksista säädetään sairausvakuutuslain 4 luvussa. Uusia asetuksia on alettu soveltaa 1.5.2010, ja tästä lähtien Kansaneläkelaitos on korvannut toisessa jäsenvaltiossa ennakkoluvalla saadusta hoidosta aiheutuneet matka- ja oleskelukustannukset noudattamalla kansallisia taksoja. Ennen 1.5.2010 ulkomaille tai ulkomaille tehdyn matkan aiheuttamia kustannuksia ei ole korvattu sairausvakuutuslain perusteella; poikkeuksena on ollut rajaseudulla tehtyjen matkojen kustannusten korvaaminen.²⁶⁹

Potilasta hoitava terveydenhuoltoyksikkö voi antaa TervHL 56 §:n nojalla muun kuin asetukseen 882/2004 perustuvan ennakkoluvan hakeutua hoitoon ulkomaille. Ennakkoluvan myöntää sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, ja se myös vastaa aiheutuneista kustannuksista. Ajatuksena on, että potilaan asiakasmaksu ei muuttuisi²⁷⁰. TervHL 56 §:n mukaisen ennakkoluvan voi saada, jos hoitoa ei voida antaa Suomessa asianomaiselle potilaalle hoitotakuun mukaisissa enimmäisajoissa.²⁷¹ Näin ollen asetuksen 883/2004 20 artiklan ja TervHL 56 §:n nojalla annettavien ennakkolupien myöntämisperusteet ja kustannusten korvaamisen taso poikkeavat toisistaan.

5.2.2 Korvaukset omatoimisesti hankitun sairaanhoidon kustannuksista

Vuoden 2006 toukokuun alussa voimaan tullessa sairausvakuutuslain muutoksessa on huomioitu unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntö toisessa jäsenvaltiossa saadun sairaanhoidon korvattavuudesta. Unionin tuomioistuimen päätöksien sisällön tulkittamisesta ei ole jäsenvaltioiden keskuudessa yksimielisyyttä. Suomessa on katsottu, että mainitulla oikeuskäytännöllä ei ole vaikutusta julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään ja siksi sen mukainen korvausvelvollisuus ei ole koskenut kunnallista terveydenhuoltoa.²⁷² Myös Ruotsissa alkuun ajateltiin, ettei unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntö koske julkista terveydenhuoltojärjestelmää²⁷³. Omatoimisesti ilman ennakkolupaa toisesta jäsenvaltiosta hankitun sairaanhoidon kustannuksista voi Suomessa saada vain sairausvakuutuskorvauksia. Sairausvakuutuslain 2 luvun 6 §:ssä säädetään ulkomaille annetun hoidon korvaamisesta seuraavasti:

269 HE 90/2010 vp, 144.

270 HE 77/2004 vp, 29–30.

271 Ks. tästä ennakkoluvasta tarkemmin luvusta 4.1.3.

272 STM 2003:22, 39; Narikka 2006, 518.

273 Martinsen ja Blomqvist 2009, 306.

Vakuutetulla on oikeus saada tämän lain mukainen korvaus muualla kuin Suomessa annetusta sairaanhoidosta, jos vakuutettu on ulkomailla ollessaan sairastunut tai joutunut raskauden tai synnytyksen vuoksi hoidon tarpeeseen eikä hän ole vakuutettu hoitoa antaneessa valtiossa tai hänellä ei ole ollut oikeutta sairaanhoitoon tai korvaukseen sairaanhoidon kustannuksista oleskeluvaltiossa samojen ehtojen mukaisesti kuin annettaessa hoitoa siinä valtiossa vakuutetulle henkilölle.

Edellä 1 momentista poiketen vakuutetulla on oikeus saada korvausta siten kuin 3 luvussa säädetään sairauden hoidosta aiheutuneista tutkimuksen ja hoidon kustannuksista, kun hoito on annettu Euroopan unionin jäsenvaltiossa tai valtiossa, jossa sovelletaan Euroopan yhteisön lainsäädäntöä.

Ulkomailla annetusta sairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset korvataan enintään siihen määrään saakka, joka olisi korvattu, jos hoitoa olisi annettu Suomessa. Jos vakuutettu on saanut ulkomailta korvausta samoista sairaanhoidon kustannuksista, joista hän hakee tämän lain mukaista korvausta, vakuutetulle maksetaan korvausta tämän lain perusteella vain siltä osin kuin sen määrä ylittää ulkomailta maksetun korvauksen.

Ulkomailla syntyneiden kustannusten korvaaminen edellyttää, että tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut lääkäri, hammaslääkäri taikka lääkärin tai hammaslääkärin määräyksen nojalla 1 luvun 4 §:n 1 momentin 2 kohdassa mainittu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on oikeus harjoittaa ammattiaan laillistetuna ammattihenkilönä valtiossa, jossa hoito on annettu. Ulkomailla syntyneistä kustannuksista voidaan suorittaa korvausta myös, jos toimenpide on lääkärin tai hammaslääkärin määräyksen nojalla tehty terveydenhuollon toimintayksikössä, joka täyttää asianomaisen valtion lainsäädännössä säädetty edellytykset.

SVL:n 2 luvun 6 §:n 2 momentin nojalla vakuutetulla on oikeus saada korvausta sairauden hoidosta aiheutuneista tutkimuksen ja hoidon kustannuksista, kun hoito on annettu EU:n jäsenvaltiossa tai valtiossa, jossa sovelletaan unionin lainsäädäntöä. Edellä mainitussa kohdassa viitataan vain SVL:n 3 luvun mukaisiin hoito- ja tutkimuskorvauksiin. Tämän takia on katsottu, ettei vakuutetulle synny kyseisen §:n tarkoittamassa tilanteessa oikeutta 4 luvun mukaisiin matkakorvauksiin tai 5 luvun mukaisiin lääkekorvauksiin. Siten Kansaneläkelaitos ei korvaa ulkomailla syntyneitä matka-, asumis- ja muita kustannuksia, kun hoitoa on haettu ulkomailta omatoimisesti.²⁷⁴ Hoito- ja tutkimuskustannukset korvataan enintään siihen määrään saakka, joka olisi korvattu, jos hoitoa olisi annettu Suomessa, ja siitä vähennetään mahdolliset ulkomailta saadut korvaukset.

Sairausvakuutuslain esitöissä todetaan, että EY-tuomioistuimen antamien päätösten Decker (C-120/95) ja Kohll (C-158/96) takia pykälän sanamuotoa muutettiin vastamaan EY-tuomioistuimen vakiintunutta oikeuskäytäntöä. Sairanhoitokustannukset

korvataan asetettujen edellytysten täyttyessä, vaikka vakuutetulla olisi oikeus hoitoon myös asetuksen (ETY) N:o 1408/71 perusteella. Vakuutetulle on kuitenkin yleensä edullisempaa valita hoito tai korvaus asetuksen 1408/71 mukaisesti.²⁷⁵ Tämä johtuu siitä, että tällä hetkellä toisessa jäsenvaltiossa omatoimisesti ilman ennakkolupaa hankitusta hoidosta aiheutuneista kustannuksista saa korvausta kuin jos hoito olisi annettu Suomessa yksityisellä terveystalouden tuottajalla. Sairausvakuutuslain mukainen korvaus kattaa vain osan todellisista kustannuksista.

5.3 Korvaustaso direktiivin implementoinnin jälkeen

5.3.1 Korvaus ennakkoluvalla saadun hoidon kustannuksista

Kun potilaiden liikkuvuusdirektiivi on saatettu osaksi kansallista lainsäädäntöä, potilaalla on mahdollisuus ennakkolupaan sekä sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen että mainitun direktiivin nojalla. Lisäksi hoitotakuun aikarajojen ylityttyä potilas voi pyytää hoidosta vastuussa olevalta sairaanhoitopiiristä kuntayhtymältä TervHL 56 §:n nojalla myönnettävää ennakkolupaa. Direktiivin 8 artiklan 3 kohdassa lähtökohtana on, että asetuksen (EY) N:o 883/2004 mukainen ennakkolupa on ensisijainen, edellyttäen, että asetuksessa säädetyt edellytykset ennakkoluvan myöntämiselle täyttyvät ja että potilas itse ei toisin pyydä. Korvaustasoa asetuksen 883/2004 mukaisella ennakkoluvalla saadun hoidon kustannuksista on käsitelty luvussa 5.2.1. Jos edellytykset sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen mukaiselle ennakkoluvalla eivät täyty tai jos potilas haluaa ennakkoluvan direktiivin mukaisena, tulevat sovellettaviksi direktiivin säännökset. Direktiivin mukaan ennakkolupaa voidaan vaatia vain 8 artiklan 2 kohdassa määritellyissä tilanteissa, eli lähinnä sairaalahoidossa, kun taas sosiaaliturva-asetuksen mukainen ennakkolupa vaaditaan lähtökohtaisesti kaikkeen rajatylittävään terveydenhuoltoon, lukuun ottamatta kiireellistä hoitoa.

