



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

**Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan sääntelyn
jännitteisten intressien punninta EU:ssa, erityisesti
ennakkoluvan viitekehyksessä**

Hyvinvointioikeus
Maisteritutkielma

Anniina Lehikoinen

Kevät 2026
Lapin yliopisto



Lapin yliopisto

Tiedekunta: Oikeustieteiden tiedekunta

Työn nimi: Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan sääntelyn jännitteisten intressien punninta EU:ssa, erityisesti ennakkoluvan viitekehyksessä

Tekijä: Anniina Lehikoinen

Koulutusohjelma: Oikeustieteiden maisteri

Ohjaaja: Professori Katja Karjalainen

Työn laji: Maisteritutkielma

Sivumäärä: XV + 71 sivua

Vuosi: 2026

Tiivistelmä:

Tutkielma tarkastelee rajat ylittävän terveydenhuollon sääntelykokonaisuuden jännitteisiä intressejä ja niiden punnintaa Euroopan unionissa. Keskitän tutkielmani erityisesti ennakkoluvan viitekehukseen.

Unionin sosiaaioikeudellista sääntelyä kuvataan monimutkaiseksi, jota suuren yleisön voi olla vaikea ymmärtää. Lisäksi suuremmassa kuvassa asiaan vaikuttaa myös unionin tuomioistuimen ratkaisukäytäntö. Sääntelyn systematisointi on tarpeen. Tutkielmassa pyritään hahmottamaan pääsääntö, poikkeussäännöt sekä niiden välinen suhde.

Unionissa sosiaaioikeudellisella sääntelyllä on eri tarkoitusperiä. Yksi niistä on mahdollistaa terveydenhuoltopalveluiden rajat ylittävä liikkuminen. Toinen on turvata jäsenvaltioiden kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien taloudellinen tasapaino, jotta jäsenvaltiossa voitaisiin huolehtia kansanterveyden suojelusta. Luonnollisesti sääntelyllä pyritään myös yksilön sosiaalisten oikeuksien toteutumiseen. Kahden ensimmäisen tarkoitusperän välillä on havaittavissa jännite. Jännite aiheutuu siitä, että jäsenvaltioilla on rajalliset resurssit järjestää kansalliset terveydenhuollon palvelut. Rajat ylittävien potilaiden aiheuttamat yllättävät kulut voivat hankaloittaa suunnittelutyötä entisestään.

EU:ssa pääsääntö on palveluiden vapaan liikkuvuuden toteuttaminen, sillä se edistää sisämarkkinoiden toteutumista, joka taas on yksi unionin pääintresseistä. Oikeuskäytännössään unionin tuomioistuin on katsonut, että ennakkolupa rajoittaa vapaata liikkuvuutta ja supisti sen soveltamisalaa.

Ennakkolupa on jäsenvaltioille jätetty keino hallita rajat ylittävien potilaiden liikkumista yhteensovittamissäännösten jälkeen, ja siten keino kontrolloida sosiaaliturvajärjestelmänsä

taloudellista tasapainoa. Siitä säädetään sekä sosiaaliturva-asetuksessa että potilasdirektiivissä.

Perinteisesti jäsenvaltiot ovat saaneet päättää sosiaalipolitiikkansa tärkeimmistä seikoista itse. Unionin sosiaaliturvalainsäädännön yhteensovittamispyrkimysten myötä jäsenvaltioiden toimivalta alalla on kuitenkin muuttanut muotoaan. Unioni on lisännyt toimivaltaansa alalla asteittain, ja vaikka tasapainottaviakin seikkoja on havaittavissa, on kehitys ollut jäsenvaltioiden kannalta haasteellista. Vaikka vapaata liikkuvuutta voidaan rajoittaa kansanterveyteen liittyvillä seikoilla, on tällaisten seikkojen käsillä olo tosiasiaissa ollut vaikeaa näyttää toteen.

Kontrollia jäsenvaltioille palautti potilasdirektiivi. Voidaan kuitenkin kyseenalaistaa, onko jäsenvaltiolle edelleenkaan varteenotettavaa toimivaltaa, ja miten paljon ne todella voivat vaikuttaa unionin tasolla päätöksentekoon.

Avainsanat: rajat ylittävä terveydenhuolto, suunniteltu rajat ylittävä terveydenhuolto, ennakkolupa, palveluiden vapaa liikkuvuus, sosiaaliturvajärjestelmän taloudellinen tasapaino, kansanterveys

Sisällys

Lähteet	VI
Kirjallisuuslähteet	VI
Virallislähteet	XI
Oikeuskäytäntö	XIII
Euroopan unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntö	XIII
Muu oikeuskäytäntö	XIV
Verkkolähteet	XIV
Lyhenteet	XV
1 Johdanto	1
1.1 Tutkimuksen konteksti ja käsitteet	1
1.2 Tutkimuskysymys, aiheen rajaus ja tutkielman rakenne	4
1.3 Tutkimusmetodi ja oikeuslähteet	9
2 Rajat ylittävässä terveydenhuollossa esiintyvät kaksi eri tarkoitusperää	17
2.1 Unionin intressi ja pääsääntö	17
2.1.1 Terveydenhuollon luonne palveluna	17
2.1.2 Palveluiden vapaa liikkuvuus	19
2.2 Kansallinen intressi ja poikkeussääntö	20
2.2.1 Muutoksia kansallisella tasolla	20
2.2.2 Toimivallan rajanvetoa	23
2.3 Ennakkolupajärjestelmä jännitteen ilmentymänä	26
3 Sosiaaliturva-asetus ja sen oikeuskäytäntö	28
3.1 Asetuksen soveltamisala, oikeusperusta ja tarkoitus	28
3.2 Asetuksen mukainen ennakkolupa	32
3.3 Asetuksen mukaisen ennakkoluvan soveltamisalan kaventuminen oikeuskäytännössä	33

3.3.1	Pääsääntöinen kehitys	33
3.3.2	Joitakin poikkeuksia	39
4	Direktiivi tasapainottamassa jännitettä	41
4.1	Potilasdirektiivin rooli	41
4.1.1	Yleistä	41
4.1.2	Soveltamisala ja oikeusperusta	44
4.2	Direktiivin ennakkolupa ja sen tulkinta	47
4.2.1	Direktiivin ennakkolupa	47
4.2.2	Ennakkoluvan hyväksymis- ja epäämisperusteiden merkitys	51
4.2.3	Direktiivin mukaisen ennakkoluvan tulkinnasta	54
5	Asetuksen ja direktiivin mukaisten ennakkolupien välinen suhde ja niiden erot	57
5.1	Asetuksen etusija	57
5.2	Hyvitysjärjestelmien erot	59
5.3	Asetuksen ja direktiivin ennakkolupien käytännön merkitys jäsenvaltioille	61
6	Johtopäätökset	65

Lähteet

Kirjallisuuslähteet

Aarnio, Aulis, *Luentoja lainopillisen tutkimuksen teoriasta*. Helsingin yliopiston oikeustieteellinen tiedekunta, 2011.

Aarnio, Aulis, *Oikeussäännösten systematisointi ja tulkinta*, s. 35–56 teoksessa Juha Häyhä (toim.), *Minun Metodini*. Werner Söderström lakitieto 1997.

Bermejo, Dolores Carrascosa, *Cross-border Healthcare in the EU: Interaction Between Directive 2011/24/EU and the Regulations on Social Security Coordination*. ERA Forum 15(3) 2014, s. 359–380.

Borchardt, Klaus-Dieter, *EU:n Oikeuden perusteet*. Euroopan unionin julkaisutoimisto 2023. <https://op.europa.eu/fi/publications> (17.4.2026).

Botterill, Harry, *Patient Mobility, the EU Charter's 'right to Health Care', and Member State Competence: Towards a New Role for Fundamental Rights*. Maastricht Journal of European and Comparative Law 32(4), 2025, s. 450-473.

Colapietro, Carlo, *Introduction: The future of Social Rights in the European Legal Area*, s. 1–8 teoksessa Francesco Giulio Cuttaia – Guerino Massimo Fares – Rocco Junior Flacco – Joaquín Cayón-De Las – Juan Ignacio Ochagavías-ás – Jur Milapidou – Monika Urbaniak – Gabriel Livius Ispas – Nadezhda Slavcheva – Carlo Colapietro, *Cross-border Health Care in the European Union: A Comparative Overview*. G. Giappichelli Editore 2020. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/lib/ulapland-ebooks> (18.4.2026).

Da Costa Leite Borges, Danielle, *Making Sense of Human Rights in the Context of European Union Health-Care Policy: Individualist and Communitarian Views*, International Journal of Law in Context 7(3) 2011, s. 335–356.

De Becker, Eleni, *Social Security in the Fundamental Rights Case Law of the Court of Justice*, s. 2-29 teoksessa Frans Pennings – G. J. Vonk (ed), *Research Handbook on European Social Security Law*, 2nd edition. Edward Elgar Publishing 2023. <https://www-elgaronline-com.ezproxy.ulapland.fi/edcollbook> (17.4.2026).

De Wispelaere, Frederic – De Smedt, Lynn – Pacolet, Jozef, *Cross-Border Healthcare in the EU Under Social Security Coordination Reference Year 2019*. Publications Office of the European Union 2021. <https://ec.europa.eu/social> (21.4.2026)

Fares, Guerino Massimo, *The cross-border healthcare at the European level; The Directive 2011/24/EU on the Application of Patient's Rights*, s. 23–48 teoksessa Francesco Giulio Cuttaia – Guerino Massimo Fares – Rocco Junior Flacco – Joaquín Cayón-De Las – Juan Ignacio Ochagavías-ás – Jur Milapidou – Monika Urbaniak – Gabriel Livius Ispas – Nadezhda Slavcheva – Carlo Colapietro, *Cross-border Health Care in the European Union: A Comparative Overview*. G. Giappichelli Editore 2020. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/lib> (18.4.2026).

Frischhut, Markus – Fahy, Nick, *Patient Mobility in Times of Austerity: A Legal and Policy Analysis of the Petru Case*. *European Journal of Health Law* 23(1) 2016, s. 36–60.

Haapea, Arto – Ojanen Tuomas, *EU-Oikeuden perusteita II - aineellisen EU-oikeuden aloja ja ulottuvuuksia*. Edita Publishing Oy 2007.

Hervey, Tamara K.– McHale, Jean V., *European Union Health Law: Themes and Implications*. Cambridge University Press 2015. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/lib> (17.4.2026).

Huttunen, Mikko, *Palvelujen vapaa liikkuvuus*, s. 129–160 teoksessa Tuomas Ojanen – Arto Haapea (toim.), *EU-oikeuden perusteita II - aineellisen EU-oikeuden aloja ja ulottuvuuksia*. 2 painos. Edita Publishing Oy 2007.

Kekkonen, Jukka, *Mitä on kontekstuaalinen oikeushistoria?* Unigrafia Oy 2013.

Kotkas, Toomas, *Vapaa liikkuvuus ja asumisperusteinen sosiaaliturva. Miten Suomen asumisperusteinen sosiaaliturvajärjestelmä on muuttunut EU-jäsenyyden aikana?* s. 56–73 teoksessa Laura Kalliomaa-Puha – Anna-Kaisa Tuovinen (toim.), *Sosiaaliturvan rajoilla: kirjoituksia kansainvälisestä sosiaalioikeudesta*. Kela 2017.

Kotkas, Toomas, *Rajat ylittävä sosiaalioikeus*. Alma Talent Oy 2019. [https://verkkokirjahylly.almainsights.fi/teos/DADBGXDTEB#kohta:RAJAT\(\(20\)YLITT\(\(c4\)V\(\(c4\)\)\(\(20\)SOSIAALIOIKEUS/piste:b4](https://verkkokirjahylly.almainsights.fi/teos/DADBGXDTEB#kohta:RAJAT((20)YLITT((c4)V((c4))((20)SOSIAALIOIKEUS/piste:b4) (vaatii kirjautumisen) (17.4.2026).

- Leeuwen, Barend van, *Patient Choice, Medical Ethics and Free Movement of Patients: The “Emancipation” of the Cross-Border Healthcare Directive*. *European Law Review* 48(6) 2023, s. 662–680.
- Lurger, Brigitta – Melcher Martina, *Europäisches Privat- Und Wirtschaftsrech*. Verlag Österreich 2020.
- Määttä, Tapio (toim.) – Tolvanen, Matti – Kolehaminen, Antti – Kosonen, Jonna – Väättänen, Ulla – Keinänen, Anssi, *Oikeudellisen ajattelun perusteita*. Itä-Suomen yliopisto, Oikeustieteiden laitos 2018.
- Määttä, Tapio – Paso, Mirjami, *Johdatus oikeudellisen ratkaisun teoriaan*. Helsingin yliopiston oikeustieteellinen tiedekunta 2019.
- Martinsen, Dorte Sindbjerg – Schrama, Reini – Mastenbroek, Ellen, *Experimenting European Healthcare Forward. Do Institutional Differences Condition Networked Governance?* *Journal of European Public Policy* 28(11) 2021, s. 1849–870.
- Obermaier Andreas J., *The End of Territoriality? The Impact of ECJ Rulings on British, German and French Social Policy*. Ashgate 2009.
- Ojanen, Tuomas, *EU-oikeuden perusteita*. 3. uud. painos. Edita 2016.
- Pennings, Frans, *The Cross-Border Health Care Directive: More Free Movement for Citizens and More Coherent EU Law?* *European Journal of Social Security* 13(4) 2011, s. 424–452.
- Penttinen, Sirja-Leena – Talus, Kim, *Avaimet EU-oikeuteen*. Edita Publishing Oy 2017.
- Puppo, Federico – Roca-Umbert, Ana – Ingebretsen Carlson, Jim – Camacho, Joan – Lupiañez-Villanueva, Francisco, *Member State Data On Cross-Border Patient Healthcare Following Directive 2011/24/EU Reference Year 2023 Final Version*. Publications Office of the European Union, European Commission 2025.
- Raitio, Juha, *Eurooppaoikeus ja sisämarkkinat*. 3. uud. painos. Alma Talent Oy 2015.
[https://verkkokirjalyly.almainights.fi/teos/DAEBJXBTEB#piste:b18947/kohta:EUROOPPA_OIKEUS\(\(20\)JA\(\(20\)SIS\(\(c4\)MARKKINAT\(\(20\)\)](https://verkkokirjalyly.almainights.fi/teos/DAEBJXBTEB#piste:b18947/kohta:EUROOPPA_OIKEUS((20)JA((20)SIS((c4)MARKKINAT((20))) (vaatii kirjautumisen) (17.4.2026).
- Raitio, Juha – Tuominen, Tomi, *Euroopan unionin oikeus*. 3. uud. painos. Alma Media Finland Oy 2025.

[https://verkkokirjahylly.almainsights.fi/teos/FADBBXTBBAEF#kohta:Euroopan\(\(20\)unionin\(\(20\)oikeus\(\(20\)/piste:tJ](https://verkkokirjahylly.almainsights.fi/teos/FADBBXTBBAEF#kohta:Euroopan((20)unionin((20)oikeus((20)/piste:tJ) (vaatii kirjautumisen) (17.4.2026).

Rautiainen, Pauli – Kostiainen, Aura – Kurki, Visa – Soininen, Niko – Määttä, Tapio, *Oikeus ja sen tutkiminen*. Vastapaino 2023.

Rothmar Herrmann, Janne – Toebes Brigit, *The European Union and Health and Human Rights*. *European Human Rights Law Review* 4/2011, s. 419–437.

Rothmar Herrmann, Janne – Ó Cathaoir, Katharina – Toebes, Brigit, *The European Union - A Health and Human Rights Perspective*, s. 163–200 teoksessa Brigit Toebes – Mette Hartlev–Aart Hendriks – Katharina Ó Cathaoir – Janne Rothmar Herrmann – Henriette Sinding Aasen (ed), *Health and Human Rights: Global and European Perspectives*. 2nd edition. Intersentia 2022.

Sakslin, Maija, *Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen Euroopan unionissa*, s. 295–338 teoksessa Tuomas Ojanen – Arto Haapea (ed), *EU-oikeuden perusteita II - Aineellisen EU-oikeuden aloja ja ulottuvuuksia*. Edita Publishing Oy 2007.

San Giorgi, Maite, *The Human Right to Equal Access to Health Care*. Intersentia 2012.

Sankari, Suvi, *Legal Reasoning in Context. The Court of Justice on Articles 17 and 18 EC (20 and 21 TFEU) 2000-2008*. 2011. Doctoral thesis, Faculty of Law. Available at University of Helsinki.

Van Seben, Rosanne – Huis in t Veld, Tessa – Korver, Daniek – Berenschot, Lucienne, *Study on Enhancing Implementation of the Cross-Border Healthcare Directive 2011/24/EU to Ensure Patient Rights in the EU. Guiding Principles for Information Provision on Prior Authorisation Systems Across Member States*. Publications Office of the European Union, European Commission 2022.

Siltala, Raimo, *Oikeudellinen tulkintateoria*. Suomalainen Lakimiesyhdistys 2004.

Slokenberga, Santa, *Case C-243/19, A V Veselības Ministrija, Judgement of the Court (Second Chamber) of 29 October 2020, EU: C:2020:872*. *European Journal of Health Law* 28(3) 2021 s. 285–306.