Direktiivin 7 artiklan 3 kohdassa säädetään jäsenvaltioiden toimivallasta määrittää, millaisen terveydenhuollon kustannuksista vakuutettu on oikeutettu saamaan korvauksia sekä mikä on näiden korvausten taso. Tällöin merkitystä ei ole annettava sille, missä EU-jäsenvaltiossa terveydenhuolto tarjotaan. Kohdassa 4 säädetään vakuutusjäsenvaltion velvollisuudesta korvata tai maksaa suoraan potilaan toisessa jäsenvaltiossa saaman terveydenhuollon kustannukset enintään siihen määrään, johon potilas olisi ollut oikeutettu, jos hän olisi saanut hoidon vakuutusjäsenvaltiossa.

Tapauksessa Watts unionin tuomioistuin totesi, että julkisen terveydenhuoltojärjestelmän velvollisuutta korvata toisessa jäsenvaltiossa annettavan sairaalahoidon kustannukset on verrattava niihin edellytyksiin, joiden nojalla kyseinen järjestelmä tarjoaa terveydenhoitopalveluita oman sairaalaverkostonsa piirissä. Toisin sanoen toisessa jäsenvaltiossa annettavan sairaalahoidon kustannusten korvaamisen edellytyksiä ei voida verrata siihen, miten kyseisessä jäsenvaltiossa korvataan yksityisten

sairaanhoitopalveluiden käyttämisestä syntyneitä kustannuksia.²⁷⁶ Tuomioistuimen mukaan palveluiden vapaata liikkuvuutta koskevat perustamissopimuksen määräykset soveltuvat tilanteeseen, jossa potilas hakeutuu asuinjäsenvaltion ulkopuolelle sairaalahoitoon ja pyytää jälkikäteen korvauksia aiheutuneista kustannuksista riippumatta siitä, miten hänen asuinjäsenvaltiossaan käytössä oleva terveydenhuoltojärjestelmä toimii²⁷⁷. Esitetyt näkökohdat soveltuvat nähdäkseni myös sairaalan ulkopuolella annettavaan sairaanhoitoon, kun otetaan huomioon EUT:n linjaukset muissa terveydenhuoltoa koskevissa ratkaisuisissa.

Valtioneuvoston kirjelmässä eduskunnalle ehdotuksesta Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi rajatylittävässä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista todetaan, että unionin tuomioistuimen oikeuskäytännöllään muovaamat linjaukset ovat korostaneet potilaiden oikeuksia. Kun kansallisesti ratkaistaan, mihin korvaukseen potilaalla on direktiivin nojalla oikeus, tulisi tällöin valita potilaalle edullisin vaihtoehto. Unionin oikeuskäytäntö huomioiden tämä tarkoittaisi käytännössä julkisen terveydenhuollon käyttämisen mukaista korvaustasoa.²⁷⁸ Myös uuden terveydenhuoltolain esitöissä on tuotu tämä näkökanta esille²⁷⁹. Edellä sanottuun nähden näyttää siltä, että nykykäytännön mukainen sairausvakuutuskorvaus toisessa jäsenvaltiossa syntyneistä sairaanhoidon kustannuksista ei täytä direktiivin asettamia velvollisuuksia rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisesta. Tämän edellyttämä muutos tulee aiheuttamaan laajempia seurauksia terveystalouden järjestelmälle Suomessa²⁸⁰.

Direktiivin 7 artiklan 4 kohdan sanamuoto ” – – korvattava – – kustannukset enintään siihen määrään saakka, jonka vakuutusjäsenvaltio olisi korvannut, jos kyseinen terveydenhuolto olisi tarjottu sen alueella – – ” tukee mainittua tulkintaa²⁸¹. Tällöin potilaalle itselleen jää maksettavaksi kotikuntansa julkisen terveydenhuollon käyttämisestä perittävä asiakasmaksu sekä kustannukset, jotka ylittävät kotimaassa saatavan hoidon kustannukset. Direktiivi ei kuitenkaan estä näiden kustannusten korvaamista, vaan 7(4) artiklan mukaan vakuutusjäsenvaltio voi korvata potilaalle aiheutuneet kokonaiskustannukset, vaikka ne ylittäisivät niiden kustannusten tason, jotka olisi korvattu, jos terveydenhoito olisi tarjottu kyseisen valtion alueella.²⁸²

276 Asia C-372/04, Watts, 100 kohta.

277 Asia C-372/04, Watts, 90–91 kohta.

278 U 58/2008 vp, 8.

279 HE 90/2010 vp, 67.

280 Ollila ja Koivusalo 2009, 36.

281 Ks. englanninkielinen toisinto, jonka mukaan: ” – – shall be reimbursed – – up to the level of costs that would have been assumed by the Member State of affiliation, had this healthcare been provided in its territory – – ”. Ks. myös potilaiden liikkuvuusdirektiivin 2011/24/EU johdanto-osan 29 ja 34 perustelukappale, EUVL L 88, 4.4.2011, 48–49.

282 Valtioneuvoston kirjelmässä (U 58/2008 vp, 8) esitetty huoli, että direktiiviä tulkittaisiin siten, ettei toisesta jäsenvaltiosta hankitusta hoidosta saa aiheutua potilaalle enempää kustannuksia kuin Suomessa potilaan kotikunnan järjestämästä hoidosta aiheutuisi, ei näyttäisi direktiivin 7 artiklan sanamuotoon nähden olevan aiheellinen.

Matka-, majoitus- ja muista liitännäiskustannuksista direktiivissä säädetään, että vakuutusjäsenvaltio voi päättää korvata liitännäiskustannukset kansallisen lainsäädännön mukaisesti. Unionin oikeuskäytännössä on todettu, että liitännäiskustannukset on korvattava, jos niitä korvataan, kun hoito annetaan jäsenvaltion julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään kuuluvassa sairaalassa²⁸³. Edellä esitetty pätee myös sairaalan ulkopuolella annetun hoidon liitännäiskustannusten korvaamiseen. Vaikka potilaiden liikkuvuusdirektiivissä ei säädetä jäsenvaltioille velvollisuutta korvata toisessa jäsenvaltiossa annetun hoidon liitännäiskustannuksia, on unionin tuomioistuimen oikeuskäytännössä syntyneen linjan mukaisesti myös perustamissopimuksen liikkuvuusvapauksia koskevat säännökset otettava huomioon, eikä kansallinen käytäntö saa olla ristiriidassa näiden määräysten kanssa.