- Søvig, Karl Harald, *Convergence and Divergence in Patients' Rights*, s. 35–48 teoksessa André den Exter (ed), *Cross-Border Health Care and European Union Law*. Erasmus University Press 2017.
- Strban, Grega, *Patient Mobility in the European Union: Between Social Security Coordination and Free Movement of Services*, ERA Forum 14(3) 2013, s. 391–407.
- Strban, Grega (ed) – Berki, Gabriella – Carrascosa, Dolores – Van Overmeiren, Filip, *Access to healthcare in cross-border situations: Analytical Report 2016*. European union 2017.
- Strban, Grega, *Cross-Border Healthcare and Social Security Rights*, s. 332–352 teoksessa Frans Pennings – Gijsbert Vonk (ed), *Research Handbook on European Social Security Law*. Edward Elgar Publishing 2023.
- Tuori, Kaarlo, *Oikeuden ratio ja voluntas*. Alma Talent Oy 2007.
<https://verkkokirjaily.almainights.fi/teos/JAIBHXCTDG#/kohta:2/piste:b28> (vaatii kirjautumisen) (17.4.2026).
- Tuori, Kaarlo – Kotkas, Toomas, *Sosiaalioikeus*. 6. uud. painos. Alma Talent Oy yhteistyössä Juristiliiton Kustannus 2023. [https://verkkokirjaily-almainights-fi.ezproxy.ulapland.fi/teos/DABBXXBTABGEE#piste:t7/kohta:l\(\(20\)Sosiaalioikeuden\(\(20\)al a:\(1\(\(20\)Sosiaalioikeus\(\(20\)erityisen\(\(e4\)\(\(20\)oikeudenalana](https://verkkokirjaily-almainights-fi.ezproxy.ulapland.fi/teos/DABBXXBTABGEE#piste:t7/kohta:l((20)Sosiaalioikeuden((20)al a:(1((20)Sosiaalioikeus((20)erityisen((e4)((20)oikeudenalana) (vaatii kirjautumisen) (17.4.2026).
- Tuovinen, Anna-Kaisa, *Euroopan unionin toisessa jäsenvaltiossa syntyneiden sairaanhoitokustannusten korvaaminen*. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 122, Kelan tutkimusosasto 2012.
- Wilhelmsson, Thomas, *Sosiaalisen siviilioikeuden metodiset lähtökohdat*, s. 339–358 teoksessa teoksessa Juha Häyhä (toim.), *Minun Metodini*. Werner Söderström lakitieto 1997.
- Wojcik, Malwina Anna, *The Origins of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare: Balancing the Individual and Collective Right to Health*. 7 Penn Undergraduate Law Journal 102 2019.
- Ziegler, Katja S – Neuvonen, Päivi Johanna – Moreno Lax, Violeta, *Research Handbook on General Principles in EU Law: Constructing Legal Orders in Europe*. Edward Elgar Law 2022. <https://www-elgaronline-com.ezproxy.ulapland.fi> (17.4.2026).

Virallislähteet

Sopimus Euroopan unionista (konsolidoitu toisinto 2016).

Sopimus Euroopan unionin toiminnasta (konsolidoitu toisinto 2016).

Euroopan unionin perusoikeuskirja 2016/C 202/02.

Regulation 3/1958, 25 September 1958 Concerning Social Security for Migrant Workers 1958
O.J. (L 30) 561 (EEC).

Neuvoston asetus (ETY) N:o 1408/71, annettu 14 päivänä kesäkuuta 1971,
sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin
työntekijöihin ja heidän perheenjäseniinsä.

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 883/2004, annettu 29.4.2004,
sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta (sosiaaliturvajärjestelmien
yhteensovittamisesta annettu asetus).

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 987/2009, annettu 16 päivänä syyskuuta
2009, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen (EY) N:o
883/2004 täytäntöönpanomenettelystä (ETA:n ja Sveitsin kannalta merkityksellinen teksti).

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9.3.2011 potilaiden
oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa (potilasdirektiivi).

COM(2008) 414 final. Euroopan komission ehdotus, Euroopan parlamentin ja neuvoston
direktiivi, rajatylittävässä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista.
Bryssel 2.7.2008.

SEC(2008) 2163. Commission Staff Working Document, accompanying document to the
proposal for a directive of the European parliament and of the council on the application of
patients' rights in cross-border healthcare. Brussels 2.7.2008.

AC 246/12. Guidance note of the Commission services on the relationship between Regulations
(EC) Nos 883/2004 and 987/2009 on the coordination of social security systems and
Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross border healthcare.
Administrative Commission for the coordination of social security systems. Note from the
Commission 21.5.2012.

COM(2015) 421 final. Commission Report on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Brussels 4.9.2015.

COM(2022) 210 final. Komission kertomus Euroopan parlamentille ja neuvostolle potilaan oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa annetun direktiivin 2011/24/EU toiminnasta. Bryssel 12.5.2022.

EUT, C-372/04 *Watts*, julkisasiamies L. A. Geelhoedin ratkaisuehdotus 15.12.2005, ECLI:EU:C:2005:784.

EUT, C-243/19 *A v. Veselības ministrija*, julkisasiamies Gerard Hoganin ratkaisuehdotus 30.4.2020, ECLI:EU:C:2020:325.

Vuoden 1972 kansanterveyslaki (66/1972).

Vuoden 1956 kansaneläkelaki (347/1956).

Vuoden 1963 sairausvakuutuslaki (364/1963).

Kotikuntalaki (201/1994)

Suomen perustuslaki (731/1999).

Sairausvakuutuslaki (1224/2004).

Terveydenhuoltolaki (1326/2010).

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta (rajalaki, 1201/2013).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021).

HE 102/1981 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi.

HE 138/2022 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta.

Oikeuskäytäntö

Euroopan unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntö

EUT, asia C-26/62, *Van Gend en Loos*, tuomio 5.2.1963, ECLI:EU:C:1963:1.

EUT, asia 6/64, *Costa v. ENEL*, tuomio 15.7.1964, EU:C:1964:66.

EUT, asia C-39/72, *Commission v. Italy*, tuomio 7.2.1973, EU:C:1973:13.

EUT, asia C-33/74, *Van Binsbergen*, tuomio 3.12.1974, EU:C:1974:131.

EUT, asia 41/74, *Van Duyn*, tuomio 4.12.1974 EU:C:1974:133.

EUT, asiat C-74/76, *Iannelli ja Volpi*, tuomio 22.3.1977, EU:C:1977:51.

EUT, yhdistetyt asiat 286/82 ja 26/83, *Graziana Luisi v. Ministero del Tesoro ja Giuseppe Carbone v. Ministero del Tesoro*, tuomio 31.1.1984, ECLI:EU:C:1984:35.

EUT, asia C-55/94, *Gebhard*, tuomio 30.11.1995, EU:C:1995:411.

EUT, yhdistetyt asiat C-245/94 ja C-312/94, *Hoever ja Zachow v. Land Nordrhein-Westfalen*, tuomio 10.10.1996, ECLI:EU:C:1996:379.

EUT, asia C-70/95, *Sodemare*, tuomio 17.6.1997, ECLI:EU:C:1997:301.

EUT, asia C-120/95, *Decker*, tuomio 28.4.1998, ECLI:EU:C:1998:167.

EUT, asia C-158/96, *Kohll*, tuomio 28.4.1998, ECLI:EU:C:1998:171.

EUT, asia C-368/98, *Vanbraekel*, tuomio 12.7.2001, ECLI:EU:C:2001:400.

EUT, asia C-157/99, *Geraets-Smits ja Peerbooms*, tuomio 12.7.2001, ECLI:EU:C:2001:404.

EUT, asia C-385/99, *Müller-Fauré ja van Riet*, tuomio 13.5.2003, ECLI:EU:C:2003:270.

EUT, asia C-422/01, *Skandia*, tuomio 26.6.2003, ECLI:EU:C:2003:380.

EUT, asia C-56/01, *Inizan*, tuomio 23.10.2003, ECLI:EU:C:2003:578.

EUT, asia C-215/01, *Schnitzer*, tuomio 11.12.2003, ECLI:EU:C:2003:662.

EUT, asia C-8/02, *Leichtle*, tuomio 18.3.2004, ECLI:EU:C:2004:161.

EUT, asia C-145/03 *Keller*, tuomio 12.4.2005, ECLI:EU:C:2005:211.

EUT, asia C-466/04 *Acereda Herrera*, tuomio 19.1.2006, ECLI:EU:C:2006:55.

EUT, asia C-372/04, *Watts*, tuomio 16.5.2006, ECLI:EU:C:2006:325.

EUT, asia C-444/05, *Stamatelaki*, tuomio 19.4.2007, ECLI:EU:C:2007:231.

EUT, asia C-208/07, *von Chamier-Glisczinski*, tuomio 16.7.2009, ECLI:EU:C:2009:455.

EUT, asia C-512/08 *Euroopan komissio v. Ranska*, tuomio 5.10.2010, ECLI:EU:C:2010:579.

EUT, asia C-173/09, *Elchinov*, tuomio 5.10.2010, ECLI:EU:C:2010:581.

EUT, asia C-108/09, *Ker-Optika*, tuomio 2.12.2010, ECLI:EU:C:2010:725.

EUT, asia C-255/09 *Euroopan komissio v. Portugali*, tuomio 27.10.2011, ECLI:EU:C:2011:695.

EUT, asia C-268/13, *Petru*, tuomio 9.10.2014, ECLI:EU:C:2014:2271.

EUT, asia C-777/18, *WO*, tuomio 30.9.2020, EU:C:2020:745.

EUT, asia C-243/19 A v. *Veselības ministrija*, tuomio 29.10.2020, EU:C:2020:872.

EUT, asia C-538/19, *Casa Națională de Asigurări de Sănătate ja Casa de Asigurări de Sănătate Constanța*, tuomio 6.10.2021, EU:C:2021:809.

Muu oikeuskäytäntö

KHO 2015:189

Verkkolähteet

Edilex-uutiset (Surakka, Jani), Ulkomailla saadusta sairaanhoidosta voi nyt saada aiempaa suuremman korvauksen. Edilex-toimitus 3.5.2023. <https://www-edilex-fi.ezproxy.ulapland.fi/uutiset> (10.1.2026).

European Commission, Your social security rights country by country. <https://employment-social-affairs.ec.europa.eu> (10.4.2026).

Kela, Suomen sosiaaliturva, <https://www.kela.fi/suomen-sosiaaliturva> (10.4.2026).

Lyhenteet

ETA	Euroopan talousalue
EU	Euroopan unioni
EUT	Euroopan unionin tuomioistuin
EY	Euroopan yhteisö
HE	Hallituksen esitys
Kela	Kansaneläkelaitos
KHO	Korkein hallinto-oikeus
Rajalaki	Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta (1201/2013)
(Potilas)direktiivi	Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9.3.2011 potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa
SEU	Sopimus Euroopan unionista
SEUT	Sopimus Euroopan unionin toiminnasta
(Sosiaaliturva-)asetus	Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 883/2004, annettu 29.4.2004, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta
Täytäntöönpanoasetus	Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 987/2009, annettu 16 päivänä syyskuuta 2009, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen (EY) N:o 883/2004 täytäntöönpanomenettelystä (ETA:n ja Sveitsin kannalta merkityksellinen teksti).

1 Johdanto

1.1 Tutkimuksen konteksti ja käsitteet

Nykypäivänä Euroopan unionin (EU) kansalaisella on helppoa ylittää valtioiden rajoja Euroopan unionin sisällä. Valtioiden rajojen yli lähdetään, tullaan ja palataan. Ihmiset voivat muuttaa toiseen jäsenvaltioon työn perässä, opiskelemaan tai eläkepäiviä viettämään. Samalla tavalla on mahdollista vierailta toisessa jäsenvaltiossa tilapäisesti esimerkiksi lomailutarkoituksessa. Termi ”rajat ylittävä” liittyy juuri valtioiden rajojen ylitykseen.

Rajojen ylitys on kyseessä myös silloin, kun henkilö käyttää terveydenhuollon palveluita oman asuinvaltionsa ulkopuolella. ”Rajat ylittävä terveydenhuolto” mahdollistaa sen, että Euroopan unionin kansalainen¹ voi hakeutua mihin tahansa EU-jäsenvaltioon hoitoon, ja tietyissä tilanteissa hänellä on oikeus saada tällainen hoito korvatuksi kotijäsenvaltionsa kustannuksella.² Kuluista vastaa siis yleensä se jäsenvaltio, jossa potilas on vakuutettu ja jossa hän asuu.³ Oikeus rajat ylittävään terveydenhuoltoon toteuttaa unionin perusvapauksiin kuuluvaa vapaata liikkuvuutta sekä yksittäisen potilaan oikeutta saada laadukasta terveydenhuoltoa.

Käsite ’rajat ylittävä terveydenhuolto’ on määritelty niin EU-lainsäädännössä kuin kotimaisessa lainsäädännössä. EU-lainsäädännössä direktiivin 2011/24/EU⁴ eli niin kutsutun potilasdirektiivin (myöhemmin myös direktiivi) 3 artiklan e alakohdan mukaan ”rajatylittävällä⁵ terveydenhuollolla” tarkoitetaan muussa jäsenvaltiossa kuin vakuutusjäsenvaltiossa tarjottua tai määrättyä terveydenhuoltoa. Vakuutusjäsenvaltiolla ja toimivaltaisella jäsenvaltiolla⁶

¹ Myös Euroopan talousalueeseen (ETA) kuuluvien valtioiden kansalaisilla on mahdollisuus hakeutua EU:n alueella toiseen valtioon hoitoon, mutta vain asetusten (EY) 883/2004 ja (EY) N:o 987/2009 nojalla. Sen sijaan potilasdirektiivi 2011/24/EU ei koske Euroopan talousaluetta (ETA) eikä Sveitsiä.

² Puppo *et al.* 2025, s. 13.

³ Bermejo 2014, s. 368.

⁴ Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9.3.2011 potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävissä terveydenhuollossa (potilasdirektiivi).

⁵ Potilasdirektiivissä sana on säännönmukaisesti kirjoitettu yhteen, mutta lähtökohtaisesti sana kirjoitetaan kielenhuollollisesti erikseen. Kielenhuollollisista syistä käytän tutkielmassa jatkossa jälkimmäistä kirjoitusasua.

⁶ Vakuutusjäsenvaltio ja toimivaltainen jäsenvaltio ovat sama asia. ”Vakuutusjäsenvaltio” on direktiivissä 2011/24/EU käytetty käsite, jolla tarkoitetaan sen 3 artiklan c alakohdan i alakohdan mukaan samaa kuin Euroopan parlamentin ja neuvoston sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen (EY) N:o 883/2004, annettu 29.4.2004, mukainen ”toimivaltainen jäsenvaltio”. Toimivaltainen on asetuksen 1 artiklan s kohdan mukaan se jäsenvaltio, jossa toimivaltainen laitos sijaitsee. Useimmiten

tarkoitetaan sitä jäsenvaltiota, jossa potilas on vakuutettu etuutta hakiessaan ja⁷ joka on toimivaltainen myöntämään vakuutetulle ennakkoluvan saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella.⁸ Ennakkolupaa voidaan edellyttää tietyissä tilanteissa rajat ylittävään terveydenhuoltoon. Lupa on vakuutusjäsenvaltion myöntämä virallinen lupa siitä, että se korvaa potilaan suunnitellun rajat ylittävän terveydenhuollon kustannukset.⁹

Suomessa potilasdirektiivi on pantu täytäntöön lailla rajat ylittävästä terveydenhuollosta (rajalaki, 1201/2013). Kansallisessa lainsäädännössä 'rajat ylittävä terveydenhuolto' on määritelty lain 4 §:n 1 momentin 7 kohdassa. Sen mukaan käsitteellä tarkoitetaan paitsi henkilön saamaa terveydenhuollon palvelua, myös terveydenhuollon palveluista aiheutunutta kustannusta, joka on toteutunut muualla kuin valtiossa, joka vastaa hänen sairaanhoitonsa kustannuksista EU:n sosiaalioikeudellisten säännösten, kansainvälisen sopimuksen, sosiaaliturvasopimuksen tai kyseisen lain perusteella.

Rajat ylittävä potilas voi siis lähteä EU:n alueella toiseen jäsenvaltioon hoitoon ja saada hoitonsa korvatuksi. Esimerkinomaisesti mainittakoon, että Suomessa korvattavia terveydenhuollon palveluita ja kustannuksia ovat terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädettävät julkiset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut sekä sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaiset sairaanhoitokorvaukset, joita ovat lain 2 luvun 1 §:n mukaan mm. lääkärin suorittama tutkimus ja hoito sekä lääkkeet ja matkakustannukset.

Nämä korvattavat palvelut ja kulut ovat EU:n sosiaaliturva-asetuksen (EY) N:o 883/2004¹⁰ (myöhemmin myös asetus) mukaisia luontoisetuuksina pidettäviä sairausetuuksia.¹¹ Tällaiset luontoisetuudet korvataan pääsääntöisesti täysimääräisesti, mutta esimerkiksi Suomessa

kyseessä on saman artiklan q kohdan i alakohdan tarkoittamalla tavalla se jäsenvaltio, jossa potilas on vakuutettu etuutta hakiessaan.