Matkakustannusten korvaamisen muutostarpeista on uuden terveydenhuoltolain esitöissä todettu, että kun otetaan huomioon unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntö ja tuleva potilasliikkuvuusdirektiivi, ei direktiivin tultua osaksi kansallista lainsäädäntöä voitaisi tehdä eroa matkakustannusten korvaamisessa sen perusteella, onko hoitoa saatu Suomen rajojen sisäpuolella vai rajojen ulkopuolella toisessa EU-jäsenvaltiossa. Siten sairauden hoidon vuoksi tehty matka tulisi korvata yhtenäisin perustein sekä kotimaassa että ulkomailla aiheutuneista matkakustannuksista. Matkakustannusten korvausjärjestelmän uudistuksessa lähtökohdaksi on otettava, etteivät matkakustannuskorvaukset olennaisesti kasvaisi potilaiden valinnanvapauden lisääntyessä.²⁸⁴

Yhteenvedona edellä esitetystä voidaan todeta, että sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen nojalla myönnettävän ennakkoluvan perusteella toisessa jäsenvaltiossa annettavan hoidon kustannuksista potilaalle itselleen jää maksettavaksi hoitojäsenvaltiossa mahdollisesti perittävä asiakasmaksu. Varsinaiset hoitokustannukset laskutetaan täysimääräisenä ennakkoluvan myöntäneeltä terveydenhuollon yksiköltä. Myös hoitoon erottamattomasti liittyvistä matka- ja oleskelukustannuksista potilas saa korvauksen. Sen sijaan potilaiden liikkuvuusdirektiivin nojalla myönnetyn ennakkoluvan perusteella potilaan on ensin maksettava hoitonsa itse ja hänelle tulisi jälkikäteen korvata kustannukset, jotka vastaavat hoitokustannuksia julkisessa terveydenhuollossa hänen kotikunnassaan taikka kuntayhtymän sairaanhoitopiirissä. Tällöin potilaalle itselleen jää maksettavaksi kotikunnassaan perittävä terveydenhuollon asiakasmaksu sekä mahdolliset kustannukset, jotka ylittävät ne kustannukset, jotka olisivat aiheutuneet hänen hoitamisestaan kotimaassa. Matka- ja muista liitännäiskustannuksista potilas saa korvauksen kansallisten käytäntöjen mukaisesti.

Potilaiden oikeuksien toteutumisen ja heidän yhdenvertaisen kohtelun kannalta ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista, että potilaan asema olisi riippuvainen siitä, minkä säädöksen määräyksiä kulloinkin noudatetaan. Kahden, tai jopa kolmen, eri normiston rinnakkainen soveltaminen tarkoittaa kuitenkin tosiasiaissa potilaan kan-

283 Ks. asia C-8/02, Leichtle, 32 ja 48 kohta, asia C-466/04, Herrera, 38 kohta ja asia C-372/04, Watts, 139–140 ja 142 kohta.

284 HE 90/2010 vp, 144. Matkakustannuskorvauksia uudistettaessa tulee siten arvioitavaksi muun muassa nykyinen periaate matkakustannusten korvaamisesta lähimpään tutkimus- ja hoitopaikkaan myös rajat ylittävän terveydenhuollon osalta.

nalta hyvin erilaisiin lopputuloksiin päätymistä riippuen siitä, sovelletaanko hänen tilanteessaan asetusta, direktiiviä, tai TervHL 56 §:ää. Siksi on arvioitava, tulisiko ennakkoluvallisen hoidon korvausten olla yhteneväiset riippumatta siitä, minkä säädöksen perusteella ennakkolupa on myönnetty.

5.3.2 Kustannusten korvaaminen ilman ennakkolupaa saadusta hoidosta

Jos potilas hakeutuu hoitoon toiseen jäsenvaltioon omatoimisesti ja hakee aiheutuneista kustannuksista korvausta jälkikäteen, sovelletaan tähän tilanteeseen ensisijaisesti potilasliikkuvuusdirektiivin säännöksiä²⁸⁵. Tällöin kyse on muusta kuin sairaalahoidosta, koska direktiivin nojalla toisessa jäsenvaltiossa saadun sairaalahoidon korvattavuuden edellytykseksi voidaan vaatia ennakkolupaa artiklan 8 nojalla. On kuitenkin muistettava unionin tuomioistuimen ratkaisut, joissa jäsenvaltiolle on syntynyt korvausvelvollisuus, jos potilas on hakenut ennakkolupaa, joka häneltä on evätty, mutta myöhemmin epäminen on todettu perusteettomaksi²⁸⁶. Kyseinen oikeuskäytäntö koskee asetuksen (ETY) N:o 1408/71 22 artiklan tulkintaa. Tämä käytäntö voi siten tulla kyseeseen tulkittaessa asetuksen (EY) N:o 883/2004 20 artiklaa. Potilaiden liikkuvuusdirektiivin johdanto-osan perustelukappaleessa 46 ilmaistaan, että jos potilaalta on evätty ennakkolupa myöhemmin perusteettomaksi katsottavasta syystä, tulisi noudattaa asetuksen 883/2004 määräyksiä²⁸⁷ luvan jälkikäteisestä myöntämisestä sekä korvauksen maksamisesta täysimääräisenä. Tällöin direktiivin 7 ja 8 artikkelit rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisesta eivät tulisi sovellettaviksi.²⁸⁸

Sosiaali- ja terveysvaliokunta lausui, että direktiiviehdotuksen rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamista koskevat säännökset ovat ongelmallisia Suomen terveyspalvelujärjestelmän ja sairausvakuutuksen kannalta, koska ne asettavat Suomessa yksityisessä terveydenhuollossa asioivat potilaat epäoikeudenmukaiseen tilanteeseen, jos toisesta EU-valtiosta omatoimisesti hoitoa hakeva henkilö joutuisi maksamaan vain julkisen terveydenhuollon asiakasmaksua vastaavan osuuden. Valiokunnan mukaan direktiiviehdotus voidaan hyväksyä, jos korvausta koskeva muotoilu mahdollistaa sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen. Toisin sanoen korvaus olisi samansuuruinen, kun hoitoa on haettu toisesta jäsenvaltiosta omatoimisesti ilman ennakkolupaa kuin jos henkilö olisi saanut hoitoa Suomessa yksityisellä

285 Näiden säännösten nojalla myönnettäviä korvauksia on käsitelty edellisessä alaluvussa. Direktiivin säännöksiä kustannusten korvaamisesta sovelletaan sekä ennakkoluvalliseen hoitoon että omatoimisessa hoitoon hakeutumisessa, mutta direktiivin nojalla ennakkolupaa ei voida edellyttää nk. perusterveydenhuollon kulujen korvaamiseen.

286 Ks. esim. asia C-368/98, Vanbraekel, 34 kohta ja asia C-372/04, Watts, 125 kohta.

287 Ks. alaluku 5.2.1 sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen nojalla myönnettävistä korvauksista.

288 Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9.3.2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa, johdanto-osan 46 perustelukappale, EUVL L 88, 4.4.2011, 51.

terveyspalveluiden tarjoajalla. Tällöinkin korvaus maksettaisiin vain sairausvakuutuksen piiriin kuuluvista hoidoista.²⁸⁹

Potilaiden liikkuvuusdirektiivin myötä jäsenvaltiossa samassa asemassa olevat potilaat saattavat joutua eriarvoiseen asemaan pelkästään sen perusteella, mistä jäsenvaltiosta he päättävät hoitoa hakea. Toisessa jäsenvaltiossa annettu hoito korvataan kokonaisuudessaan, mutta asuinjäsenvaltion yksityisestä terveydenhuollosta ostettua palvelua ei korvata joko ollenkaan tai ainakaan samassa suhteessa kuin toisesta jäsenvaltiosta yksityiseltä sektorilta saatu hoito vastaavassa tilanteessa korvattaisiin. Tämä kehitys saattaa asettaa myös EU:n kansalaiset keskenään eriarvoiseen asemaan, sillä toisesta jäsenvaltiosta tuleva potilas saatetaan nähdä taloudellisesti kannattavampana hoitaa kuin kyseisen jäsenvaltion omat kansalaiset, koska ulkomainen potilas tai valtio, jossa hänet on vakuutettu, maksaa hoidon kustannukset kokonaisuudessaan.²⁹⁰

Edellä sanottuun nähden on ongelmallista, että potilaiden liikkuvuusdirektiivissä ei tehdä eroa julkisen terveydenhuollon ja yksityisen palvelutarjonnan välillä. Kuten aiemmin todettu, potilaiden liikkuvuusdirektiivin 7(4) artiklan nojalla potilaalla on oikeus sellaiseen korvaustasoon, johon hän olisi ollut oikeutettu, jos hoito olisi annettu siinä jäsenvaltiossa, jossa hän on vakuutettuna. Tämä koskee myös ilman ennakkolupaa toisessa jäsenvaltiossa saatua perusterveydenhuoltoa.²⁹¹ Koska 7(4) artiklan vaatimuksen voidaan katsoa tarkoittavan Suomessa julkisen terveydenhuollon mukaista korvaustasoa, kuten edellisessä luvussa on esitetty, potilaan näkökulmasta se tarkoittaisi sitä, että hänen maksettavakseen jäisi asuinkunnassaan julkisen terveydenhuollon käyttämisestä perittävä asiakasmaksu sekä mahdollisesti sellaiset kustannukset, jotka ylittävät ne kustannukset, joita olisi aiheutunut, jos hänet olisi hoidettu kotikunnassaan. Direktiivin saattaminen osaksi kansallista oikeusjärjestystä tarkoittanee merkittäviä muutoksia Suomen terveyspalvelujärjestelmälle, jotta EU:n asettamat velvoitteet voidaan sovittaa järkevällä tavalla kansalliseen järjestelmäämme siten, että huomioidaan sekä julkisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirteet että yksityinen terveyspalvelutarjonta sairausvakuutuskorvauksineen.

289 StVL 16/2008 vp, 4.

290 Tacconi 2008, 206.

291 Legido-Quigley ym. 2011, 364.

6 VASTUU POTILAAN TOISESSA JÄSENVALTIOSSA SAAMAN HOIDON KUSTANNUKSISTA

6.1 Yleistä

Edellä olen kuvannut, mihin korvaukseen potilaalla on tai tulisi olla oikeus hakiesaan hoitoa toisesta EU-jäsenvaltiosta. Yksilön oikeuden vastinparina on aina velvollisuus, joka lähtökohtaisesti kohdistuu julkiseen valtaan toimintavelvoitteena. Tässä pääluvussa selvitän, millä taholla on tällä hetkellä velvollisuus korvata potilaan hoidosta toisessa jäsenvaltiossa aiheutuneet kustannukset. Tarkastelen myös, kenellä tulisi olla vastuu rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksista, kun direktiivin asettamat velvoitteet on saatettu osaksi kansallista lainsäädäntöä. Tämä kysymys on ratkaistava kansallisesti²⁹². Aloitan selvittämällä, miten kustannusvastuu rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksista jakautuu tällä hetkellä yhtäältä ennakkoluvallisissa ja toisaalta omatoimisissa hoitoon hakeutumisissa. Sen jälkeen pohdin, miten kustannusvastuun tulisi jakautua direktiivin nojalla tapahtuvassa hoitoon hakeutumisessa.

6.2 Kustannusvastuun jakautumisen nykytila

6.2.1 *Vastuu ennakkoluvalla annetun hoidon kustannuksista*

Jos potilas on saanut toimivaltaiselta laitokselta sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen (EY) N:o 883/2004 20 artiklan mukaisen luvan mennä sairaanhoitoon toiseen jäsenvaltioon, hän on oikeutettu luontoisetuksiin, jotka oleskelupaikan laitos eli hoitoa antava terveydenhuollon yksikkö, myöntää toimivaltaisen laitoksen²⁹³ puolesta ja soveltamansa lainsäädännön mukaisesti. Näin ollen hoitoon hakeutunut henkilö on ikään kuin vakuutettu hoitoa antavan oleskelupaikan lainsäädännön mukaisesti. Asetuksen 35 artiklan nojalla ennakkoluvalla annetun hoidon kustannukset korvataan täysimääräisesti jäsenvaltioiden välillä, jos muusta ei ole sovittu. Toisin sanoen jäsenvaltio, jossa potilas on vakuutettuna, korvaa hoidosta aiheutuneet kustannukset täysimääräisenä hoitoa antaneelle jäsenvaltiolle.

Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetussa laissa (14.5.2010/352) säädetään eri laitosten ja viranomaisten toimivallasta sekä tehtävistä sovellettaessa sosiaaliturvan koordinaatioasetusta (EY) N:o 883/2004 sekä sen täytäntöönpanomenettelystä annettua asetusta (EY) N:o 987/2009. Lain 14 §:n nojalla Kansaneläkelaitos antaa henkilölle luvan saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella julkisia terveys- ja sairaalapalveluja antavan yksikön sitovan lausunnon perusteella. Muutoksenhaku Kansaneläkelaitoksen antamaa ennakkolupaa koskevaan päätökseen määräytyy siten

292 U 58/2008 vp, 8.

293 Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain (14.5.2010/352) 4 §:n nojalla toimivaltainen laitos luontoisetuksia, kuten sairaanhoitoa, koskevissa asioissa on julkisia terveys- ja sairaalapalveluita antava yksikkö. Käytännössä kyse on potilaan kotikunnan terveydenhoitoyksiköstä tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymästä.

kuin hallintolainkäyttölaissa (26.7.1996/586) säädetään. Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunta on katsonut, että päätöksenteon keskittäminen Kansaneläkelaitokseen on järkevää, jotta hoitoon pääsyssä noudatetaan yhtenäisiä kriteereitä. Kustannusvastuu kuitenkin säilyy hoitoon hakeutuvan henkilön kotikunnalla.²⁹⁴ Toisaalta sairaanhoitopiiri saa korvauksen, jos se on antanut hoitoa ennakkoluvan perusteella henkilölle, joka ei ole vakuutettu Suomessa²⁹⁵.

Sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen täytäntöönpanoasetuksen (EY) N:o 987/2009 26(8) artiklassa säädetään, että toimivaltainen laitos vastaa vakuutetun hoitoon erottamattomasti liittyvistä matka- ja oleskelukustannuksista, jos tällaisista etuuksista säädetään kansallisessa lainsäädännössä. Suomessa Kansaneläkelaitos vastaa tällä hetkellä toisessa jäsenvaltiossa ennakkoluvalla saadusta hoidosta aiheutuneista matka- ja oleskelukustannuksista, koska niiden korvaamisesta säädetään sairausvakuutuslaissa, jonka toimeenpaneminen kuuluu Kansaneläkelaitoksen tehtäviin SVL 1 luvun 3 §:n nojalla. Kansaneläkelaitoksen kustannukset ovat pääosin valtion kustannuksia.

Kuten aiemmin on todettu, edellä kuvatun asetuksen 883/2004 mukaisen ennakkoluvan ohella potilasta hoitava terveydenhuoltoyksikkö voi antaa kansallisen säännöksen nojalla muun kuin mainittuun asetukseen perustuvan ennakkoluvan hakeutua hoitoon ulkomaille. Tästä säädetään terveydenhuoltolain 56 §:ssä. Ennakkoluvan myöntää sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja se myös vastaa aiheutuneista kustannuksista. Tällöin lähtökohtana on, että potilaan asiakasmaksu ei muuttuisi²⁹⁶. TervHL 56 §:n mukaisen ennakkoluvan voi saada, jos hoitoa ei voida antaa Suomessa asianomaiselle potilaalle hoitotakuun mukaisissa enimmäisajoissa.

Kun potilas saa asetuksen 883/2004 mukaisella ennakkoluvalla hoitoa toisessa EU-valtiossa, hän maksaa itse kyseisessä valtiossa mahdollisesti perittävän asiakasmaksun, johon ei ole mahdollisuutta saada sairausvakuutuskorvausta. Hoitoa antanut laitos laskuttaa hoidon kustannukset täysimääräisesti ennakkoluvan antaneelta laitokselta. Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain 27 §:n nojalla Kansaneläkelaitos korvaa valtion varoista perusasetuksen 883/2004 35 artiklan mukaisesti luontoisuuksista, kuten sairaanhoidosta, johtuvat kustannukset etuudet antaneelle toisen jäsenvaltion laitokselle. Viimekätinen vastuu syntyneistä kustannuksista kuuluu kuitenkin ennakkolupaa puoltaneelle terveydenhuoltoyksikölle, eli potilaan kotikunnalle tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, lukuun ottamatta SVL:n mukaisia matka- ja oleskelukustannuksia, joista Kela vastaa.

294 StVM 8/2010 vp, 3. Ks. myös Kansaneläkelaitoksen ohje ”Lupa saada hoitoa asuinvaltion ulkopuolella – säännökset ja menettelytavat Suomessa 1.5.2010 alkaen”, 29.6.2010, 3–4.