⁷ Toimivaltainen jäsenvaltio (asetuksen (EY) 883/2004 mukainen käsite) tai vakuutusjäsenvaltio (direktiivin 2011/24/EU mukainen käsite) on yleensä se, jossa potilas on vakuutettu, ja joka on siten toimivaltainen myöntämään ennakkoluvan. Yleensä henkilö myös asuu kyseisessä jäsenvaltiossa. Aina tilanne ei kuitenkaan ole tämä, eikä vakuutusjäsenvaltio siksi yksiselitteisesti aina ole toimivaltainen myöntämään ennakkolupaa. Mikäli henkilö viettää esimerkiksi eläkepäiviään jäsenvaltiossa, joka käyttää kiinteämääräisten summien korvausjärjestelmää, ja hakeutuu hoitoon kolmanteen jäsenvaltioon, on asuinjäsenvaltio tällaisessa tapauksessa toimivaltainen myöntämään ennakkoluvan. Jäsenvaltiot, joilla on kiinteämääräinen korvausjärjestelmä käytössään, on lueteltu asetuksen (EY) N:o 987/2009 liitteessä 3. Esim. Suomi ja Espanja kuuluvat niiden joukkoon. Ks. myös Bermejo 2014 s. 368.

⁸ Direktiivin 2011/24/EU 3 artiklan c alakohta. Normaalisti se jäsenvaltio, jossa potilas on vakuutettu, on toimivaltainen myöntämään ennakkoluvan. Ks. Van Seben et al. 2022, s. 7.

⁹ Puppo *et al.* 2025, s. 25.

¹⁰ Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 883/2004, annettu 29.4.2004, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta (sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettu asetus).

¹¹ Kotkas 2019, s. 219–220.

korvaukset määritetään ja suoritetaan kiinteämääräisten summien perusteella.¹² Suomessa rajat ylittävän terveydenhuollon maksujen suorittamisesta huolehtii valtion puolesta Kansaneläkelaitos (Kela).¹³

Kulujen korvausta taas on perinteisesti ohjannut alueperiaate. Alueperiaate on suojellut kansallisia terveydenhuoltojärjestelmiä korostamalla jäsenvaltion toimivaltaa suunnitella ja järjestää oma sosiaaliturvajärjestelmänsä. Potilaiden vapaan liikkuvuuden nostessa päätään alueperiaatteen idea on kuitenkin mennyt sekaisin.¹⁴ EU on lisännyt toimivaltaansa alalla asteittain. Niinpä jäsenvaltioiden voi olla hankalaa suunnitella sosiaaliturvajärjestelmiensä rahoitus, etenkin jos ne joutuvat korvaamaan paljon yllättäviä, toisessa jäsenvaltiossa syntyneitä rajat ylittävien potilaiden hoitokuluja.

Euroopan unionin intressinä on toteuttaa vapaata liikkuvuutta unionissa, jota rajat ylittävä terveydenhuoltokin edistää. Jotta Euroopan unionin kansalaisilla olisi oikeus päästä hoitoon missä tahansa EU:n jäsenvaltiossa ja mahdollisuus saada asuinjäsenvaltioltaan korvaus rajat ylittävän terveydenhoidon kuluista, Euroopan unioni on ottanut käyttöönsä eräitä lainsäädännöllisiä keinoja.¹⁵ Yksilöiden oikeuksista terveydenhuoltoon rajat ylittävissä tilanteissa säännellään sosiaaioikeudellisten normien kokonaisuudella. Siihen sisältyy sääntely valtioiden velvollisuudesta järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sekä vastata niiden kustannuksista rajat ylittävissä tilanteissa.¹⁶

Tällä rajat ylittävällä sosiaaioikeudellisella sääntelyllä on useita tarkoitusperiä. Niitä voidaan erottaa ainakin viisi. Ensimmäisenä tarkoituksena on mahdollistaa henkilöiden valtioiden rajat ylittävä liikkuminen. Toisekseen tarkoituksena on varmistaa yksilöiden sosiaalisten oikeuksien toteutuminen. Kolmantena tarkoituksena on turvata kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien taloudellinen kestävyys. Neljäntenä tarkoituksena on kansallisten sosiaaliturvalainsäädäntöjen päällekkäisten soveltamisen ehkäiseminen ja viidentenä sosiaalietuuksista aiheutuvasta kustannusvastuusta sopiminen.¹⁷ Nämä tarkoitusperät ovat osin limittyneitä toisiinsa ja osin jopa toisilleen vastakkaisia.

¹² Asetus (EY) 883/2004 35 artikla 1 ja 2 kohdat, täytäntöönpanoasetus (EY) N:o 987/2009 63 artikla ja liite 3.

¹³ HE 138/2022, s. 13.

¹⁴ Wojcik 2019, s. 140.

¹⁵ Puppo *et al.* 2025, s. 12–13.

¹⁶ Kotkas 2019, s. 4–5.

¹⁷ Kotkas 2019, s. 5–6.

Rajat ylittävän sosiaalioikeudellisen sääntelyn tulkinta ja siihen perustuva oikeudellinen päätöksenteko vaatii usein tasapainoilua eri suuntiin vetävien tarkoitusperien välillä.¹⁸

Tarkoituseristä valtioiden rajat ylittävän liikkumisen mahdollistaminen ja yksilöiden sosiaalisten oikeuksien toteutumisen varmistaminen vetävät molemmat samaan suuntaan.¹⁹ Samoin tekevät kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien taloudellisen kestävyuden turvaaminen ja yksilöiden sosiaalisten oikeuksien toteutumisen varmistaminen, sillä tulisihan henkilöllä lähtökohtaisesti olla oikeus terveydenhuoltoon omassa maassaan.²⁰ Kumpikin yhdistelmä siis pyrkii varmistamaan yksilöiden sosiaalisten oikeuksien toteutumisen, mutta omalla tavallaan.

Sen sijaan tietyssä mielessä vastakkaisia ovat rajat ylittävän liikkumisen mahdollistaminen ja kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien taloudellisen kestävyuden turvaaminen.²¹ Näiden kahden vastakkaisiin suuntiin vetävän tarkoitusperän välinen jännite ilmentyy mm. ennakkolupajärjestelmää koskevassa unionin sekundäärioikeudellisessa sääntelyssä sekä siihen liittyvässä Euroopan unionin tuomioistuimen (EUT) oikeuskäytännössä. Euroopan unionin tuomioistuimen oikeuskäytännön mukaan ennakkolupa rajoittaa perussopimusten mukaista vapaata liikkuvuutta.²² Samalla ennakkolupa on kuitenkin jäsenvaltioiden keino hallita niiden kansantalouden ja terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmien rahoituksen tasapainoa.²³ Vastakkain ovat kaksi intressiä: rajat ylittävän liikkumisen mahdollistaminen ja kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien taloudellisen kestävyuden turvaaminen.

1.2 Tutkimuskysymys, aiheen rajausta ja tutkielman rakenne

Rajat ylittävän liikkumisen mahdollistaminen ja kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien taloudellisen kestävyuden turvaaminen ovat siis kahteen eri suuntaan vetäviä tarkoitusperiä, joiden välistä jännitettä tutkielmani tarkastelee. Tämän jännitteen ilmentymänä voidaan pitää ennakkolupajärjestelmää. Tutkimuskysymykseni on seuraava: miten kahta oikeudellista mutta eri suuntiin vetävää tavoitetta, eli rajat ylittävän liikkumisen mahdollistamista ja kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien taloudellisen kestävyuden turvaamista, punnitaan EU-oikeudessa

¹⁸ Kotkas 2019, s. 5–6.

¹⁹ Kotkas 2019, s. 5–6.

²⁰ Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebes 2022, s. 191–192.

²¹ Kotkas 2019, s. 5–6.

²² Ks. asia C-777/18 *WO*, EU:C:2020:745, 58 kohta oikeuskäytäntöviittauksineen; Direktiivin 2011/24/EU johdanto-osan 38 kohta.

²³ Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebes 2022, s. 191.

suhteessa toisiinsa? Tutkielmani keskittyy erityisesti ennakkolupajärjestelmän viitekehykseen. Vertailen myös asetuksen ja direktiivin mukaisten ennakkolupien mahdollisia eroja ja yhtäläisyyksiä tässä kontekstissa. Keskityn niiden mahdollisiin eroihin siitä, miten ne säätävät ennakkoluvasta ja siten ilmentävät rajat ylittävän sosiaalioikeudellisen sääntelyn jännitettä. Lähestymistapani on oikeutta systematisoiva.

On sinänsä selvää, että Euroopan unionin tuomioistuin painottaa oikeuskäytännössään omia intressejään. Niinpä tutkielman mielenkiinto keskittyy etenkin siihen, missä menee EUT:n toimivallan rajat sosiaalioikeudellisen sääntelyn suhteen: kuinka pitkälle se on pystynyt perusvapauksia viemään ja toisaalta, milloin se on taipunut jäsenvaltioiden intresseille ja antanut tilaa poikkeussäännösten soveltamiselle.²⁴ Aihe on mielenkiintoinen juuri siksi, että perinteisesti jäsenvaltiot ovat saaneet määrätä omista sosiaaliturvajärjestelmistään, ja teoriassa näin on edelleen. Kuitenkin EU on hiljalleen lisännyt toimivaltaansa tällä saralla. Voidaanko jäsenvaltioilla todella katsoa olevan merkittäväällä tavalla toimivaltaa sosiaaliturvan alalla? Miten tämä kehitys on kulkenut ja mihin ratkaisuihin unionissa on päädytty?

Kysymys on mielenkiintoinen myös siksi, että joidenkin näkemyksen mukaan Euroopan unionin tuomioistuin ei ole pitäytynyt ainoastaan oikeuden tulkitsijan ja soveltajan roolissa, vaan on kriitikoiden mukaan niin sanotusti luonut oikeutta²⁵ ja hiljalleen kasvattanut omaa valtaansa poliittisten päättäjien kustannuksella. Useimmiten EU-oikeuden vaikutuspiirin laajeneminen liittyy sisämarkkinoihin.²⁶

Vaikka rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja sen kehityksestä on tehty tutkimusta jo ennestään, ja etenkin EUT:n oikeuskäytäntöä aiheesta sekä potilasdirektiiviä on analysoitu suhteellisen runsaasti, on valitsemani näkökulma tuore. Kahden eri suuntiin vetävän tarkoituserän välinen jännite ei ole aikaisemmin ollut tarkastelussa ennakkoluvan viitekehityksessä. Oikeudellisesti aihe on erittäin mielenkiintoinen ja monisyinen juuri vastakkaisiin suuntiin vetävien tarkoituserien vuoksi, joilla tavoitellaan samaan aikaan osin myös samoja asioita. Aiheen kytkeminen osaksi ennakkolupajärjestelmää tarjoaa uuden lähestymistavan aiheeseen ja sen systematisointiin. Tutkielma pyrkii avaamaan EUT:n ratkaisuntekoa sekä sitä, miltä jännitteiden välinen suhde on kehittynyt sekä miten se näyttäytyy nykyään. Jännite ilmenee unionin

²⁴ Ks. myös Sankari 2001, s. 5–7.

²⁵ Vrt. Sankari 2011, s. 283–284.

²⁶ Haapea – Ojanen 2007, s. 16.

tuomioistuimen oikeuskäytännössä myös muussa yhteydessä kuin ennakkolupajärjestelmän viitekehysessä²⁷, mutta huomioin näitä seikkoja tutkielmassani vain tarpeellisilta osin.

Kaikkeen rajat ylittävään terveydenhuoltoon ei tarvita ennakkolupaa, joten aihetta on välttämätöntä rajata. Rajat ylittävän terveydenhuollon voidaan katsoa olevan jaettavissa kolmeen eri tilanteeseen. Henkilö voi ensinnäkin oleskella toimivaltaisen jäsenvaltion ulkopuolella toisessa jäsenvaltiossa esimerkiksi eläkepäiviä viettäen. Toisekseen on mahdollista, että henkilö oleskelee toisessa jäsenvaltiossa väliaikaisesti. Tällöin kyse voi olla esimerkiksi lomamatkasta, jonka aikana henkilö tarvitsee kiireellistä hoitoa murtuneen jalan vuoksi.

Kolmanneksi kyse voi olla suunnitellusta terveydenhuollosta.²⁸ Tällöin henkilö hakeutuu oma-aloitteisesti toiseen jäsenvaltioon hoitoon. Perusteena hakeutumiselle voi olla esimerkiksi toisessa jäsenvaltiossa tarjottavan hoidon parempi laatu, edullisempi hinta taikka kotimaan pitkäksi koettu hoitojono.²⁹ Syynä voi olla myös se, ettei tarvittavaa hoitoa ole kotimaassa saatavilla,³⁰ vaikka se saattaa silti sisältyä niihin hoitoihin, jotka jäsenvaltion terveydenhuoltojärjestelmä kattaa.³¹ Tarkastelen tutkielmassani vain tilanteita, joissa potilas hakeutuu varta vasten hoitoon toiseen jäsenvaltioon. Tällöin henkilön on lähtökohtaisesti haettava toimivaltaiselta jäsenvaltiolta ennakkolupaa ennen rajat ylittävään hoitoon hakeutumista³², jotta toimivaltainen jäsenvaltio voisi korvata potilaan terveydenhuollon.

Juuri suunniteltu rajat ylittävä terveydenhuolto on osa monimutkaista oikeudellista viitekehystä. Kun suunnitteleman terveydenhuolto on säännelty melkein yksiselitteisesti asetuksen (EY) 883/2004 säännöksillä, suunnitellun rajat ylittävän terveydenhuollon sääntely on paljon moniulotteisempi kokonaisuus sen koostuessa niin asetuksen (EY) 883/2004, Sopimuksen Euroopan unionin toiminnasta (SEUT) 56 artiklaa koskevan unionin tuomioistuimen

²⁷ Ks. esimerkiksi asia C-444/05 *Stamatelaki*, ECLI:EU:C:2007:231, erityisesti kohdat 14, 16, 26 ja 38. Asiassa ei ollut kyse ennakkoluvasta, vaan ainoastaan siitä, ettei ulkomailla sijaitsevassa yksityisessä sairaalassa saatua hoitoa suostuttu korvaamaan, mikä muodosti esteen vapaalle liikkuvuudelle. EU-oikeuden kanssa yhteensopiva ei ollut sellainen kansallinen säännös, jonka mukaan toisessa jäsenvaltiossa saadusta yksityisen sairaalahoidon kuluista ei saisi korvausta, vaikka kotimaassa sekä julkisen että yksityisen sairaalahoidon kulut on mahdollista korvata.

²⁸ Strban 2013, s. 393–394.

²⁹ Tuovinen 2012, s. 23.

³⁰ Pennings 2011, s. 448.

³¹ Leeuwen 2023, s. 663.

³² Strban 2013, s. 393–394.

oikeuskäytännön kuin potilasdirektiivinkin välisestä vuorovaikutuksesta.³³ Siksi myös ennakkolupaa koskeva sääntely on hajanaista.

Euroopan unionin sekundaarioikeudessa oikeudesta hakeutua varta vasten hoitoon toiseen jäsenvaltioon sekä ennakkoluvasta säädetään siis edellä mainitulla tavalla sekä asetuksen, että direktiivin tasolla. Asetuksen (EY) 883/2004 ja direktiivin 2011/24/EU välinen suhde on oikeudellisesti monimutkainen, ja suuren yleisön voi olla vaikea ymmärtää sitä.³⁴ Ne esimerkiksi eroavat toisistaan soveltamisalaltaan, vaikka niiden soveltamisala on samalla osin myös päällekkäinen.³⁵ Siksi on mahdollista, että samaan tilanteeseen voidaan soveltaa sekä asetuksen että direktiivin säännöksiä. Asetuksen ja direktiivin mielenkiintoisesta suhteesta toisiinsa sekä niiden välisistä eroista – ja toisaalta yhtäläisyyksistä – johtuen pyrin systematisoimaan asetuksen ja direktiivin mukaisten ennakkolupajärjestelmien suhdetta toisiinsa. Keskityn erityisesti siihen, näyttäytykö tarkoituksien välinen jännite erilaisena asetuksen ja toisaalta direktiivin mukaisen ennakkolupajärjestelmän viitekehyksessä.

Koska direktiivin säännökset on implementoitava kansalliseen lakiin, se säätää vain minimivaatimuksista. Tässä tutkielmassa on tarkasteltu nimenomaan direktiivin säätämiä minimivaatimuksia, vaikka yksittäisissä tilanteissa kansallinen toteutus voi vaikuttaa siihen, millainen lopputulos tosiasiallisesti on.

Rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyy väistämättä oikeus terveyteen, jota suojellaan ihmisoikeutena. Koska todellisuudessa on mahdoton tehtävä turvata yksiselitteisesti oikeutta olla terve³⁶, terveyttä voidaan lainsäädännöllisin keinoin pyrkiä suojelemaan muilla tavoin. Esimerkiksi Euroopan unionissa säädetään oikeudesta saada terveydenhuoltoa. Kyseinen säännös on Euroopan unionin perusoikeuskirjan 35 artiklassa. Sopimuksen Euroopan unionista (SEU) 6 artiklan 1 kohdan mukaan perusoikeuskirjalla on nykyään EU:ssa sama arvo kuin perussopimuksilla. Aiemmin ihmisoikeudet on tunnistettu unionissa lähinnä vain yleisinä periaatteina. Tästä kertoo SEU 6 artiklan 3 kohta, jonka mukaan Euroopan ihmisoikeussopimuksen perusoikeudet ovat osa unionin oikeutta yleisinä oikeusperiaatteina. Vaikka rajat ylittävän terveydenhuollon ihmisoikeudellisen ulottuvuuden olemassaolo ja sen merkityksen vahvistuminen Euroopan unionin oikeudessa on näin ollen hyvä tunnistaa, raja sen lähemmän tarkastelun tutkielman ulkopuolelle ja viittaa siihen vain tarpeellisilta osin.