295 STM 2006:44, 60; Ks. SVL 15 luku 16 a §.

296 HE 77/2004 vp, 29–30.

6.2.2 Vastuu potilaan omatoimisesti hankkiman hoidon kustannuksista

Jos potilas on hakeutunut EUT:n oikeuskäytännön perusteella omatoimisesti hoitoon toiseen EU- tai ETA-jäsenvaltioon taikka Sveitsiin, hänellä on oikeus saada hoidosta syntyneistä kustannuksista korvaus sairausvakuutuslain 2 luvun 6 §:n 2 momentin nojalla. Näistä sairaanhoitokorvauksista aiheutuneista kustannuksista vastaa tällä hetkellä Kansaneläkelaitos.²⁹⁷ Sen sijaan se ei korvaa toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon ohessa syntyneitä matka- ja oleskelukustannuksia tällaisissa tapauksissa²⁹⁸. Tällöin suurin osa kustannuksista jää potilaan itsensä maksettavaksi. Koska Suomessa on tulkittu, että EUT:n ennakkoratkaisupäätöksillä ei ole vaikutusta julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään, kuntien ei ole katsottu olevan velvoitettuja korvaamaan asukkaansa toisessa jäsenvaltiossa omatoimisesti ilman ennakkolupaa hankkimien terveyspalveluiden kustannuksia²⁹⁹. Nämä sairaanhoitokustannukset eivät siten tule kuntien maksettavaksi, vaan ne kuuluvat valtion tulo- ja menoarvion sairausvakuutusmomentin menoeraan³⁰⁰.

6.3 Kustannusvastuu direktiivin implementoinnin jälkeen

6.3.1 Kustannusvastuu ennakkoluvalla saadusta hoidosta

Kun potilaiden liikkuvuusdirektiivi on saatettu osaksi kansallista lainsäädäntöä, potilaalla on lähtökohtaisesti kaksi ennakkolupavälinettä toiseen jäsenvaltioon hoitoon hakeutumiseksi: sosiaaliturvan koordinaatioasetukseen perustuva ennakkolupa ja potilaiden liikkuvuusdirektiiviin perustuva ennakkolupa.³⁰¹ Kun vakuutettu hakee potilasliikkuvuusdirektiivin 8 artiklan 3 kohdan nojalla ennakkolupaa, se on lähtökohtaisesti myönnettävä asetuksen (EY) N:o 883/2004 mukaisena, jos edellytykset sille täyttyvät eikä vakuutettu muuta pyydä. Siten ensisijaisena välineenä on asetuksen mukainen ennakkolupa. Potilaan kotikunta tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa tällaisessa tilanteessa hoitokustannuksista ja Kansaneläkelaitos matka- ja oleskelukustannuksista.

Sakslin on todennut, että asetuksen (ETY) N:o 1408/71³⁰² hallinnollisten menettelyiden ja perustamissopimuksen palveluiden vapaata liikkuvuutta koskevien menettelyiden olisi hyvä olla mahdollisimman samankaltaiset. Tämä olisi tarkoituksenmukaista

297 U 58/2008 vp, 8.

298 StVL 16/2008 vp, 3; Ks. SVL 4 luku 1 § 3 mom.

299 STM 2003:22, 39.

300 STM 2006:44, 18.

301 On kuitenkin muistettava, että toistaiseksi asetusta (EY) N:o 883/2004 sovelletaan vain EU-maissa. Jos potilas hakeutuu hoitoon ETA-maahan tai Sveitsiin, sovelletaan asetusta (ETY) N:o 1408/71. Lisäksi kyseeseen voi tulla TervHL 56 §:n mukainen ennakkolupa, jos hoitotakuun aikarajat ylittyvät.

302 Korvattu 1.5.2010 alkaen asetuksella (EY) N:o 883/2004; sanottu pätee myös uuteen asetukseen.

yksilön oikeuksien toteutumisen kannalta.³⁰³ Näin tulisi menetellä myös potilaiden liikkuvuusdirektiivin mukaisen ennakkoluvan ja siihen liittyvien hallinnollisten menettelyiden suhteen. Koska asetuksen ja direktiivin mukaisen ennakkolupakäytännön tulisi olla mahdollisimman yhteneväinen, on tarkoituksenmukaista, että ennakkolupapäätökset myönnetään keskitetysti Kansaneläkelaitoksesta. Kustannusvastuu kuitenkin säilyisi kunnissa riippumatta siitä, sovelletaanko asetuksen vai direktiivin säännöksiä. Päätöksenteon keskittämistä Kansaneläkelaitokselle puoltaa lisäksi se, että jos kunnallisen terveydenhuollon lääkärit arvioivat, että potilaiden oikeus hakeutua toiseen jäsenvaltioon hoitoon vaikuttaa kielteisesti heidän ammattiasemaan, lääkärinkunta ei välttämättä auta potilaita valitsemaan ulkomaista hoitoa. Siksi esimerkiksi Ruotsissa on arvioitu, että oikeus päättää ennakkoluvan myöntämisestä potilaalle tulee olla maakäräjien sijasta Försäkringskassanilla.³⁰⁴

Edellä sanotun takia tulisi arvioida myös sairaanhoitopiirien kuntayhtymien ennakkolupamenettelyn (TervHL 56 §) muutostarpeita. Ensinnäkin on arvioitava, tulisiko §:ää muuttaa siten, että se vastaisi potilaiden liikkuvuusdirektiivin 8 artiklan vaatimuksia. Toiseksi, lienee tarkoituksenmukaista, että myös tämän ennakkoluvan hallinnointi keskitetään Kansaneläkelaitokseen, jos kyseistä §:ää muuttamalla saatetaan voimaan direktiivin säännöksiä.

On huomioitava, että ennakkolupaa edellytetään kaikissa tapauksissa hakeuduttaessa hoitoon toiseen jäsenvaltioon asetuksen 883/2004 nojalla. Sen sijaan potilaiden liikkuvuusdirektiivin nojalla ennakkolupaa voidaan vaatia vain sellaisessa terveydenhuollossa, joka edellyttää suunnittelua sekä joko potilaan yöpymistä sairaalassa taikka pitkälle erikoistunutta ja kallista lääketieteellistä infrastruktuuria tai laitteistoa. Direktiivin lähtökohtana on terveydenhoitopalveluiden vapaa liikkuvuus ja siten pääsääntönä toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannusten korvattavuus ilman ennakkolupaa. Tätä tilannetta käsitellään seuraavaksi.

6.3.2 Vastuu ilman ennakkolupaa saadun hoidon kustannuksista

Nykykäytännön mukaisesti Kansaneläkelaitos maksaa sairausvakuutuskorvausta toisessa jäsenvaltiossa ilman ennakkolupaa hoitoa saaneelle henkilölle. Tämä ei näyttäisi olevan riittävä potilaiden liikkuvuusdirektiivin vaatimuksiin nähden. Unionin tuomioistuimen viimeaikaiseen oikeuskäytäntöön ja potilaiden liikkuvuusdirektiiviin tukeutuva tulkinta tarkoittaisi käytännössä julkisen terveydenhoidon korvaustasoa³⁰⁵.

Jäsenvaltiot ovat EU-oikeuden subjekteja, joiden vastuulla on unionin oikeuden toteuttaminen. Sen sijaan kunnat ja muu aluehallinto ovat lähtökohtaisesti EU-oikeuden

303 Sakslin 2008, 353.

304 Edwardsson 2007, 74.

305 U 58/2008 vp, 8; HE 90/2010 vp, 67.

objekteja, mutta johdetun oikeuden toimeenpanossa niillä on keskeinen merkitys. Koska kunnat katsotaan osaksi jäsenvaltiota, EU-oikeuden asettamat rajoitukset sitovat jäsenvaltion ohella myös kuntia, joten niiden toimet eivät saa olla ristiriidassa unionin oikeuden kanssa. EU-oikeuden laiminlyönti tai sen vastainen menettely kuitenkin katsotaan viime kädessä jäsenvaltion laiminlyönniksi tai rikkomukseksi.³⁰⁶

Tahon, joka on vastuussa henkilön terveydenhuollosta, tulisi vastata kyseisen henkilön hoitokustannuksista myös silloin, kun kustannukset ovat syntyneet toisessa maassa. Nykykäytännön mukaan valtio vastaa sairaanhoitokustannusten korvaamisesta potilaalle, joka on saanut sairaanhoitoa toisessa jäsenvaltiossa ilman ennakkolupaa. Siten taho, joka on vastuussa tietyn henkilön terveydenhuollosta, toisin sanoen asianomaisen potilaan asuinkunta, säästää asukkaidensa saadessa hoitoa ulkomailta valtion varoilla.³⁰⁷ Kelan maksaman sairausvakuutuskorvauksen sijaan kuntien tulisi vastata ennakkoluvallisen hoidon ohella myös ilman ennakkolupaa tapahtuneen rajatylittävän terveydenhuollon kustannuksista.