³³ Wojcik 2019, s. 102.

³⁴ COM(2022) 210 final, s. 17

³⁵ Pennings 2011, s. 446.

³⁶ San Giorgi 2012, s. 9.

Sosiaalioikeudellisissa sääntelyvälineissä on omat säännöksensä koskien myös kolmannen maan kansalaisia. Rajaan nämä kohdat tutkielman ulkopuolelle. Tutkielmani kohdentuu siten vain Euroopan unionin jäsenvaltioiden kansalaisia koskevaan, pääasiassa EU-oikeudelliseen sääntelyyn.

Koska tutkielmani on EU-oikeudellinen, on sen huomioitava mahdolliset kielelliset, käsitteelliset ja periaatteelliset eroavaisuudet suhteessa kansalliseen oikeuteen. EU-oikeudelliset käsitteet on määriteltävä EU-oikeuden vaatimusten ja unionin tavoitteiden mukaisesti.³⁷ Esimerkiksi EU:ssa työntekijän sosiaaliturva kattaa vanhuuseläkkeen, työkyvyttömyyseläkkeen, sairausetuudet, perhe-etuudet sekä työttömyysetuudet.³⁸ Eri jäsenvaltioissa sosiaaliturva voi kuitenkin kattaa hyvin eri asioita.³⁹ Suomessa sosiaaliturva kattaa myös mm. huolenpitopalvelut, eli se on laajempi kuin Euroopan unionin käsite. Lisäksi Suomessa sosiaaliturva voi perustua joko asumiseen tai työntekoon.⁴⁰ Sitä säännellään sosiaalioikeudellisilla normistoilla, ja perustuslain (731/1999) 19 §:ssä säädetyllä tavalla se voidaan jakaa toimeentuloturvaan sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoon.⁴¹ Oleellista on, että tutkielmani rajautuu tarkastelemaan sosiaaliturvaa nimenomaan sairausetuuksien ja terveydenhuollon kannalta.

Tutkimuskysymykseen vastaaminen alkaa ensinnäkin osoittamalla luvussa 2, että tällainen kahden tarkoituksiperän välinen jännite on olemassa. Luvussa käyn läpi tarkoituksiperien historiaa, kontekstia ja sääntelykehystä sekä niiden tavoitteita ja merkitystä. Sitten siirryn tarkastelemaan jännitettä ennakkoluvan viitekehyksessä. Koska ennakkoluvasta säännellään sekundaarioikeudessa kahdella eri tasolla, käyn ensin läpi asetuksen mukaisen ennakkoluvan luvussa 3. Luku alkaa ensin katsauksella asetukseen sekä sen toimintaperiaatteisiin. Lisäksi käyn läpi unionin tuomioistuimen tulkintaa asetuksen mukaiseen ennakkolupaan liittyen. Sen jälkeen otan luvussa 4 tarkastelun kohteeksi direktiivin, jossa ensin käyn direktiivin yleisellä tasolla läpi, minkä jälkeen keskityn direktiivin ennakkolupaan ja sitä koskevaan oikeuskäytäntöön. Lukujen tarkoituksena on esittää pohdintaa ja analyysiä siitä, miten sääntelyn eri tarkoituksiperät ovat sovitettavissa yhteen, mitä niistä kulloinkin on painotettu ja millä perusteilla. Niin ikään tarkoituksena on antaa kriittinen katsaus Euroopan unionin

³⁷ Borchardt 2023, s. 141.

³⁸ Borchardt 2023, s. 56.

³⁹ European Commission. Your social security rights country by country <https://employment-social-affairs.ec.europa.eu> (10.4.2026).

⁴⁰ Kela, Suomen sosiaaliturva <https://www.kela.fi/suomen-sosiaaliturva> (10.4.2026).

⁴¹ Tuori – Kotkas 2023, s. 4.

tuomioistuimen ratkaisutoiminnasta ja -sääntelystä kahden eri suuntaan vetävän tavoitteen välillä ennakkoluvan viitekehyksessä, sekä systematisoida sitä ymmärrettävämpään muotoon. Luvussa 5 tarkastelen lyhyesti sitä, miten asetuksen ja direktiivin mukaiset ennakkoluvat mahdollisesti eroavat toisistaan ja lopuksi esitän yhteenvedon tutkielmasta ja sen johtopäätöksistä luvussa 6.

1.3 Tutkimusmetodi ja oikeuslähteet

Hyödynnän tutkielmassani etenkin Euroopan unionin perussopimuksia, unionin johdettua oikeutta sekä Euroopan unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntöä. Tutkimuskohteena on lainsäädännön ja oikeuskäytännön sisältö, ja tutkimusmetodini on siksi lainopillinen eli oikeusdogmaattinen.

Lainoppi jakautuu teoreettiseen ja käytännölliseen lainoppiin.⁴² Teoreettinen lainoppi systematisoi oikeusnormeja. Se tuottaa, tarkistaa ja muotoilee oikeudellisia teorioita ja rakentaa oikeudesta johdonmukaisen järjestelmän. Käytännöllinen lainoppi puolestaan tulkitsee oikeusnormeja sekä esittää niitä koskevia tulkintasuosituksia.⁴³ Se on luonteeltaan tulkintatiede, jolloin sen kohteena ovat erilaiset juridiset tekstit tai termit ja tavoitteena niiden täsmentäminen.⁴⁴ Lainopin tehtävänä on siis sekä systematisoida eli jäsentää säännösten ja säädösten välisiä yhteyksiä, että tulkita voimassa olevia säädöksiä.⁴⁵

Tutkielmani on teoreettista lainoppia eli oikeussääntöjen systematisointia. Siltä osin, kun tutkielmassa käydään läpi EU-oikeudellisen sääntelyn muutoksia lyhyellä aikavälillä, tutkielman tarkastelutavan voidaan sanoa olevan myös lakihistoriallinen.⁴⁶

Systematisoinnin kannalta on oleellista, että ongelma on ensin sijoitettu oikeusjärjestyksen systematiikkaan. Se on toisin sanoen kytkettävä vakiintuneeseen oikeudenalajaotukseen, joka taas määrää sen tavan, jolla lainoppineet lähestyvät oikeudellista ongelmaa. Vasta sen jälkeen on mahdollista arvioida tapaukseen sovellettavaa normistoa ja lain säännöksiä, ehkä jopa kirjoittamattomia yleisiä oikeusperiaatteita.⁴⁷ Niinpä tutkimuksessa oleellista on se, että aihe on

⁴² Aarnio 1997, s. 53.

⁴³ Aarnio 2011, s. 126.

⁴⁴ Määttä – Paso 2019, s. 7–8.

⁴⁵ Aarnio 2011, s. 6, 130.

⁴⁶ Kekkonen 2013, s. 7.

⁴⁷ Tuori 2007, s. 108.

EU-oikeudellinen. EU-oikeuden sisällä aihe rajautuu tarkemmin sosiaaioikeudellisiin kysymyksiin, ja sitä on tarkasteltava tässä kontekstissa.

Aiheen tutkimiseen tarvitaan myös erilaisia menetelmiä eli metodeita. Vuolannon mukaan menetelmä voidaan käsittää tutkimusprosessina, työkaluina, teoreettisena viitekehyksenä, näkökulmana tai lähestymistapana sekä esittämisen tai argumentoinnin menetelminä.⁴⁸ On olennaista ymmärtää, että systematisoinnissa on aina läsnä tietty subjektiivisuus: systematisointi on kontekstisidonnaista, ja kyse on tutkijan omasta ajattelusta. Niinpä sille ei välttämättä ole olemassa tarkkarajaisia metodisia lähtökohtia.⁴⁹

Joka tapauksessa systeemisellä metodilla rakennetaan oikeusjärjestelmän loogista ristiriidattomuutta ja oikeuden arvo- ja tavoiteperustan yhtenäisyyttä. Tuekseen systematisointi vaatii tulkintaa, sillä ilman ymmärrystä normien sisällöstä niitä ei voida systematisoida.⁵⁰ Yksittäisen lain säädöksen eli varsinaisen oikeuslähteen oikeudellisen sisällön määrittäminen voikin vaatia tulkintaa tulkintalähteiden, esimerkiksi muiden säännösten tai oikeuskäytännön, avulla. Myös siksi menetelmien välille voi olla vaikea vetää tarkkaa rajaa. Argumentaatio-opit puolestaan määrittävät, miten oikeuslähteiden valintaa ja tulkintaa koskevat kysymykset on perusteltava. Kaikkien oppien välillä vallitsee siten riippuvuussuhde.⁵¹

Yleisesti lainopin menetelmiksi voidaankin kuvata oikeuslähde-, tulkinta- ja argumentaatio-oppeja. Ne määrittävät, miten oikeudellinen tulkintaongelma tulee ratkaista. Ne rajaavat lähdeaineiston sekä määrittävät niiden keskinäisiä painotuksia suhteessa käsiteltävään tulkintaongelmaan.⁵² Kansallisen oikeuden ja EU-oikeuden oikeuslähteet ja niiden tulkinta- ja argumentaatio-opit eivät ole näkökulmiltaan täysin samat.⁵³ Niinpä keskityn aiheeseen EU-oikeuden näkökulmasta.

Nykyään voidaan usein puhua oikeusjärjestyksen konsistenssista ja koherenssista. Konsistenssi on oikeusnormien keskinäistä loogista ristiriidattomuutta, koherenssi sisällöllistä johdonmukaisuutta.⁵⁴ Systematisoijan pyrkiessä kohti johdonmukaisuutta ja ristiriidattomuutta normien välisiä ristiriitoja voidaan ratkaista esimerkiksi normihierarkian avulla.⁵⁵

⁴⁸ Rautiainen *et al.* 2023, luku 1.5.1.

⁴⁹ Rautiainen *et al.* 2023, luku 4.

⁵⁰ Rautiainen *et al.* 2023, luku 4.2.

⁵¹ Rautiainen *et al.* 2023, luku 3.2.

⁵² Määttä – Paso 2019, s. 8.

⁵³ Määttä *et al.* 2018, s. 17.

⁵⁴ Tuori 2007 s. 107.

⁵⁵ Rautiainen *et al.* 2023, s. 4.

Siltalan mukaan systematisointi onkin oikeusnormien keskinäisten etusija- ja yhteensovittussuhteiden määrittämistä: mikä on oikeudenalan pääsääntö, entä suppeammin tulkittava poikkeussääntö? Entä mikä on vallitseva periaate, mikä siitä poikkeava periaate? Näitä seikkoja määritetään lainopillisten dogmien avulla, jotka ovat oikeudellisen systeemirakennuksen kiintopisteitä.⁵⁶ Tämä oikeuslähteiden keskinäinen arvojärjestys on olennainen osa tutkimusta, jossa pyritään tulkitsemaan unionin oikeuden pääsääntöä sekä poikkeussäännösten laajuutta suhteessa siihen.

Systeeminen tutkimus vaatii edellä mainitulla tavalla oikeat oikeuslähteet. EU-oikeudessa ensisijaisia oikeuslähteitä eli primaarioikeutta ovat EU:n perussopimukset sekä niiden liitteet ja pöytäkirjat lisäyksineen ja muutoksineen. Perussopimukseen ja niitä täydentäviin ja muuttaviin asiakirjoihin sisältyy esimerkiksi EU:n tavoitteita ja toimintatapaa koskevat perussäännökset. Etenkin Sopimus Euroopan unionin toiminnasta sekä Sopimus Euroopan unionista ovat tutkimuksen kannalta keskeiset. Nykyään sama oikeudellinen arvo on myös Euroopan unionin perusoikeuskirjalla. Primaarioikeus on unionin jäsenvaltioiden luomaa oikeutta.⁵⁷

Käsillä olevassa EU-oikeudellisessä tutkimuksessa pääsääntö on Euroopan unionin perussopimuksissa säännelty perusvapaus, palveluiden vapaa liikkuvuus, josta säädetään SEUT 56 artiklassa. Poikkeuksia perusvapauksiin on tulkittava suppeasti. Näiden pääsääntöjen ja poikkeusten käyttöön sekä tulkintaan tutkimus keskittyy.

Muita tärkeitä unionin oikeuslähteitä ovat asetukset ja direktiivit. Rajat ylittävästä terveydenhuollosta säädetään unionissa sekä direktiivissä 2011/24/EU että asetuksessa (EY) 883/2004. Ne ovat johdettua oikeutta. Tämä tarkoittaa, että se on luotu käyttämällä unionin jäsenvaltioilta saatua toimivaltaa. Johdettu oikeus on unionin toinen tärkeä oikeuslähde primaarioikeuden lisäksi.⁵⁸ Asetus ja direktiivi määrittää Euroopan unionista tehdyn sopimuksen 288 artiklassa.

SEUT 288 artiklan 2 kohdan mukaan asetukset pätevät yleisesti, ne ovat kaikilta osiltaan velvoittavia ja niitä sovelletaan sellaisinaan kaikissa jäsenvaltioissa. Asetukset ovat välittömästi sovellettavaa oikeutta, eikä niitä tarvitse erikseen saattaa osaksi kansallista lainsäädäntöä. Kansallisten tuomioistuinten on sovellettava asetuksia sellaisenaan.⁵⁹

⁵⁶ Rautiainen *et al.* 2023, luku 4; Siltala 2004, s. 477–478, 484–485, 489–490.

⁵⁷ Borhardt 2023, s. 94.

⁵⁸ Borhardt 2023, s. 96.

⁵⁹ Määttä *et al.* 2018, s. 17.

SEUT 288 artiklan 3 kohdan mukaan direktiivi velvoittaa niitä jäsenvaltioita, joita direktiivi koskee, vain saavutettavaan tulokseen nähden. Se kuitenkin jättää kansallisen viranomaisen päätettäväksi ne keinot, joilla tavoite saavutetaan. Direktiivi on erikseen pantava täytäntöön osana kansallista oikeusjärjestystä eli implementoitava. Sen sisältö löytyy siis kansallisesta lainsäädännöstä.⁶⁰

Asetusten ja direktiivien välinen merkitysero tulee tutkimuksessa esille etenkin direktiivin 2001/24/EU sekä asetuksen (EY) 883/2004 välisessä vuorovaikutuksessa sekä niiden sisältämän sääntelyn vaikutuksessa jäsenvaltioihin. Asetus ja direktiivi ovat luonteeltaan hyvin erilaisia instrumentteja, ja esimerkiksi direktiivin säännökset kansallisella tasolla voivat olla toisistaan poikkeavia. Tämä on huomioitu tutkimuksessa siten, että se tarkastelee ainoastaan direktiivissä säädettyjä minimivaatimuksia.

EU-oikeudessa tärkeä oikeuslähde on myös Euroopan unionin tuomioistuimen (EUT) oikeuskäytäntö. Kansalliset tuomioistuimet eivät välttämättä aina ole varmoja EU-oikeuden oikeasta tulkinnasta, ja niiden kansallisessa lainkäytössä voi nousta esiin kysymyksiä tähän liittyen. Tällöin niiden on esittävä unionin tuomioistuimelle ennakkoratkaisupyyntö, ja unionin tuomioistuimella on valtuus antaa ennakkopäätös EU-oikeuden soveltamisesta ja tulkinnasta,⁶¹ jotta sitä sovellettaisiin ja tulkittaisiin yhdenmukaisesti kaikissa jäsenvaltioissa.⁶² Niinpä tuomioistuimen päätöksillä ja tulkinnoilla EU-oikeuden soveltamisesta voi olla merkittävä vaikutus kansallisesti.

EUT:n toimivallasta ja jäsenvaltioiden oikeudesta tai velvollisuudesta esittää ennakkoratkaisupyyntöjä säädetään SEUT 267 artiklassa. EU-oikeuden etusijaperiaatteen vuoksi sellaista kansallista säännöstä, joka ei ole EU-oikeuden kanssa yhdenmukainen, ei tule soveltaa.⁶³ Muun muassa ennakkoratkaisupyyntöjen kautta tuomioistuin myös huolehtii jälkikäteisesti oikeusperustojen käytön valvonnasta.⁶⁴

Unionin tuomioistuimen ratkaisuilla on siis merkittävä asema oikeuslähteenä, ja niinpä aiemmin todetulla tavalla tulkinnassa voi olla tarpeen turvautua myös oikeuskäytäntöön. Etenkin sosiaaliturvan yhteensovittamista koskevissa asioissa unionin tuomioistuimen tuomiot muodostavat tärkeän oikeuslähteen asetuksen (EY) 883/2004 lisäksi, ja niiden vaikutus on

⁶⁰ Määttä *et al.* 2018, s. 17–18.

⁶¹ Hervey – McHale 2015, s. 56.

⁶² Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebe 2022, s. 165.

⁶³ Asia 6/64 *Costa v. ENEL*, EU:C:1964:66.

⁶⁴ Raitio – Tuominen 2025, s. 229.

keskeinen asetuksen säännöksiä tulkittaessa.⁶⁵ Siksi oikeustapauksia on välttämätöntä käsitellä tutkimuksessa, jotta oikeuden tilasta saadaan kokonainen kuva. Itse asiassa unionin tuomioistuimen oikeuskäytännöllä on ollut hyvin merkittävä rooli rajat ylittävän terveydenhuollon oikeuksien ja sääntelyn kehityksessä.

Suomessa Aarnio on katsonut, että systematisointi tarkoittaa myös tapaa ajatella sen kohteena olevien säännösten taustalla olevia asioita.⁶⁶ Niinpä kokonaisuuden ymmärtäminen on tarpeen normien välisiä suhteita systematisoivan oikeustutkijan pyrkiessä kohti oikeusjärjestyksen ristiriidattomuutta.⁶⁷ Unionin säädösten taustalla on jäsenvaltioiden antama toimivalta. Unionin toimivalta on siis jäsenvaltioilta saatua. Koska unioni on saanut toimivaltansa jäsenvaltioilta, on kaikkien unionin toimien taustalta löydyttävä oikeusperusta. Oikeusperusta voi olla jokin perussopimuksissa oleva artikla, joka oikeuttaa tietyn toimen.

Tästä selkein esimerkki ovat asetukset ja direktiivit,⁶⁸ joiden on saatava oikeusperustansa aina jostakin unionin perussopimuksen artiklasta. Tutkimuksen kannalta olennaista on, miten paljon jäsenvaltioiden sosiaaioikeudelliseen sääntelyyn unionin toimesta tosiasiasa puututaan. Olennaista on sen vuoksi myös, mikä on toimivallan perusta: onko toimivalta perusteltua, vai onko unioni vain hiljalleen ja huomaamatta lisännyt omaa toimivaltaansa jäsenvaltioiden kustannuksella?

Oikeusjärjestys ei myöskään ole aina ristiriidaton kokonaisuus, ja esimerkiksi tavoitteenasettelujen välillä voi esiintyä ristiriitoja. Tämä ei tarkoita, etteikö systeemiä voitaisi rakentaa, päinvastoin. Systeemin rakentamiseen tarvitaan vain apua myös systeemin ulkopuolelta ratkaistaessa pääsääntöjä ja poikkeuksia.⁶⁹ Niinpä palataan siihen, että systematisoijan on ymmärrettävä konteksti, jossa työskentelee, nyt vielä entistä laajemmin. Niinpä tutkimuksen aihetta käsitellessä on ymmärrettävä sekä unionin luonne ja intressi, että jäsenvaltioiden intressi ja sen taustalla olevat syyt.

Suomessa epäjohtonmukaisesta sääntelystä antaa esimerkin juuri sosiaaliturvajärjestelmää koskevat, eri aikoina annetut säännökset.⁷⁰ Myöskään EU:n tasolla kyseinen sääntely ei tee poikkeusta. Aarnion kuvauksen mukaan systematisoinnilla ei ole lakia muuttavaa tehtävää,

⁶⁵ Sakslin 2007 s. 306.

⁶⁶ Aarnio 1997, s. 42–43; Rautiainen *et al.* 2023, luku 4.

⁶⁷ Rautiainen *et al.* 2023, luku 4.

⁶⁸ Raitio – Tuominen, 2025, s. 229.

⁶⁹ Wilhelmsson 1997, s. 345.

⁷⁰ Rautiainen *et al.* 2023 luku 4.

vaan sitä kuvaava tehtävä. Siksi systematisoija on niin sanottu oikeusjärjestyksen tulkki.⁷¹ Tavoitteena on esittää normijärjestelmä sisällöllisesti järkevänä kokonaisuutena. Koska sääntely on monimutkaista, 'tulkki' on tarpeen.

Aiemmin on ollut puhe koherenssista ja konsistenssista. Näistä koherenssi on sisällöllistä johdonmukaisuutta. Se ei ole niinkään oikeussäntöjen, vaan ennemmin oikeusperiaatteiden ominaisuus.⁷² Systemaattinen oikeudellinen ajattelu koskee edellä kerrotulla tavalla pääsääntöjä ja poikkeuksia. Tätä ajattelua ohjaavat yleiset opit. Yleisien oppien eli käsitteiden ja oikeusperiaatteiden merkitys on suuri, sillä ne määräävät tapaamme ymmärtää oikeutta.⁷³ EU-oikeudellisen ratkaisuteon taustalla vaikuttaakin aina jokin periaate.

Tuomioistuin on luonut useita perustuslaillisia periaatteita, jotka ovat asettaneet pohjan EU-oikeuden, ja EU:n sosiaalioikeuden, kehitykselle.⁷⁴ Periaatteita on eri tasoisia ja niillä voi olla erilaiset oikeusvaikutukset, mutta niitä ei voi olla sivuuttamatta EU-oikeudesta puhuttaessa. Esimerkiksi yleisillä oikeusperiaatteilla on merkittävä rooli, sillä ne ohjaavat unionin tuomioistuimen toimintaa jättäen samalla sille tulkintatilaa unionin oikeuden jalostamiseksi edelleen. Periaatteilla voidaan täyttää aukkoja, niiden avulla voidaan tulkita muita normeja tai jopa korvata niitä. Niiden roolista ja merkityksestä kertoo jo se, että ne voidaan luokitella EU-oikeudessa jopa primaarioikeudeksi.⁷⁵ Tuomioistuimen mukaan jotkin periaatteet ovat lisäksi sellaisia, että yksilö voi vedota niihin suoraan kansallisissa tuomioistuimissaan.⁷⁶

Myös rajat ylittävän sosiaalioikeudellisen sääntelyn tarkoitusperiä toteutetaan erilaisilla oikeudellisilla periaatteilla. Keskeinen tutkimuksen kannalta on etenkin yhdenvertaisen kohtelun periaate, jonka mukaan jäsenvaltioiden kansalaisia on kohdeltava yhdenvertaisesti. Periaate sisältyy esimerkiksi palveluiden vapaata liikkuvuutta koskevaan perussopimuksen artiklaan.⁷⁷ Periaatteet pyrkivät mahdollistamaan valtioiden rajat ylittävän liikkumisen sekä varmistamaan, etteivät yksilöt jää ilman sosiaalisia oikeuksia.⁷⁸ Ne vaikuttavat sosiaalioikeudellisen sääntelyn taustalla, ja ne on huomioitava sääntelyä sovellettaessa ja sitä tulkittaessa.

⁷¹ Rautiainen *et al.* 2023 luku 4.

⁷² Tuori 2007, s. 107.

⁷³ Wilhelmsson 1997, s. 342.

⁷⁴ Hervey – McHale 2015, s. 33.

⁷⁵ Ziegler – Neuvonen – Moreno Lax 2022, s. 1.

⁷⁶ Esim. asia C-26/62 *Van Gend en Loos*, ECLI:EU:C:1963:1 ja asia C-39/72 *Commission v. Italy*, EU:C:1973:13.

⁷⁷ Sakslin 2007, s. 306.

⁷⁸ Kotkas 2019, s. 6–8.

Kuten edellä on käynyt ilmi, oikeudellinen ratkaisu edellyttää sekä oikeuslähdeopin että tulkintalainopin käyttöä. Kaikki oikeudellisten tekstien tulkinta tapahtuu tietyistä hienoisesti eroavista säännöistä ja opeista huolimatta samantyyppisen tulkintamallin mukaisesti. Tulkintamallit voidaan tiivistää yleensä kolmeen tulkintaperusteeseen, jotka ovat kielellinen (sanamuodon mukainen) tulkinta, systemaattinen (kontekstuaalinen) tulkinta sekä tavoitteellinen eli teleologinen tulkinta. Hyödynnän myös tutkielmassani näitä tulkintamuotoja. Tulkintamenetelmät eivät kuitenkaan ole täysin tarkkarajaisia, eikä tulkintakategorioita voida pitää täysin vedenpitävinä. Useimmat EU-oikeuden tutkijat luettelevat edellä mainittujen lisäksi seuraavat kaksi EU-oikeuden tulkintamenetelmää: historiallinen tulkinta sekä vertaileva tulkinta.⁷⁹

Vaikka perussopimuksissa ei säädetäkään tulkintametodien etusijaperiaatteista, tulkinnassa lähtökohtana on yleensä kielellinen tulkinta. Silloin annetaan merkitystä laissa esiintyvien käsitteiden tavanomaiselle merkityssisällölle. Käsitteen merkityssisältö voi tulkinnassa muodostua myös laajemmaksi tai suppeammaksi, jolloin kyse on laajentavasta ja supistavasta tulkinnasta. Euroopan unionissa on monia eri virallisia kieliä, jonka vuoksi myös säädöksistä on yli 20 autenttista kieliversiota.⁸⁰ Tämä tosiasia aiheuttaa väistämättä tulkinnallisia eroavaisuuksia eri käännösten välillä ja siten on selvää, ettei yksin kielellinen tulkinta aina riitä.⁸¹

Teleologisen tulkintamallin mukaan tulee lähtökohtaisesti ottaa huomioon säädöksen kontekstuaalisuus. Tärkeää on huomioida tulkinnassa unionin oikeus kokonaisuudessaan. Tähän kuuluu niin unionin tavoitteet kuin kulloinkin kyseessä oleva tulkinta-ajankohta. Teleologinen tulkintamalli jättää tulkitsijalle liikkumatilaa, mikä toisaalta on aiheuttanut kritiikkiä etenkin arvioitaessa oikeusvarmuuden toteutumista.⁸²

Edelleen systemaattisessa tulkinnassa on huomioitava myös asiayhteys eli ympäröivä EU-oikeudellinen lainsäädäntökehikko. Tavoitteena on tulkita normia siten, että pyritään kohti EU-oikeuden sisäistä eheyttä sekä tehokasta toteutumista.⁸³ Niinpä systemaattisesta tulkinnasta on kyse silloin, kun säännöstä tarkastellaan osana sovellettavien säännösten kokonaisuutta ja

⁷⁹ Määttä *et al.* 2018, s. 10–11; Sankari 2011, s. 65–66, 282–283.

⁸⁰ Penttinen – Talus 2017, s. 27–28.

⁸¹ Penttinen – Talus 2017, s. 27–28.

⁸² Penttinen – Talus 2017, s. 33.

⁸³ Penttinen – Talus 2017, s. 30.

sitä pyritään tulkitsemaan johdonmukaisesti muiden samantyyppistä asiaa koskevien säännösten kanssa.⁸⁴

EU-oikeuden oikeuslähteitä ja argumentaatio- sekä tulkintaoppeja käsiteltäessä on vielä tärkeää pitää erillään EU-oikeuden soveltaminen sen omassa päätöksenteossa ja EU-oikeuslähteiden käyttäminen kansallisessa päätöksenteossa ja lainkäytössä.⁸⁵ Unionin ja jäsenvaltioiden keskinäissuhdetta määrittävät EU-oikeuden valtiosisäiset oikeusvaikutusmekanismit, jotka ovat EU-oikeuden tulkintavaikutus, EU-oikeuden välittömät oikeusvaikutukset sekä EU-oikeuden etusijaperiaate.⁸⁶ Esimerkiksi sisämarkkinat toteuttavat säännökset omaavat EU-oikeuden välittömän oikeusvaikutuksen.⁸⁷ Niinpä SEUT 56 artiklan (entinen EY 49 artikla) ensimmäisellä kohdalla ja SEUT 57 artiklan (entinen EY 50 artikla) kolmannella kohdalla on välitön oikeusvaikutus.⁸⁸ Niinpä unionin kansalaisella on mahdollisuus suoraan vedota oikeudessa perussopimuksen säännökseen.

Tutkimukseni kannalta etenkin EU-oikeuden oikeuslähteet sekä niiden välinen normihierarkia on olennaista ymmärtää systematisoinnin onnistumiseksi. Tavoitteena on esittää normijärjestelmä sisällöllisesti järkevänä kokonaisuutena. Tämän onnistumiseksi on ymmärrettävä sääntelyn taustalla vaikuttava kokonaisuus. Koska sosiaaliturvaa koskeva sääntely on EU:ssa monimutkaista, systematisointi on tarpeen. Systematisointiehdotuksillaan oikeustiede voi osallistua oikeusjärjestyksen kehitykseen, sillä se tuottaa ja uudistaa oikeutta oikeusjärjestyksenä eli voimassa olevien normien kokonaisuutena.⁸⁹

⁸⁴ Määttä *et al.* 2018, s. 11–12.

⁸⁵ Määttä – Paso 2019, s. 47.

⁸⁶ Määttä *et al.* 2018, s. 18.

⁸⁷ Asiat C-74/76 *Iannelli ja Volpi*, EU:C:1977:51, C-33/74 *Van Binsbergen*, EU:C:1974:131 (palveluiden osalta), 41/74 *Van Duyn* EU:C:1974:133. Asia C-33/74 *Van Binsbergen* koski sijoittautumisoikeutta, mutta unionissa palveluiden vapaata liikkuvuutta ja sijoittautumisoikeutta säännellään osin yhtenäisesti. Ks. myös Huttunen 2007, s. 132–133 alaviitteineen.

⁸⁸ Huttunen 2007, s. 132–133.

⁸⁹ Tuori 2007, s. 105, 108.

2 Rajat ylittävässä terveydenhuollossa esiintyvät kaksi eri tarkoitusperää

2.1 Unionin intressi ja pääsääntö

2.1.1 Terveydenhuollon luonne palveluna

Lähestykäämme aihetta, palveluiden vapaata liikkuvuutta rajat ylittävän terveydenhuollon kontekstissa, käsitteen 'palvelu' määritelmän kautta. Oleellista on selvittää, mitä palvelulla tarkoitetaan, ja onko palvelu vastikkeellinen⁹⁰ ja tilapäinen⁹¹.

SEUT 57 artiklan 1 kohdan mukaan palveluilla tarkoitetaan ”suorituksia, joista tavallisesti maksetaan korvaus ja joita määräykset tavaroiden, pääomien tai henkilöiden vapaasta liikkuvuudesta eivät koske.” Palveluihin kuuluvat siis sellaiset vapausoikeudet, jotka eivät kuulu minkään muun vapauden alle. Käsite on jätetty avoimeksi, ja toisinaan sen määrittäminen saattaa aiheuttaa tulkintaongelmia.⁹²

SEUT 56 artikla sisältää palveluiden vapaata tarjoamista koskevan periaatteen. Se säättää palveluiden tarjonnan vapaudesta unionin alueella kieltämällä tietyin edellytyksin sitä koskevat rajoitukset. Oikeuskäytännössään EUT on katsonut rajat ylittävä terveydenhuollon olevan vapaan liikkumisen säännösten alainen ja käsitellyt terveydenhuoltoa palveluna eli taloudellisena hyödykkeenä. Miksi näin on, sitä ei EUT juurikaan perustele.⁹³ Yhdistetyissä asioissa *Luisi ja Carbone*⁹⁴ EUT kuitenkin on linjannut, että paitsi palvelun tarjoajan vapaus, myös palvelun vastaanottajan vapaus katsotaan suojeltavaksi nykyisen SEUT 56 artiklan tarkoittamalla tavalla. Tämä tarkoittaa, että palvelun vastaanottajalla, esimerkiksi juuri potilaalla, on vapaus mennä palvelun vastaanottamiseksi toiseen jäsenvaltioon.⁹⁵

Palvelun vastaanottajalla, potilaalla, on siten perussopimuksen säännösten nojalla oikeus hankkia rajat ylittäviä terveydenhuollon palveluita. Tämä tarkoittaa, että hänestä tulee suojeltu palveluiden kuluttaja. Edelleen koska potilaiden vapaa liikkuvuus saa näin oikeusperustansa

⁹⁰ Ks. esim. asia C-422/01 *Skandia*, ECLI:EU:C:2003:380.

⁹¹ Ks. esim. asia C-215/01 *Schnitzer*, ECLI:EU:C:2003:662.

⁹² Raitio – Tuominen, 2025, s. 547.

⁹³ Koska perustelut jäävät ohuiksi, on EUT:n näkökulma helppo asettaa kritiikin kohteeksi.

⁹⁴ Yhdistetyt asiat 286/82 ja 26/83, *Graziana Luisi v. Ministero del Tesoro* ja *Giuseppe Carbone v. Ministero del Tesoro*, ECLI:EU:C:1984:35.

⁹⁵ Yhdistetyt asiat 286/82 ja 26/83, *Luisi ja Carbone*, ECLI:EU:C:1984:35 ja 16 kohdat.

unionin perussopimuksen säännöksistä, on rajat ylittävällä potilaalla oikeus vedota kansallisessa tuomioistuimessa suoraan EU-oikeuteen.⁹⁶ Kyse on EU-oikeuden välittömästä oikeusvaikutuksesta.⁹⁷

Mainittakoon, että EUT on katsonut Euroopan unionin jäsenvaltioiden kansalaisten olevan myös unionin kansalaisia⁹⁸, ja heillä on oikeus liikkumisvapauteen⁹⁹ jo pelkästään tällä perusteella.¹⁰⁰ Niinpä vaikka EUT:n tulkinta terveydenhuollosta palveluna onkin mahdollista asettaa kritiikin alaiseksi yksityiskohtaisempien perustelujen puuttuessa, voidaan potilaalla katsoa olevan joka tapauksessa oikeus vapaaseen liikkumiseen jo pelkästään unionin kansalaisuuden perusteella.¹⁰¹

EUT:n mukaan edellä kuvattua vapautta ei voitaisi rajoittaa myöskään maksujen osalta. Tavaroiden ja palveluiden liikkumiseen liittyvät maksut on siis vapautettava samoilta osin, kuin tavaroiden ja palveluiden vapaa liikkuvuuskin on vapautettu.¹⁰² Maksujen poistaminen tarkoittaa käytännössä sitä, että potilaalle itselleen korvataan hänen etukäteen maksamansa rajat ylittävän terveydenhuollon kustannukset, tai että suoraan hoitojäsenvaltiolle, joka hoidon on suorittanut, korvataan potilaan hoidon kulut. Tällöin potilaan ei itse tarvitse huolehtia kuluista lainkaan. Ensimmäinen tilanne koskee direktiivin 2011/24/EU soveltamistilannetta, ja jälkimmäinen taas asetuksen (EY) 883/2004.