Ruotsissa maakäräjät ovat vastuussa alueensa asukkaiden julkisen terveydenhoidon järjestämisestä³⁰⁸, mutta tällä hetkellä Försäkringskassan vastaa kustannuksista, jotka ovat aiheutuneet henkilön omatoimisesta hakeutumisesta hoitoon toiseen jäsenvaltioon. Maakäräjien vastuuta rajatylittävän terveydenhuollon kustannuksista on perusteltu sillä, että ellei maakäräjien tarvitse vastata asukkaidensa toisessa jäsenvaltiossa annetun hoidon kustannuksista, niillä ei ole taloudellista kannustinta lyhentää mahdollisia hoitajonoja. Tämä saattaisi aiheuttaa vahingollisia seurauksia omassa maassa annettavalle hoidolle, ja hoidon tehokkuus ja laadukkuus saattaisivat vaarantua.³⁰⁹

Maakäräjien kustannusvastuun puolesta rajatylittävässä terveydenhuollossa on lisäksi esitetty, että jos maakäräjät ovat velvollisia korvaamaan toisessa jäsenvaltiossa annetun hoidon kustannukset, toimii tämä velvoite kannustimena järjestää nopeampaa ja laadukkaampaa hoitoa omalla alueella. Ilman tällaista velvoitetta maakäräjillä ei olisi taloudellista kannustinta laadukkaan hoidon järjestämiseen: se säästäisi rahaa, jos erityisesti kalliita hoitoja tarvitsevat henkilöt hakisivat ulkomailta valtion kustannuksella hoidon, jonka maakäräjät olisivat muutoin olleet velvollisia tarjoamaan. Mitä nopeampaa ja tehokkaampaa hoitoa ruotsalaiset saavat maakäräjäkuntansa alueella, sitä vähemmän heillä on kiinnostusta hakeutua hoitoon Ruotsin ulkopuolelle. Tällöin myös maakäräjien terveydenhuollon suunnittelu helpottuu. Siksi perustellut syyt puhuvat sen puolesta, että maakäräjät vastaavat kaikista kustannuksista, joita on syntynyt potilaalle toisessa EU/ETA-maassa annetusta hoidosta siitä riippumatta,

306 Mäenpää 2011, 392–395.

307 Kuusi 1995, 124. Ks. myös hänen hahmottelemia malleja rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvausjärjestelmistä, *ibid.*, 125–126.

308 Ks. tiivistelmä Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmästä esim. HE 90/2010 vp, 49–54.

309 Departementserien 2006:4, 39.

onko potilas itse hakenut hoitoa ulkomailta vai onko hänelle annettu lähete ulkomailta annettavaan hoitoon.³¹⁰

Vasta-argumenttina naapurimaassamme on esitetty, että maakäräjien tulisi olla vastuussa vain sen alueella annetun hoidon kustannuksista, koska toisessa EU-maassa annetusta hoidosta syntyvät kustannukset ovat seurausta Ruotsin EU-jäsenyydestä, josta vastuu kuuluu valtiolle eikä maakäräjille³¹¹. Tämä argumentti ei ole kestävä, koska unionin oikeus velvoittaa myös maakäräjiä. Sen sijaan edellä esitetyt näkökannat Ruotsin maakäräjien kustannusvastuusta puoltavat myös Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä sitä, että rajat ylittävästä terveydenhuollosta aiheutuneista kustannuksista vastuu kohdennetaan esimerkiksi Ruotsin maakäräjiä vastaavalle alueelliselle taholle. On kuitenkin muistettava, että kustannusvastaavuuden periaatteen nojalla valtion on huolehdittava kuntien tosiasiallisista taloudellisista edellytyksistä suoriutua tehtävistä, joita sille lakisääteisinä osoitetaan. Jos direktiivin kansallisen voimaan saattamisen katsotaan edellyttävän kustannusvastuun kohdentamista kunnille, tulee tällöin riittävillä valtionosuuksilla turvata edellytykset uusien lakisääteisten veloitteiden hoitamiseksi. Siten valtio ei voi vapautua vastuustaan jonkin oikeuden toteuttamisessa vain siirtämällä tavallisella lailla sitä koskevat tehtävät kunnille.³¹²

Unionin tuomioistuin huomautti Watts-tapauksen tuomiossa, että julkisen terveydenhuoltojärjestelmän velvollisuus korvata toisessa jäsenvaltiossa annettavan sairaalahoidon kustannukset rinnastuu niihin edellytyksiin, joiden nojalla kyseinen järjestelmä tarjoaa terveydenhoitopalveluita oman sairaalaverkostonsa piirissä³¹³. Suomessa vastuu julkisen terveydenhuollon järjestämisestä on kunnilla ja sairaanhoitopiirien kuntayhtymillä. Uuden terveydenhuoltolain 48 §:n mukaisesti potilaan mahdollisuus valita hoitopaikkansa laajeni toukokuun alussa 2011 kattamaan kotikunnan alueen. Vuoden 2014 alusta lähtien potilaan valinnanvapaus kattaa koko maan julkisen terveydenhuollon verkoston. Kun potilas hakeutuu hoitoon terveydenhuollostaan vastuussa olevan kunnan tai kuntayhtymän alueen ulkopuolelle, potilaan kotikunta tai kuntayhtymä korvaa potilasta hoitaneelle taholle hoidosta aiheutuneet kustannukset TervHL 58 §:n nojalla. Toisin sanoen periaatteena on, että ”raha seuraa potilasta” ja vastuu potilaan hoidon kustannuksista säilyy hänen kotikunnallaan. Potilaiden liikkuvuusdirektiivin tultua osaksi kansallista lainsäädäntöä raha seuraa potilasta myös Suomen rajojen ulkopuolelle valtioihin, joissa sovelletaan Euroopan unionin lainsäädäntöä.

Terveydenhuoltolain esitöissä ilmaistaan, että kun potilaan mahdollisuus valita hoitopaikkansa laajenee vuoden 2014 alussa, tulisi perusterveydenhuollon ja erikoissai-

310 Departementserien 2006:4, 40.

311 Departementserien 2006:4, 39.

312 HE 309/1993 vp, 26; PeVM 25/1994 vp, 3; Hallberg ym. 2011, 724; Narikka 2006, 95.

313 Asia C-372/04, Watts, 100 kohta.

raanhoidon palveluiden tuotteistuksen ja siihen liittyvän hinnoittelun olla valmis³¹⁴. Jäsenvaltioiden tulee täyttää potilaiden liikkuvuusdirektiivin mukaiset velvoitteet lokakuun lopulla 2013. Rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisessa tarvitaan terveydenhuollon palveluiden tuotteistusta ja hinnoittelua, koska jäsenvaltioiden on määriteltävä, millaisesta terveydenhuollosta vakuutettu on oikeutettu saamaan korvauksen sekä mikä on tämän korvauksen suuruus. Siksi terveydenhuollon kuntalaskutusta koskevan asetuksen valmistelussa tulisi ottaa huomioon myös potilaiden liikkuvuusdirektiivin edellyttämät velvoitteet³¹⁵.

314 HE 90/2010 vp, 144. Terveydenhuollon tuotteistuksen tarkoituksena on toimia perustana palveluiden tilaamiselle, tuotettujen palveluiden laskuttamiselle ja laskutuksen oikeellisuuden arvioimiselle. Kansainvälisesti käytetyin on nk. DRG-malli (Diagnosis Related Groups); Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja, 8.