Rajat ylittävän terveydenhuollon alalla sovelletaan palveluiden vapaata liikkuvuutta koskevaa EU-lainsäädäntöä siis silloin, kun palvelua tarjotaan korvausta vastaan taloudellisena toimintana. Lisäksi palveluiden tarjoamisen ja vastaanottamisen on oltava tietyllä tavalla riittävän satunnaista ja väliaikaista ollakseen rajat ylittävää.¹⁰³ SEUT 56 artiklaan ei voi vedota enää tilanteessa, jossa henkilö on muuttanut oleskelemaan toiseen jäsenvaltioon riittävän vakituisesti saadakseen tiettyjä palveluita.¹⁰⁴

Terveydenhuoltopalveluilla on erityinen luonne palveluiden joukossa, sillä niiden piirteenä on palveluiden korvattavuus julkisista varoista ja julkisella sektorilla on vahva asema

⁹⁶ Wojcik 2019, s.107.

⁹⁷ Asiassa 26/62 *Van Gend en Loos*, ECLI:EU:C:1963:1, Euroopan unionin tuomioistuin vahvisti Euroopan unionin oikeuden välittömän oikeusvaikutuksen.

⁹⁸ SEUT 20 artikla

⁹⁹ SEUT 21 artikla.

¹⁰⁰ Sankari 2011, s. 9.

¹⁰¹ Pennings 2011, s. 430–431.

¹⁰² Yhdistetyt asiat 286/82 ja 26/83, *Luisi ja Carbone*, ECLI:EU:C:1984:35, 13–16 kohdat.

¹⁰³ Ks. esim. asia C-55/94 *Gebhard*, EU:C:1995:411, kohdat 25–28.

¹⁰⁴ Ks. esim. asia C-70/95 *Sodemare*, ECLI:EU:C:1997:301, kohdat 36–40.

terveyspalveluiden tuottajana.¹⁰⁵ Oikeuskäytännössään EUT onkin laajentanut perussopimuksen säännökset koskemaan yksityisen terveydenhuollon lisäksi myös julkisesti rahoitettua terveydenhuoltoa.¹⁰⁶ EUT on niin ikään painottanut terveydenhuollon luonnetta palvelusuorituksena ja katsonut, että terveydenhuollon palvelu luokitellaan palveluksi huolimatta siitä, että jäsenvaltion sairausvakuutuslainsäädännön perusteella säädettäisiin pääasiallisesti vain luontoisuuksista.¹⁰⁷ Sillä, kuka maksaa ja miten, ei ole merkitystä. Kun lääketieteellisestä hoidosta maksetaan, on se taloudellista toimintaa.

Koska terveydenhuollon palvelu luokitellaan palveluksi huolimatta siitä, kuka maksaa ja miten, ei palvelujen tarjoamisen vapauden kannalta ole syytä käsitellä toisistaan erillisinä tilanteita, jossa potilas maksaa itse hoidosta aiheutuneet kulut ja sen jälkeen hakee niiden korvaamista, ja tilanteita, jossa kansallinen sairausvakuutuksesta tai talousarviosta suoritetaan maksu suoraan palveluntarjoajalle.¹⁰⁸ Niinpä asetuksen ja direktiivin tilanteita voidaan tarkastella samalla tavalla palvelujen vapaan tarjoamisen kannalta.

Myös SEUT 28 eli tavaroiden vapaata tarjoamista koskeva periaate voi tulla sovelletuksi rajat ylittävässä terveydenhuollossa. SEUT 28 artikla keskittyy esimerkiksi tilanteisiin, joissa toisesta jäsenvaltiosta hankitaan terveydenhuoltoon liittyviä tuotteita, joita vaaditaan sittemmin korvattaviksi.¹⁰⁹

2.1.2 Palveluiden vapaa liikkuvuus

Mikä merkitys on sillä, että terveydenhuolto nähdään unionissa palveluna? Itse palveluiden vapaan tarjoamisen periaate on luonteeltaan markkinasidonnainen¹¹⁰, ja siten rajat ylittävä terveydenhuolto Euroopan unionissa on mielenkiintoisesti sidottu sisämarkkinoihin. Unioni on luonteeltaan taloudellinen järjestö, jolla on pääasiassa taloudellinen tarkoitus ja intressit. Eräs

¹⁰⁵ Raitio – Tuominen 2025 s. 565–566.

¹⁰⁶ Esim. asia C-372/04 *Watts*, ECLI:EU:C:2006:325.

¹⁰⁷ Asia C-385/99 *Müller-Fauré ja van Riet*, ECLI:EU:C:2003:270, kohta 103.

¹⁰⁸ Asia C-385/99 *Müller-Fauré ja van Riet*, ECLI:EU:C:2003:270, kohta 103.

¹⁰⁹ Kvalifiointia tavara- ja palvelukaupan välillä havainnollistaa asia C-108/09 *Ker-Optika*, ECLI:EU:C:2010:725, jossa kyse oli piilolinssien markkinoinnista internetissä ja siten tavaroiden vapaasta liikkuvuudesta. Tulkittavana oli SEUT 34 artikla ja direktiivi sähköisestä kaupankäynnistä 2000/31/EY. Terveydenhuollon osalta ks. esim. asia C-120/95 *Decker*, ECLI:EU:C:1998:167, jossa linjattiin, että jäsenvaltioon sijoittautuneen lääkärin potilaalle määräämiä lääkkeitä tai lääkinnällisiä laitteita potilas voi halutessaan hankkia toisessa jäsenvaltiossa sijaitsevasta apteekista.

¹¹⁰ Lurger – Melcher 2020, s. 36.

unionin päätavoitteista on toteuttaa sisämarkkinat unionin alueella SEU 3 artiklan 3 kohdan mukaisesti. Niinpä neljä perusvapautta, joista palveluiden vapaa liikkuminen on yksi, muodostavat EU-oikeuden ytimen.¹¹¹ Muunlaiset tavoitteet, kuten esimerkiksi terveyden suojeleminen ja edistäminen, saattavat herkästi jäädä unionin taloudellisten intressien varjoon.¹¹² Niinpä myöskään jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmien taloudellisen tasapainon varmistaminen ei ole unionin ensimmäinen intressi. Vapaata liikkuvuutta koskevalle lainsäädännölle antaa perustan ymmärrys siitä, että perussopimuksien säännöksiä on tulkittava laajentavasti, ja niitä koskevia rajoituksia suppeasti.¹¹³

Koska perussopimusten säännöksiä koskevia rajoituksia on tulkittava suppeasti, korostuu yksilön – rajat ylittäviä palveluita käyttävän ja vapaata liikkuvuutta hyödyntävän yksittäisen potilaan – oikeus suhteessa potilaiden kollektiiviseen oikeuteen. Kollektiivisella oikeudella tarkoitan tässä yhteydessä potilaiden universaalia oikeutta saada laadukasta terveydenhuoltoa tehokkaasti toimivasta, yleensä kansallisesta terveydenhuollon järjestelmästä. Samalla se tarkoittaa, että yksilön oikeuden eli vapaan liikkuvuuden toteuttaminen voi vaarantaa kansallisten terveydenhuoltojärjestelmän taloudellisen tasapainon.¹¹⁴ Tähän palaan seuraavassa alaluvussa 2.2.

Lisäksi kun edellä mainitulla tavalla terveydenhuolto on tietyin osin sidottu sisämarkkinoihin, joista unionilla on mahdollisuus määrätä, on EU:lla tätä kautta mahdollisuus säätää myös siihen liittyvistä asioista laajemmin unionin sisällä. Tämä mahdollistaakin unionin toimivallan laajentamisen alalla.

2.2 Kansallinen intressi ja poikkeussääntö

2.2.1 Muutoksia kansallisella tasolla

Vahvasta asemastaan huolimatta palveluiden vapaa liikkuvuus ei ole unionissa rajoittamaton perusvapaus. SEUT 52 artiklan mukaan SEUT 56 artiklan nojalla¹¹⁵ toteutetut toimenpiteet eivät

¹¹¹ Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebes 2022, s. 184.

¹¹² Herrmann – Toebes 2011, s. 1–2.

¹¹³ Sankari 2011, s. 280–281.

¹¹⁴ Wojcik 2019, s. 102.

¹¹⁵ SEUT 62 artiklan mukaan mitä 51–54 artiklassa määrätään, sovelletaan myös SEUT 56 artiklassa tarkoitettuihin kysymyksiin.

rajoita niiden lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten soveltamista, joiden mukaan ulkomaalaisiin sovelletaan erityissääntelyä mm. kansanterveyden¹¹⁶ perusteella. Toisin sanoen perussopimuksesta ilmenee, että kansanterveyden perusteella vapaata liikkuvuutta on mahdollista rajoittaa.¹¹⁷ Direktiivin 2011/24/EU johdanto-osan 12 kohdan mukaan unionin tuomioistuin on todennut, että tavoite tarjota kaikille avoimia hoito- ja sairaalapalveluja voi kuulua Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen 52 artiklassa tarkoitettujen poikkeusten piiriin kansanterveyteen liittyvistä syistä. Edellytyksenä on, että tavoitteella edistetään korkeatasoisen terveyden suojelun saavuttamista.

EUT on oikeuskäytännössään luonut tämän lisäksi yleisen edun mukaisen rajoitusperusteen, joka on ikään kuin tasapainotusta EUT:n muutoin hyvin laajalle tulkinnalle vapaan liikkuvuuden säännöksistä.¹¹⁸ Käytännössä jäsenvaltioilla on ollut hyvin vaikea osoittaa, että käsillä olisi ollut yleistä etua koskevia pakottavia syitä. Rajoitusperusteet ovatkin poikkeussäännöksiä, minkä vuoksi niitä on tulkittava supistavasti.¹¹⁹

Kansanterveyteen liittyvät seikat, kuten terveydenhuolto ja siitä säätäminen ovat perinteisesti olleet jäsenvaltioiden itsensä päätettävissä. Alueperiaatteen mukaan jäsenvaltioilla on perinteisesti ollut yksinomainen päätösvalta relevanteista sosiaalipolitiikan osa-alueista.¹²⁰ Vanhastaan esimerkiksi Suomen kansallisissa sosiaalietuuksia koskevissa laeissa rajat ylittävällä sosiaalisoikeudellisella sääntelyllä, joka tosin silloin jäi yksittäisten säännösten¹²¹ tasolle, oli tarkoituksena varmistaa kansallisen sosiaaliturvajärjestelmän taloudellinen kestävyys. Samalla tarkoituksena oli toisaalta turvata Suomen kansalaisten sosiaalisten oikeuksien toteutuminen rajat ylittävissä tilanteissa.¹²²

Alueperiaatteen mukaan jäsenvaltiot ovat voineet itse määrittää esimerkiksi sen, missä laajuudessa sosiaalietuuksia tarjotaan muille kuin omille kansalaisille.¹²³ Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin pääsy on pitkään perustunut maassa asumiselle¹²⁴, mikä tarkoittaa, että kaikki maassa laillisesti asuvat ovat oikeutettuja sosiaaliturvaan. Kansallisella

¹¹⁶ Muita artiklassa mainittuja perusteita ovat yleinen järjestys sekä turvallisuus.

¹¹⁷ Ks. myös direktiivi 2011/24/EU johdanto-osan 21 kohta.

¹¹⁸ Huttunen 2007, s. 149 alaviitteineen, 151.

¹¹⁹ Raitio – Tuominen 2025, s. 553–554.

¹²⁰ Wojcik 2019, s. 104.

¹²¹ Esimerkiksi vuoden 1956 kansaneläkelain (347/1956) 1 § ja 23 §, vuoden 1963 sairausvakuutuslain (364/1963) 1 §:n 1 ja 2 momentit sekä 2 §, sekä vuoden 1972 kansanterveyslain (66/1972) alkuperäisen 14 §:n 1 momentin 2 kohta.

¹²² Kotkas 2019, s. 27.

¹²³ Wojcik 2019, s. 104.

¹²⁴ Tuovinen 2012, s. 26–27 ja Kotkas 2019, s. 16–17, 27.

sääntelyllä on pyritty määrittelemään ne tilanteet, joissa asumisedellytys täyttyy. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden osalta asumisedellytyksen täyttyminen ratkaistaan kotikuntalain (201/1994) säännösten perusteella.¹²⁵ Asumisperiaatetta on perusteltu itse asiassa jo vanhaa sosiaalihuoltolakia (710/1982) koskeneessa hallituksen esityksessä (HE). Tällöin kunnallisen itsehallinnon katsottiin edellyttävän, että kunta huolehtii omista asukkaistaan.¹²⁶

Sama asumisperusteinen sosiaaliturva eli universaaliuden periaate on vallalla myös muissa Pohjoismaissa. Valtaosassa Manner-Euroopan maita sosiaaliturva on sen sijaan kytketty työntekijästatukseen.¹²⁷ Suomen liittyminen Euroopan unioniin vuonna 1995 on tuonut mukanaan muutoksia muun ohella asumisperusteiseen sosiaaliturvaan, ja nykyään julkisiin terveydenhuollon palveluihin voi Suomessakin olla oikeus työskentelyn perusteella.¹²⁸

Myös potilaiden oikeus liikkua vapaasti Euroopan unionissa on alun perin liittynyt nimenomaan työntekijöiden oikeuteen liikkua vapaasti jäsenvaltiosta toiseen eli oikeuteen työskennellä toisessa jäsenvaltiossa. Jäsenvaltioiden terveydenhuoltojärjestelmien välillä oli kuitenkin suuria eroja, jonka vuoksi työntekijöiden vapaan liikkuvuuden suojelemiseksi heräsi tarve jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmien koordinoinnille.¹²⁹ Täältä pohjalta on syntynyt unionin sosiaalioikeudellinen sääntely ensin asetuksen numero kolme¹³⁰ muodossa, jota sittemmin seurasi asetukset (ETY) 1408/71¹³¹. Tästä asetuksesta tuli perusta potilaiden vapaata liikkuvuutta koskevalle oikeuskäytännölle. Nykyään kyseisen asetuksen on korvannut asetukset (EY) 883/2004.

Tämä sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen ei sopinut alueperiaatteen kanssa helposti yhteen.¹³² Unionin oikeuden sosiaalioikeudelliset normit mahdollistavat nykyään sen, että henkilö voi hakeutua toiseen jäsenvaltioon hoitoon, vaikka hän ei asuisi tai työskentelisi siellä. Merkityksellisessä roolissa tässä yhteydessä on etenkin potilasdirektiivi.¹³³ Tämä tarkoittaa sitä, ettei rajat ylittävältä ja suunniteltuun hoitoon hakeutuvalta potilaalta vaadita valtiossa asumista

¹²⁵ Kotkas 2019, s. 17.

¹²⁶ HE 102/1981 vp, s. 15.

¹²⁷ Kotkas 2017, s. 56.

¹²⁸ Kotkas 2019, s. 223–224.

¹²⁹ Wojcik 2019, s. 104.

¹³⁰ Regulation 3/1958, 25 September 1958 Concerning Social Security for Migrant Workers 1958 O.J. (L 30) 561 (EEC).

¹³¹ Neuvoston asetukset (ETY) 1408/71, annettu 14 päivänä kesäkuuta 1971, sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin ja heidän perheenjäseniinsä.

¹³² Wojcik 2019, s. 104.

¹³³ Henkilön on tällöin kuuluttava sosiaaliturva-asetuksen (EY) 883/2004 soveltamisalaan. Ks. myös Kotkas 2019, s. 221.

eikä myöskään työntekijästatusta, jotta hän voisi saada terveydenhuollon palveluita toisessa jäsenvaltiossa. Silloin myöskään jäsenvaltio ei voi esimerkiksi asuinpaikkaperiaatetta koskevalla kansallisella lainsäädännöllä määritellä, milloin rajat ylittävä potilas on oikeutettu käyttämään kansallisia terveydenhuollon palveluita ja milloin taas ei.

2.2.2 Toimivallan rajanvetoa

SEUT:n säännökset, joilla paitsi järjestetään Euroopan unionin toiminta, myös määritellään sen toimivallan alat ja rajat sekä sen käyttöä koskevat yksityiskohtaiset säännöt¹³⁴, vahvistavat nykyään sen, että unioni ja jäsenvaltiot jakavat keskenään toimivallan julkisen terveydenhuollon osalta.¹³⁵ Tällaisen jaetun toimivallan alaa koskee unionissa toissijaisuusperiaate, jonka mukaan EU voi toimia vain siinä laajuudessa, kun jokin toimi voidaan toteuttaa paremmin unionin kuin jäsenvaltioiden tasolla.¹³⁶ Sosiaalipolitiikan alalla lainsäätäjinä toimivat siis sekä unioni että jäsenvaltiot yhdessä, eikä unionilla ole esimerkiksi toimivaltaa päättää kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien sosiaalietuuksien laadusta tai luonteesta. Sosiaalipolitiikan alalla unioni voi kuitenkin antaa säädöksiä vapaan liikkuvuuden turvaamiseksi.¹³⁷ Rajat ylittävä terveydenhuolto taas on edellä kerrotulla tavalla sidottuna sisämarkkinoiden toimintaan.