315 TervHL 58.2 §:n nojalla palvelujen korvauserusteista ja laskutuskäytännöstä voidaan säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

7 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Muutama vuosi Suomen EU-jäsenyyden alettua silloinen EY-tuomioistuin antoi ensimmäiset merkittävät ratkaisunsa jäsenvaltioiden kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien asemasta osana sisämarkkinoita³¹⁶. Tuomioistuin vahvisti, että jäsenvaltioiden sosiaaliturva- ja terveysjärjestelmät kuuluvat sisämarkkinasääntelyn piiriin. Jo tuolloin aavisteltiin, että kyseisillä ratkaisuilla saattaa olla huomattavaa merkitystä Suomen lakisääteisen sairausvakuutuksen ja kunnallisen terveydenhuollon jaottelulle ja rahoitukselle.

Sairausvakuutuslakiin tehtiin vuonna 2005 muutos, jossa huomioitiin unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntö, jolla on muun muassa vahvistettu jäsenvaltioiden velvollisuus korvata maassaan sairausvakuutetulle henkilölle hänen toisessa jäsenvaltiossa saamansa sairaanhoidon kustannuksia. Suomessa tulkittiin, ettei mainitun oikeuskäytännön mukainen korvausvelvollisuus koske kunnallista terveydenhuoltoa, joten omatoimisesti ilman ennakkolupaa toisesta jäsenvaltiossa hankitun sairaanhoidon kustannuksista on voinut saada vain sairausvakuutuskorvauksia³¹⁷. Hoito- ja tutkimuskustannukset on korvattu enintään siihen määrään saakka, joka olisi korvattu, jos hoitoa olisi annettu Suomessa yksityisellä sektorilla. Lisäksi siitä vähennetään mahdolliset ulkomailta saadut korvaukset. Suomen tulkintaa ei ole arvioitu unionin tuomioistuimessa.

Euroopan unionin tuomioistuimen ratkaisukäytäntö aiheutti tarpeen unionin taosiselle lainsäädännölle, jossa selkeytettäisiin potilaiden oikeudet rajatylittävän terveydenhuollon käyttämisessä. Pitkään jatkuneen valmistelun tuloksena direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa annettiin lopulta vuoden 2011 maaliskuussa. Potilaiden liikkuvuusdirektiivin hyväksyminen paikkaa puuttunutta oikeusvarmuutta, jonka unionin tuomioistuimen ratkaisukäytäntö on muodostanut. Direktiivi parantaa potilaiden oikeuksia ja vahvistaa EU-kansalaisuutta eli yksilön asemaa unionissa. Koska terveys on yksilöille hyvin perustavanlaatuinen arvo, on potilaiden oikeuksien vahvistaminen merkityksellistä – erityisesti hoitoa tarvitsevan henkilön näkökulmasta.³¹⁸

Potilaiden liikkuvuusdirektiivillä kodifoidaan unionin oikeuskäytännön linjaukset. EUT:n oikeuskäytännöllä voi olla vain välillistä vaikutusta yksittäisen jäsenvaltion lainsäädäntöön. Sen sijaan direktiivi asettaa jäsenvaltioille selkeän velvollisuuden varmistaa, että niiden lainsäädäntö on yhdenmukainen direktiivin sääntelyn kanssa. Suomessa tämä näyttäisi tarkoittavan merkittävää muutosta nykykäytäntöön, jonka mukaisesti ilman ennakkolupaa EU/ETA-valtiossa tai Sveitsissä saatu hoito korvataan sairausvakuutuksesta. Tässä tutkielmassa olen selvittänyt nykytilanteeseen

316 Asia C-120/95, Decker ja asia C-158/96, Kohll.

317 STM 2003:22, 39.

318 Sakslin 2008, 355.

peilaten, mitä muutoksia direktiivin implementointi tarkoittaa potilaan oikeudelle saada toisessa jäsenvaltiossa syntyneitä sairaanhoitokustannuksia korvatuksi sekä ennakkoluvallisissa hoitotilanteissa että omatoimisesti toiseen jäsenvaltioon hoitoon hakeutumistilanteissa. Toisena kysymyksenä olen pohtinut, minkä tahon tulisi korvata potilaalle toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannukset. Merkittävimmät löydökset esittelen alla tiivistetysti.

Direktiivin nojalla potilaalle on korvattava toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannukset ”enintään siihen määrään saakka, jonka vakuutusjäsenvaltio olisi korvanut, jos kyseinen terveydenhuolto olisi tarjottu sen alueella, ylittämättä kuitenkin saadun terveydenhuollon tosiasiallisia kustannuksia”. Kun tätä säännöstä tulkitaan tuomioistuimen potilaiden oikeuksia korostavan ratkaisukäytännön valossa, näyttäisi se tarkoittavan käytännössä sitä, että direktiivin implementointiajan umpeuduttua Suomessa asuville ja vakuutetuille potilaille syntyy oikeus korvaukseen toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannuksista, joka vastaa Suomessa annettavan julkisen terveydenhuollon korvaustasoa. Toisin sanoen potilaalle olisi korvattava toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannuksista se määrä, joka vastaa samaisen hoidon kustannuksia julkisissa terveyspalveluissa. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi kyseisen hoidon tuotteistettua hintaa kunnallisissa terveyspalveluissa. Terveyspalveluiden tuotteistus ja hinnoittelu otetaan Suomessa käyttöön viimeistään vuoden 2014 alussa, kun potilaan oikeus valita hoitopaikkansa laajenee TervHL 48 §:n mukaisesti kattamaan koko maan.

Potilaiden liikkuvuusdirektiivin säännökset rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisesta perustuvat täysin EU:n tuomioistuimen oikeuskäytännössä syntyneisiin linjauksiin³¹⁹. Kuten yllä on todettu, direktiivin antaminen ja sen voimaan saattaminen kansallisesti tarkoittanee merkittävää muutosta ilman ennakkolupaa toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannusten korvaamiseen. Koska kustannusten korvaamisesta ei direktiivillä luoda uusia periaatteita, joita EUT ei olisi vielä vahvistanut, voitaneen todeta, että Suomen tulkinta ja korvauskäytäntö tältä osin ei ole vastannut unionin tuomioistuimen linjauksia, ainakaan Wattsin³²⁰ tapauksesta annetun ratkaisun jälkeen.

Kun potilaiden liikkuvuusdirektiivissä edellytetään, että toisessa jäsenvaltiossa annetun hoidon kustannukset korvataan sen mukaisesti, mitä hoito olisi potilaan kotimaassa tullut maksamaan julkiselle terveydenhuoltoyksikölle, se tarkoittaa sitä, että osa potilaista ei voi hakea hoitoa toisesta jäsenmaasta. Tämä johtuu siitä, että hoidon todellisten kustannusten ja saatavan korvauksen välinen erotus tulee heille liian kalliiksi. Terveydenhuoltopalveluiden vapaa liikkuvuus saattaa johtaa siihen, että julkisen terveydenhuollon varat enenevässä määrin kanavoituvat sellaisille henkilöille, jotka kykenevät käyttämään heille annettuja oikeuksia hoidon hakemiseksi ulkomailta. Vasta-argumenttina väitteelle, että potilasliikkuvuusdirektiivi johtaa

319 Euroopan unionin neuvoston lehdistötiedote 6950/11, Bryssel 28.2.2011, 14.

320 Asia C-372/04, Watts.

terveydenhoidon epätasa-arvoiseen jakautumiseen, saatetaan kuitenkin esittää, että tämän estääkseen jäsenvaltiot voivat korvata direktiivin 7(4) artiklan toisen virkkeen mukaisesti laajemmin rajatylittävän terveydenhuollon kustannuksia potilaalle, jotta taloudellisia esteitä tämän oikeuden käyttämiselle ei synny.³²¹ Direktiivillä ei kuitenkaan ole tarkoitus vaikuttaa jäsenvaltioiden terveydenhuollon järjestämiseen tai rahoitukseen.

Toinen merkittävä seikka on se, että potilaiden liikkuvuusdirektiivin tultua implementoiduksi potilaalla on valittavana kaksi EU-säädöksiin perustuvaa ennakkolupamenettelyä: sosiaaliturvan koordinaatioasetukseen (EY) N:o 883/2004 perustuva sekä potilaiden liikkuvuusdirektiiviin perustuva ennakkolupajärjestelmä. Lisäksi potilaalla on mahdollisuus ennakkolupaan TervHL 56 §:n nojalla, jos hänen tarvitsemaansa hoitoa ei voida järjestää Suomessa hoitotakuun mukaisissa enimmäisajoissa. Kahden tai kolmen eri normiston rinnakkainen soveltaminen kuitenkin voi käytännössä tarkoittaa potilaan kannalta hyvin erilaisiin lopputuloksiin pääymistä sen mukaan, mitä säädöstä tilanteeseen sovelletaan. Potilaan näkökulmasta katsottuna on tarkoituksenmukaista, että ennakkolupamenettelyt olisivat mahdollisimman yhtenevät ja että niiden nojalla myönnettävät etuudet olisivat kattavuudeltaan mahdollisimman samansuuruiset.

On myös aiheellista kysyä, tulisiko kustannusten jakautumista valtion ja kuntien välillä muuttaa. Tällä hetkellä kunnat ovat vastuussa asukkaidensa terveydenhuollosta. Kunnan, joka on vastuussa potilaan terveydenhuollosta Suomessa, tulisi vastata myös toisessa maassa syntyneistä hoitokustannuksista. Tätä voidaan perustella taloudellisella kannustimella. Nykytilanne johtaa siihen, että kunnalle syntyy säästöjä, jos sen asukas hakee toisesta jäsenvaltioista omatoimisesti hoitoa valtion kustannuksella. Näin ollen kunnalla ei ole taloudellista yllykettä esimerkiksi lyhentää hoitojonoja ja vahvistaa hoidon saatavuutta.³²² Terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusmallia ollaan muuttamassa, koska terveydenhuoltolain valmisteluvaiheessa ei päästy yhteisymmärrykseen terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä ja rahoituksesta. Esitetyt argumentit kustannusvastuun jakautumisesta ovat luonnollisesti riippuvaisia siitä, minkälaisia ratkaisuja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta tullaan tekemään.

Kun potilaiden vapaa liikkuvuus helpottaa yksilöiden mahdollisuutta turvautua terveydenhoitoon toisessa jäsenvaltiossa, samalla se vaikuttaa epäsuorasti jäsenvaltioiden terveydenhuoltojärjestelmien organisointiin. Euroopan unionin liikkuvuusvapauksia koskeva sääntely saattaa johtaa siihen, että Suomen on muutettava hyvinvointivaltiollinen sosiaaliturvamalli vastaamaan yleiseurooppalaista työskentelyperusteista vakuutusmallia³²³. Jos julkisesta terveydenhuoltojärjestelmästä siirryttäisiin vakuu-

321 Edwardsson 2008, 6.

322 Kuusi 1995, 124; Ds 2006:4, 39–40.

323 Kuusi ym. 2006, 101.

tusjärjestelmään, riskinä on eriarvoisuuden kasvaminen terveyspalveluiden saannissa. Kun potilaiden oikeutta valita hoitopaikkansa laajennetaan, sen tosiasiallisena seurauksena saattaa olla epätasa-arvon kasvu. Potilaan oikeus valita hoitopaikka ja toisten oikeus ylipäättään hoitoon ikään kuin kilpailevat keskenään. Toinen riski valinnanvapauden lisäämisessä ja potilaiden rinnastamisessa markkinatoimijoiksi on terveydenhuollon priorisointi markkinamekanismien keinoin, jolloin valinnanvapautta voivat tosiasiallisesti käyttää vain maksukykyiset kuluttajat.³²⁴

Paine suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän markkinaehtoistamiseksi kasvaa, kun terveyspalvelut määritetään osaksi sisämarkkinoita³²⁵. Kehitys EU:ssa kohti avoimia terveyspalvelumarkkinoita tekee potilaista kuluttajia. Siksi myös terveydenhuollosta vastuussa olevien tahojen, kuten vakuutuslaitosten ja terveydenhuoltoyksiköiden, on toimittava sen mukaisesti.³²⁶ Euroopan unionin viimeaikaisen terveyspolitiikan kehityksestä tehdyn huomion mukaan painopiste tasa-arvoisesta ja solidaarisesta mallista on siirtynyt kohti markkinaehtoista ideologiaa, joka korostaa terveyspalveluiden taloudellisia puolia sosiaalisten näkökohtien, kuten oikeudenmukaisuuden ja palveluiden saatavuuden, kustannuksella³²⁷.

Jäsenvaltiot ovat suhtautuneet melko kriittisesti EU:n rajatylittävään terveydenhuoltoon. Se selittyy sillä, että potilaan oikeus saada korvausta toisessa jäsenvaltiossa saamansa hoidon kustannuksista ja koko muulle väestölle yhtäläisesti saatavilla olevien riittävien terveyspalveluiden takaaminen ovat vaikeasti yhteen sovitettavissa. Jäsenvaltioiden on kuitenkin tasapainoiltava terveydenhuollon kansallisen toimivallan ja potilaiden rajatylittävään terveydenhuoltoon liittyvien oikeuksien välillä.³²⁸ Jos potilaiden liikkuvuudesta annettu direktiivi ei selvennä nykytilannetta, EUT:n on jatkettava rooliaan unionin primääri- ja sekundäärilainsäädännön tulkitsijana, eräänlaisen lainsäätäjän roolissa³²⁹. Onkin tärkeää, että kun unionin tuomioistuin tulevaisuudessa tulkitsee potilaiden liikkuvuusdirektiiviä, sen tulisi löytää suhteellisuusperiaatetta noudattaen oikea tasapaino liikkumisvapauksien ja terveydenhuoltoon liittyvien yleisten etujen välillä³³⁰.

324 Tuori 1999, 1880–1881.

325 Ollila ja Koivusalo 2009, 36.

326 Sieveking 2007, 49.

327 Borges 2011, luku: Conclusions.

328 Goldner Lang 2009, 670–671.

329 Palm ja Glinos 2010, 560.

330 Goldner Lang 2009, 671.

VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 121 Jussila H.** Päätöksenteon tukena vai hyllyssä pölyttymässä? Sosiaalipoliittisen tutkimustiedon käyttö eduskuntatyössä. 2012. ISBN 978-951-669-895-6 (nid.), ISBN 978-951-669-896-3 (pdf).
- 120 Ikonen A.** Primary care visits in the Finnish occupational health services and their connections to prevention and work-related factors. 2012. ISBN 978-951-669-882-6 (print), ISBN 978-951-669-883-3 (pdf).
- 119 Martikainen J.** Uusien lääkkeiden markkinoille tulo ja lääkekustannuksiin vaikuttaminen. 2012. ISBN 978-951-669-879-6 (nid.), 978-951-669-880-2 (pdf).
- 118 Varjonen S.** Äidin hoiva, jaettu vanhemmuus – ja vapaus valita. Perhevapaiden uudistamisen argumentointi 1970-luvulta 2000-luvulle. 2011. ISBN 978-951-669-868-0 (nid.), 978-951-669-869-7 (pdf).
- 117 Ylikännö M.** Sopivasti työtä ja vapaa-aikaa? Tutkimuksia ajankäytöstä eri elämäntilanteissa. 2011. ISBN 978-951-669-859-8 (nid.), 978-951-669-860-4 (pdf).
- 116 Mattila Y.** Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. 2011. ISBN 978-951-669-853-6 (nid.), ISBN 978-951-669-854-3 (pdf).
- 115 Sinokki M.** Social factors at work and the health of employees. 2011. ISBN 978-951-669-851-2 (nid.), ISBN 978-951-669-852-9 (pdf).
- 114 Saarinen A.** Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa. 2010. ISBN 978-951-669-847-5 (nid.), ISBN 978-951-669-848-2 (pdf).
- 113 Suoyrjö H.** Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. 2010. ISBN 978-951-669-845-1 (nid.), ISBN 978-951-669-846-8 (pdf).
- 112 Hinkka K, Karppi S-L, toim.** IKÄ-kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. 2010. ISBN 978-951-669-842-0 (nid.), ISBN 978-951-669-843-7 (pdf).