Tavoite edistää yhteistyötä jäsenvaltioiden välillä ja parantaa näin jäsenvaltioiden terveydenhuollon vastavuoroisuutta rajat ylittävissä tilanteissa löytyy perussopimuksen tasolla SEUT 168 artiklaan 2 kohdasta.¹³⁸ SEUT 168 artiklan mukaan jäsenvaltiot edelleen pitävät pääasiallisen toimivallan kansanterveydellisissä asioissa. Unionin rooli jää välilliseksi, rajoittuen lähinnä kansallista politiikkaa täydentävään toimintaan.¹³⁹

Artiklassa on ilmaistu erityisesti jäsenvaltioiden julkiseen terveyteen liittyvät velvoitteet, jotka liittyvät juuri terveystalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen sekä tarjoamiseen, terveystalvelujen ja sairaanhoidon hallinnointiin sekä niihin osoitettujen voimavarojen kohdentamiseen. EUT on silti katsonut kyseisen määräyksen mahdollistavan sen, että jäsenvaltioiden on mukautettava kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiään perussopimuksen

¹³⁴ SEUT 1 artikla 1 kohta.

¹³⁵ SEUT 4 artiklan 2 kohdan k alakohdan mukaan jaettua toimivaltaa sovelletaan kansanterveyteen liittyviin yhteisiin turvallisuuskysymyksiin sopimuksessa määriteltyjen näkökohtien osalta.

¹³⁶ Raitio 2015, s. 243.

¹³⁷ Kotkas 2019, s. 18–19.

¹³⁸ Puppo *et al.* 2025, s. 12.

¹³⁹ Wojcik 2019, s. 104–105.

määräysten, kuten SEUT 56 artiklan¹⁴⁰, tai unionin johdetun oikeuden säännösten, kuten asetuksen (EY) 883/2004 20 artiklan¹⁴¹, nojalla, eikä tämän katsota loukkaavan niiden yksinomaista toimivaltaa alalla.¹⁴²

Jäsenvaltioiden mahdollisuus vaikuttaa terveydenhuollon palvelujen alalla näyttää siten kaventuneen, vaikka samalla niiltä vaaditaan edelleen tarvittavien palveluiden järjestämistä. Esimerkiksi Suomessa kansallisella tasolla velvoite ilmenee useasta säädöksestä. Terveydenhuoltolain 24 §:ssä säädetään esimerkiksi, että ”hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut”. Lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 1 §:n mukaan lakia sovelletaan hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen, kehittämiseen, ohjaukseen ja valvontaan. Lain 8 §:n mukaan hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan.

Potilaiden on kuitenkin aiempaa helpompaa lähteä hoitoon toiseen jäsenvaltioon, kun kansallisesti ei voida enää rajoittaa terveydenhuollon palveluiden tarjoamista ulkomaalaisille asumisen perusteella. Tästä voi seurata sekä hoitojäsenvaltiolle että vakuutusjäsenvaltiolle yllättäviä kuluja ja muita seurauksia, jotka voivat hankaloittaa niiden kansallisten terveydenhuollon palveluiden järjestämistä. Tämä tietenkin vaikuttaa myös kansanterveyden suojeluun.

Unionin jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmiä yhteensovittamaan pyrkivä sosiaaioikeudellinen sääntely vaikuttaa näillä tiedoilla jäsenvaltioiden terveydenhuollon rahoituksen ja kansanterveyden suojelun kannalta, jos nyt ei haitalliselta, niin ainakin hankalasti kontrolloitavissa olevalta. Jäsenvaltioille voi aiheutua rajat ylittävien potilaiden vuoksi ennakoimattomia kuluja esimerkiksi hoitojäsenvaltiossa saadun hoidon ollessa kalliimpaa kuin mitä hoito vakuutusjäsenvaltiossa olisi kustantanut. Samaan aikaan vakuutusjäsenvaltioon tulisi järjestää kansallinen terveydenhuolto, sillä lähtökohtana on, että kansalainen käyttäisi ensisijaisesti oman asuinjäsenvaltionsa terveydenhuollon palveluita.¹⁴³ Jos sen omat kansalaiset eivät käytäkään näitä palveluita hakeutuessaan ulkomaille hoitoon, voi tästäkin aiheutua haittaa vakuutusjäsenvaltiolle.¹⁴⁴

¹⁴⁰ Entinen EY 49 artikla.

¹⁴¹ Entinen asetuksen (ETY) 1408/71 22 artikla.

¹⁴² Asia C-372/04 *Watts*, ECLI:EU:C:2006:325, kohdat 146–147. SEUT 168 artiklan 7 kohdan edeltäjä oli EY 152 artiklan 5 kohta.

¹⁴³ Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebe 2022, s. 191–192.

¹⁴⁴ Pennings 2011, s. 437; Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebe 2022, s. 191.

Rajat ylittävien potilaiden suuresta määrästä voi seurata myös paikallisten terveydenhuollon palveluiden laadun heikkeneminen,¹⁴⁵ mikä asettaa uhan niille potilaille, jotka edelleen hakeutuvat paikallisiin terveydenhuollon palveluihin. Toisaalta hoitojäsenvaltiossa seurauksena saattaa olla esimerkiksi jonotuslistojen piteneminen ulkomailta tulleiden potilaiden vuoksi.¹⁴⁶ Niinpä sekä vakuutusjäsenvaltiolla että hoitojäsenvaltiolla on omat huolensa liittyen rajat ylittäviin potilaisiin.

Lisäksi, koska edellä mainitulla tavalla sekä julkinen että yksityinen terveydenhuolto katsotaan SEUT 56 artiklan alaisiksi, myöskään ne jäsenvaltiot, joilla on julkisesti rahoitettu terveydenhuoltojärjestelmä, eivät voi kieltää potilaiden vapaata liikkuvuutta suunnittelutarpeisiin vedoten. Tämä siitä huolimatta, että tällainen järjestelmä erityisesti vaatii luonteensa ja rajoitettujen resurssien vuoksi suunnittelua.¹⁴⁷

Kaiken edellä kerrotun perusteella näyttää siltä, että palveluiden vapaan liikkuvuuden ja kansallisen taloudellisen tasapainon ohella kyse on syvemmällä tasolla kansallisten oikeusjärjestysten omien identiteettien ja EU-oikeuden etusijaperiaatteen¹⁴⁸ välisestä herkästä tasapainosta. Missä siis kulkee unionin tuomioistuimen raja siinä, miten pitkälle se voi viedä tätä tavoitetta kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien ja kansantalouden tasapainon kustannuksella? Entä miten jäsenvaltiot pystyvät vaikuttamaan tai varautumaan suunniteltuun terveydenhuoltoon hakeutuvien rajat ylittävien potilaiden aiheuttamiin kustannuksiin?

Jälkimmäiseen yksi vastaus on ennakkolupa, jota vakuutusjäsenvaltio voi tietyin ehdoin edellyttää rajat ylittävältä potilaalta. Ennakkoluvalla vakuutusjäsenvaltioilla on mahdollisuus jossain määrin kontrolloida potilasvirtoja ja sitä kautta myös valtion julkisia menoja.¹⁴⁹ Kun kansallisesti ei voida enää säätää siitä, kenelle palveluita voidaan tarjota, jäsenvaltioille jää mahdollisuudeksi kontrolloida enää ulkomaille suuntautuvia potilaita.

¹⁴⁵ Pennings 2011, s. 437.

¹⁴⁶ Pennings 2011, s. 437.

¹⁴⁷ Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebe 2022, s. 191.

¹⁴⁸ EU:n oikeus on ensisijainen, jos EU-oikeuden ja jonkin EU:n jäsenvaltion kansallisen lainsäädännön välillä on ristiriita. Ks. myös luku 1.3.

¹⁴⁹ Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebe 2022, s. 191.

2.3 Ennakkolupajärjestelmä jännitteen ilmentymänä

Ennakkolupa on vakuutusjäsenvaltion myöntämä virallinen lupa siitä, että se korvaa potilaan suunnitellun rajat ylittävän terveydenhuollon kustannukset.¹⁵⁰ Ennakkolupajärjestelmän mukainen jäsenvaltion mahdollisuus edellyttää potilasta hakemaan ennakkolupaa toisessa jäsenvaltiossa saadun terveydenhuollon kustannusten korvaamiseksi tarkoittaa Euroopan unionin tuomioistuimen oikeuskäytännön mukaan rajoitusta perussopimuksen mukaiselle palvelujen vapaalle liikkumiselle.¹⁵¹ Ennakkolupa nimittäin muodostaa poikkeuksen palveluiden vapaan tarjoamisen lähtökodalle.

Edellä mainituin tavoin ennakkolupa on kuitenkin jäsenvaltioille keino vaikuttaa rajat ylittävien terveydenhuollon kulujen kontrollointiin. Ennakkolupajärjestely on välttämätön, jotta jäsenvaltioissa kyetään mielekkäästi suunnittelemaan sairaanhoitopalvelut ja jotta sairausvakuutusjärjestelmän vakaus turvataan.¹⁵² Kansallisesti tavoitteena on nimenomaisesti taata alueellaan laadukkaat, monipuoliset ja kaikkien saatavilla olevat terveydenhoito- ja sairaalapalvelut eli korkeatasoinen kansanterveyden suoja.¹⁵³

Asiassa *Watts*¹⁵⁴ ennakkoratkaisupyyntö koski potilaiden liikkuvuutta Euroopan yhteisön (EY) sisällä, rajat ylittävää terveydenhuoltoa ja ennakkolupaa. Julkisiamies L. A. Geelhoed on ratkaisuehdotuksessaan todennut, että asia on, tarkasteltaessa sitä ylemmässä asiayhteydessä, ”oire” erilaisista perustavanlaatuisista jännitteistä. Jännitteiden tekijöinä ovat ensinnäkin julkisten terveydenhoitojärjestelmien rajalliset resurssit ja kapasiteetti. Tällaisissa järjestelmissä kysyntä ylittää aina tarjonnan, ja resurssit ovat jo lähtökohtaisesti rajallisia. Toiseksi yhteisössä olevat erilaiset terveydenhoito- ja sairausvakuutusjärjestelmät, jotka toimivat ja jotka rahoitetaan eri tavoin ja joiden siitä huolimatta tulisi toimia unionin yhteisillä sisämarkkinoilla. Kolmantena tekijänä ovat sisämarkkinat, erityisesti palvelujen tarjoamisen ja vastaanottamisen vapaus, jolloin potilailla on halutessaan mahdollisuus etsiä hoitoa muista jäsenvaltioista. Julkisiamiehen mukaan tällaisessa tilanteessa ovat syntyneet ylikansalliset terveyspalvelujen markkinat. Niiden ongelmana ei ole niinkään potilaan oikeus lähteä asuinjäsenvaltiostaan tai päästä toiseen jäsenvaltioon saadakseen lääketieteellistä hoitoa, vaan ongelmaksi muodostuu nimenomaan tällaisen hoidon rahoittaminen. Seikka tuottaa

¹⁵⁰ Puppo *et al.* 2025, s. 25.

¹⁵¹ Ks. esimerkiksi asia C-777/18 *WO*, EU:C:2020:745, 58 kohta oikeuskäytäntöviittauksineen. Myös direktiivin 2011/24/EU johdanto-osan 38 kohta.

¹⁵² Raitio – Tuominen 2025, s. 568.

¹⁵³ Asia C-385/99 *Müller-Fauré ja van Riet*, ECLI:EU:C:2003:270, kohta 69.

¹⁵⁴ Asia C-372/04 *Watts*, ECLI:EU:C:2006:325.

ongelmia etenkin kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisessa kansallisten järjestelmien sisällä.¹⁵⁵

Sosiaalisten oikeuksien ja niiden toteuttamiseksi tarvittavien riittävien resurssien välillä vallitsee riippuvuussuhde.¹⁵⁶ Niinpä kysymys on taloudellisista tekijöistä, jotka vaikuttavat myös vapausoikeuksien toteutumiseen. Taustalla on tavoite suojella kansanterveyttä. Ennakkolupajärjestelmä asettuu siten mielenkiintoisesti rajat ylittävän terveydenhuollon kahden tarkoitusperän ja niiden välisen jännitteen väliin ikään kuin tasapainottavaksi työkaluksi. Sen avulla on, ainakin jossain määrin, mahdollista vaikuttaa siihen, kuka on vastuussa rajat ylittävästä terveydenhuollosta aiheutuvista kustannuksista ja millä perusteella. Myös hoidon korvauksen määrällä on merkitystä.

Seuraavaksi herää väistämättä kysymys, miten tätä jännitettä ilmentävää elementtiä käytetään ja tulkitaan; toisin sanoen, milloin painotetaan mitään tarkoitusperää ja millä perusteilla? Muistutettakoon, että unionin sekundaarioikeus tuntee kaksi eri ennakkolupaa. Asetuksen (EY) 883/2004 mukaista ennakkolupaa vaaditaan aina, kun kyse on suunnitellusta rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Asetuksen mukaisesta ennakkoluvasta on säädetty jo kauan ennen kuin direktiivi 2011/24/EU, jossa säädetään myös ennakkoluvasta, tuli voimaan.¹⁵⁷ Direktiiviä sovellettaessa ennakkolupaa vaaditaan vain tietyissä, erikseen määritellyissä tilanteissa.¹⁵⁸ Palaan näitä kahta ennakkolupaa koskevaan sääntelyyn, niihin liittyvään oikeuskäytäntöön sekä näiden kahden ennakkoluvan välisen suhteeseen seuraavissa pääluvuissa, joissa pyrin systematisoimaan sääntelyä ja avaamaan tarkoitusperien välisen jännitteen tulkintaa sekä painotusta.

On vielä huomattava, että unionikin tiedostaa jäsenvaltioiden oman taloudellisen intressin. Lisäksi mm. terveyden suojelulle ja edistämislle ylipäätään on annettu viime aikoina myös unionissa enemmän painoarvoa verrattuna aiempaan.¹⁵⁹ Perusoikeuskirjan 34 artiklan mukaan unioni tunnustaa oikeuden sosiaaliturvaetuksiin ja sosiaalipalveluihin, joilla taataan suoja muun muassa sairauden varalta. Unioni tunnustaa ja kunnioittaa oikeutta unionin oikeuden sekä kansallisten lainsäädäntöjen ja käytäntöjen mukaisesti.¹⁶⁰ Kysymys onkin se, kuinka paljon

¹⁵⁵ EUT, C-372/04 *Watts*, julkisasiamies L. A. Geelhoed ratkaisuehdotus, ECLI:EU:C:2005:784, kohdat 19–23.

¹⁵⁶ Colapietro 2020, s. 2.

¹⁵⁷ Bermejo 2014, s. 360.

¹⁵⁸ Van Seben *et al.* 2022, s. 22.

¹⁵⁹ Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebe 2022, s. 163.

¹⁶⁰ De Becker 2023, s. 4.

unioni antaa jäsenvaltioiden intressille merkitystä käytännössä ja millaisissa tilanteissa. Miten merkityksellinen ja tehokas ennakkolupa jäsenvaltioille on? Myös tähän palaan seuraavissa pääluvuissa.

3 Sosiaaliturva-asetus ja sen oikeuskäytäntö

3.1 Asetuksen soveltamisala, oikeusperusta ja tarkoitus

Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettu asetus (EY) 883/2004 korvasi vuoden 1971 asetuksen (ETY 1408/71), jolloin myös sen soveltamisala laajeni. Aikaisemmin asetus oli perustunut SEUT 48 artiklaan, joka koski vain työntekijöitä ja itsenäisiä ammatinharjoittajia. Oli siis selvää, että tarkoituksena oli turvata nimenomaan työntekijöiden vapaa liikkuvuus.¹⁶¹

Nykyinen asetus koskee henkilölliseltä soveltamisaltaan paljon laajempaa joukkoa. Asetuksen 2 artiklan 1 ja 2 kohtien mukaan työntekijöiden ja itsenäisten ammatinharjoittajien lisäksi se koskee kaikkia yhden tai useamman jäsenvaltion lainsäädännön alaisuuteen kuuluvia EU-kansalaisia, kansalaisuudettomia henkilöitä ja pakolaisia sekä näiden kolmen ryhmän perheenjäseniä ja heidän jälkeensä eläviä. Sosiaaliturva-asetuksen soveltamisen edellytyksenä on lisäksi, että mainittuihin ryhmiin kuuluva henkilö asuu jossakin jäsenvaltiossa ja hän on tai on ollut yhden taikka useamman jäsenvaltion lainsäädännön alainen.

Henkilöllisen soveltamisalan laajenemisen myötä asetuksen oikeusperustana ei voitu enää käyttää pelkästään työntekijöitä koskevaa 48 artiklaa. Siispä turvaututtiin SEUT 352 artiklaan, josta saatiin oikeusperusta henkilöllisen soveltamisalan laajentamiselle.¹⁶² Nämä artiklat poikkeavat toisistaan lainsäädäntömenettelyn osalta.

SEUT 48 artiklan mukaisessa päätöksenteossa noudatetaan tavallista lainsäätämisyjärjestystä, kun taas SEUT 352 artiklan mukaisessa päätöksenteossa erityistä lainsäätämisyjärjestystä.¹⁶³ Tavallisessa lainsäätämisyjärjestyksessä komissio esittää ehdotuksen asetuksesta, direktiivistä tai päätöksestä. Neuvosto ja Euroopan parlamentti ovat tällöin tasa-arvoisia lainsäätäjiä, joista neuvosto tekee päätöksensä määränemmistöllä ja Euroopan parlamentti jäsentensä

¹⁶¹ Kotkas 2019, s. 64–66.

¹⁶² Kotkas 2019, s. 65–66.

¹⁶³ Kotkas 2019, s. 66–67.

enemmistöllä.¹⁶⁴ Euroopan parlamentti edustaa kansalaisia,¹⁶⁵ eli sen kautta jäsenvaltioilla on mahdollisuus vaikuttaa EU-oikeuden muodostumiseen.

Mielenkiintoisesti SEUT 48 artiklan 2 kohdan mukaan jäsenvaltio voi pyytää, että komission ehdotus, joka koskee sellaista sosiaaliturvan alan toimenpidettä, joka on tarpeen työntekijöiden vapaan liikkuvuuden toteuttamiseksi, ja joka hyväksyttäisiin säädökseksi tavallisessa lainsäätämisyjärjestyksessä, saatettaisiin Eurooppa-neuvoston käsiteltäväksi. Tällöin lainsäädäntömenettely keskeytetään. Tämän jäsenvaltio voi tehdä sillä perusteella, että se katsoo kyseisen komission ehdotuksen, vaikuttavan sen ”sosiaaliturvajärjestelmän tärkeisiin näkökohtiin, sen soveltamisala, kustannukset tai rahoitusrakenne mukaan luettuina, taikka vaikuttaisi järjestelmän rahoituksen tasapainoon”. Tällöin Eurooppa-neuvoston on joko palautettava asia neuvostolle menettelyn jatkamiseksi tai pyydettyä komissiota tekemään uusi ehdotus.

Tällainen ”häätäjarrumekanismi” tarjoaa jäsenvaltiolle mahdollisuuden saattaa lainsäädäntöhanke yksityiskohtaisemman tarkastelun alaiseksi, jos se esimerkiksi katsoo sosiaaliturvajärjestelmänsä taloudellisen kestävyuden olevan vaarassa.¹⁶⁶ Tästä artiklaan sisällytetystä mekanismista on havaittavissa, että kansallisen sosiaaliturvajärjestelmän on katsottu olevan intressi, jota voidaan suojata.

Erityinen lainsäätämisyjärjestys tarkoittaa sen sijaan yksimielisyyttä.¹⁶⁷ Se tarkoittaa jäsenvaltioiden kannalta sitä, että Euroopan parlamenttia yleensä vain kuullaan.¹⁶⁸ Yksimielisyyttä edellytetään perussopimusten mukaan päätöksissä, joita tehdään erityisen herkillä politiikan aloilla. Tällaisia ovat esimerkiksi sosiaaliturvaa koskevat asiat.¹⁶⁹

SEUT 352 artikla laajentaakin unionin päätäntävaltaa alalla. Artiklan 1 kohdan mukaan unioni voi ryhtyä lainsäädäntötoimiin, jos jokin perussopimuksessa määritelty tavoite niin edellyttää. Edellytyksenä on lisäksi, ettei perussopimuksissa ole määräyksiä tähän tarvittavista valtuuksista. Toisin sanoen tämä tarkoittaa, että vaikka perussopimuksissa ei olisi nimenomaista oikeusperustaa toimelle, SEUT 352 artikla mahdollistaa silti toimen

¹⁶⁴ Ojanen 2016, s. 35.

¹⁶⁵ Borchardt 2023, s. 66.

¹⁶⁶ Kotkas 2019, s. 66–67.

¹⁶⁷ Raitio – Tuominen 2025, s. 230.

¹⁶⁸ Borchardt 2023, s. 122.

¹⁶⁹ Borchardt 2023, s. 76.

toteuttamisen. Tällaisen yleislausekkeen käyttö sekä EUT:n suotuisa suhtautuminen siihen lisäävät unionin toimivallan kasvua huomaamatta ja asteittain.¹⁷⁰

Asetuksen asialliseen soveltamisalaan kuuluvat asetuksen 3 artiklan mukaan sairausetuudet, joita ovat Suomessa mm. sairausvakuutuslain mukaiset rahamääräiset etuudet¹⁷¹ ja julkisen terveydenhuollon palvelut.¹⁷² Myös muita etuuksia kuin sairausetuuksia kuuluu asetuksen soveltamisalaan, mutta niitä ei ole tarpeen avata tutkielmassa tarkemmin.

Aina ei ole selvää, kuuluuko jokin kansallinen etuus asetuksen soveltamisalaan. Tätä seikkaa arvioitaessa EUT:n mukaan merkitystä ei ole annettava sille, nähdäänkö etuus kansallisesti sosiaaliturvaetuutena vai ei. Sen sijaan erityisesti etuuden tarkoitus ja myöntämisen edellytykset ovat merkityksellisessä roolissa arvioinnissa.¹⁷³ Kun kyseessä on suunniteltu rajat ylittävä terveydenhuolto, materiaalista soveltamisalaa rajoittaa käytännössä asetuksen 20 artiklan 2 kohdan asettama ehto ennakkoluvalle: hoidon tulee kuulua asianomaisen henkilön asuinjäsenvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin. Pääsääntöisesti asetuksen soveltamisalaan eivät esimerkiksi kuulu sellaiset yksityiset tarjoajat, jotka toimivat lakisääteiden terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella.¹⁷⁴

Nimensä mukaisesti sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettu asetus (EY) 883/2004 sisältää kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien – jotka voivat olla keskenään hyvinkin erilaisia¹⁷⁵ – yhteensovittamista koskevat säännökset. Asetuksen säännökset koskevat sen johdannon 1 kohdan mukaan henkilöiden vapaata liikkuvuutta. Niiden tarkoituksena on myötävaikuttaa heidän elintasonsa ja työntekonsa edellytysten parantumiseen. Tavoitteena on varmistaa, etteivät rajoja ylittävät henkilöt joutuisi muita huonompaan asemaan tai menettäisi sosiaaliturvaansa liikkumisen vuoksi.¹⁷⁶ Huomautettakoon, että tavoitteena on nimenomaan yhteensovittaminen – koordinointi – ei yhdenmukaistaminen, johon unionilla ei ole edellä kerrotuin tavoin toimivaltaa.

¹⁷⁰ Raitio – Tuominen 2025, s. 230.

¹⁷¹ Esimerkiksi sairaanhoitokorvaukset ja sairauspäiväraha.

¹⁷² Kotkas 2019, s. 75.

¹⁷³ Yhdistetyt asiat C-245/94 ja C-312/94 *Hoever ja Zachow v. Land Nordrhein-Westfalen*, ECLI:EU:C:1996:379, kohdat 17–18.

¹⁷⁴ Strban *et al.* 2017, s. 38.

¹⁷⁵ Sakslin 2007, s. 297.

¹⁷⁶ HE 138/2022, s. 5.

Asetuksilla EU:n toimielimet voivat syvällisimmin vaikuttaa kansallisiin oikeusjärjestyksiin.¹⁷⁷ Asetus (EY) 883/2004 on Euroopan parlamentin ja neuvoston antama, joten se on säädetty ns. tavallisessa lainsäätämisympäristössä ja sisältää siten edellä käsitellyn parlamentaarisen yhteisvastuun.¹⁷⁸

Jäsenvaltiot eivät ole noin vain luovuttaneet suvereniteettiaan EU:lle, vaan ovat vaatineet vahvan aseman päätöksentekoprosessissa. Euroopan parlamentti edustaa jäsenvaltioiden kansalaisia. Sen asema on vuosien aikana vahvistunut eli se voi vaikuttaa esimerkiksi tavallisessa lainsäädäntöjärjestyksessä hyväksyttäviin säännöksiin entistä enemmän verrattuna aiempaan, jolloin se oli lähinnä vain kuultavana.¹⁷⁹ Nyt käsillä olevassa asiassa voidaan kuitenkin kyseenalaistaa, onko parlamentilla ja jäsenvaltioilla edelleenkaan merkityksellistä päätäntävaltaa asiassa. Vaikka asetukset olisi annettu niin, että parlamentti on vaikuttanut sen sisältöön, voi EUT oikeuskäytännössä tulkita luvussa 3.3.1 osoitettavalla tavalla asetuksen säännösten olevan perussopimusten vastaisia ja tällä perusteella muuttaa sen tulkintaa. Mikä asetuksen, tai parlamentin, tosiasiallinen vaikutus tällöin lopulta on?

Asetuksen (EY) 883/2004 täytäntöönpanosäännöt vahvistetaan asetuksella (EY) 987/2009¹⁸⁰ eli täytäntöönpanoasetuksella. Se määrittää myös mm. sen, millä lainsäädännöllisillä toimilla EU:n kansalaisten vapaa liikkuminen voidaan taata.¹⁸¹ Täytäntöönpanoasetus sisältää myös sosiaaliturva-asetuksen alaan kuuluvista sosiaalietuuksista tarkentavia materiaalisia säännöksiä.¹⁸² Asetukset (EY) 883/2004 ja (EY) 987/2009 muodostavat kokonaisuuden sosiaalioikeudellisen sääntelyn alalla, mutta tutkielmassa puhutaan selvyuden vuoksi vain asetuksista, ei asetuksista monikossa.

¹⁷⁷ Borchardt 2023, s. 106.

¹⁷⁸ Borchardt 2023, s. 106.

¹⁷⁹ Borchardt 2023, s. 117.

¹⁸⁰ Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset (EY) N:o 987/2009, annettu 16 päivänä syyskuuta 2009, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen (EY) N:o 883/2004 täytäntöönpanomenettelystä (ETA:n ja Sveitsin kannalta merkityksellinen teksti).

¹⁸¹ Puppo *et al.* 2025, s. 13.

¹⁸² Kotkas 2019, s. 67.

3.2 Asetuksen mukainen ennakkolupa

Asetuksen säännökset muodostavat Euroopan unionissa potilaalle väylän hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon.¹⁸³ Tämä mahdollistetaan EU-asetuksien (EY) 883/2004 ja (EY) 987/2009 luomalla lupamekanismilla.¹⁸⁴ Asetuksen (EY) 883/2004 20 artiklassa säädetään luvasta saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella. Artiklan 1 kohdan mukaan tällaisen ennakkoluvan hakeminen on pääsääntö potilaan matkustaessa suunnitellusti hoitoon toiseen jäsenvaltioon: lupaa on haettava, jollei ”asetuksessa toisin säädetä”.

Lupaa haetaan toimivaltaiselta¹⁸⁵ laitokselta. Luvan saatuaan potilaalla on oikeus asetuksen 20 artiklan 2 kohdan nojalla oleskelupaikan laitoksen myöntämiin luontoisuuksiin ikään kuin hänet olisi vakuutettu kyseisen jäsenvaltion lainsäädännön mukaisesti. Asetuksen mukainen hyvitysjärjestelmä mahdollistaa siis hoidon korvaamisen sen korvaustason mukaan, mikä hoitojäsenvaltiossakin on käytössä.¹⁸⁶

Asetuksen 20 artiklan 2 kohta säätelee lisäksi edellytyksistä, jolloin lupa on myönnettävä. Edellytyksiä on kaksi, joiden kummankin on täytyttävä: ensinnäkin kyseisen hoidon on kuuluttava potilaan asuinjäsenvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin. Toisena edellytyksenä on, ettei potilaalle voida antaa kyseistä hoitoa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa. Jälkimmäistä edellytystä arvioitaessa on otettava huomioon potilaan senhetkinen terveydentila sekä sairauden todennäköinen kulku.

Oikeuskäytännössään EUT on vielä selventänyt, että ennakkolupaa on haettava ”erikseen määriteltyyn hoitoon”, joka suoritetaan toisessa jäsenvaltiossa kuin missä potilas asuu tai missä hänet on vakuutettu, ja joka muodostuu luontoisuuksista, joista säädetään asetuksen (EY) 883/2004 20 artiklan 1 kohdassa ja johon asetuksen (EY) 987/2009 26 artiklassa viitataan nimenomaisesti. Ottaen huomioon kohdan 2 edellytykset, käsitteen ”erikseen määritelty hoito” soveltamisalaan kuuluu lääketieteellinen hoito, jonka vakuutettu on omasta tahdostaan saanut muussa kuin asuinjäsenvaltiossaan sillä perusteella, että hänen mukaansa lääketieteellistä

¹⁸³ Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebe 2022, s. 184.

¹⁸⁴ HE 138/2022, s. 5.

¹⁸⁵ 'Toimivaltaisella laitoksella' tarkoitetaan asetuksen 1 artiklan q kohdan mukaan ”laitosta, jossa asianomainen henkilö on vakuutettu hakiessaan etuutta” tai ”laitosta, josta asianomaisella henkilöllä on tai olisi oikeus etuuksiin, jos hän tai hänen yksi tai useampi perheenjäsenensä asuisi siinä jäsenvaltiossa, jossa laitos sijaitsee” tai ”laitosta, jonka kyseinen jäsenvaltion toimivaltainen viranomaisnimeää”. Toimivaltainen laitos sijaitsee toimivaltaisessa jäsenvaltiossa, sillä saman artiklan s alakohdan mukaan 'toimivaltaisella jäsenvaltiolla' tarkoitetaan jäsenvaltiota, jossa toimivaltainen laitos sijaitsee.

¹⁸⁶ Pennings 2011, s. 431.

hoitoa tai tehokkuudeltaan vastaavaa hoitoa ei ollut saatavilla asuinjäsenvaltiossa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa.¹⁸⁷

Näillä perustein ennakkolupa näyttää varsin kohtuulliselta keinolta hallita potilaiden vapaasta liikkuvuudesta aiheutuvia kustannuksia. Jäsenvaltiot voivat esimerkiksi vapaasti määrittellä kansallisen terveydenhuoltopalveluvalikoiman ja siten vaikuttaa siihen, milloin ennakkolupa voidaan evätä. Koska korvaus suoritetaan hoitojäsenvaltiossa käytössä olevan korvaustason mukaan, saattaa jäsenvaltiolle aiheutua ylimääräisiä kustannuksia hoidon ollessa kalliimpaa hoitojäsenvaltiossa verrattuna vakuutusjäsenvaltiossa tarjottavaan vastaavaan hoitoon ja sen korvaustasoon. Siksi on perusteltua, että vakuutusjäsenvaltio saisi edellyttää ennakkolupaa potilaalta ennen kuin tämä hakeutuu suunniteltuun hoitoon toiseen jäsenvaltioon.

Oikeuskäytännössään EUT kuitenkin niin sanotusti käänsi sääntelyn kurssia jäsenvaltioiden kannalta epäedulliseen suuntaan ja kavensi huomattavasti ennakkoluvan soveltamismahdollisuuksia. Tähän kehitykseen paneudutaan seuraavassa alaluvussa.

3.3 Asetuksen mukaisen ennakkoluvan soveltamisalan kaventuminen oikeuskäytännössä

3.3.1 Pääsääntöinen kehitys

Oikeuskäytännössään unionin tuomioistuin on laajentanut palveluiden vapaan liikkumisen perusvapautta puuttamalla ennakkoluvan käyttöön ja luomalla uuden väylän rajat ylittävälle potilaille. Kaikki lähti liikkeelle jo paljon analysoiduista *Kohll*¹⁸⁸ ja *Decker*¹⁸⁹ -tapauksista, joissa EUT haastoi unionin sekundaarioikeuden ja päätyi lopputulokseen, että asetuksen ennakkolupaa koskevat säännökset olivat perussopimuksen kanssa epä johdonmukaisia. Arvioitavana todellakin oli se, olivatko kansalliset säännöt yhdenmukaisia perusvapauksien kanssa.¹⁹⁰ Ennen näitä tapauksia ei jäsenvaltioissa ollut edes ajateltu, että palveluiden tai tavaroiden vapaa liikkuvuus voisi vaikuttaa kansallisiin sosiaaliturvajärjestelmiin. Jäsenvaltiot pidättyivätkin ensin soveltamasta oikeuskäytäntöä, sillä ne pitivät sitä epävarmana ja näkivät

¹⁸⁷ Asia C-777/18 *WO*, ECLI:EU:C:2020:745, kohdat 38 ja 92.

¹⁸⁸ Asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171.

¹⁸⁹ Asia C-120/95 *Decker*, ECLI:EU:C:1998:167.

¹⁹⁰ Pennings 2011, s. 431.

sen tarkoittavan perusteetonta puuttumista niiden oikeuteen yksinomaisesti määrätä sosiaaliturvajärjestelmiensä organisoinnista.¹⁹¹

Lyhykäisyydessään tapauksissa oli kyse siitä, että jäsenvaltio oli joko kieltäytynyt korvaamasta ulkomailla saadun hoidon sen vuoksi, ettei ennakkolupaa ollut haettu¹⁹², tai ei katsonut hoidon olevan kiireetöntä niin, että se voitiin hoitaa vakuutusjäsenvaltiossa eikä ennakkolupaa tämän vuoksi myönnetty¹⁹³. Näistä ratkaisuista *Kohll* teki selväksi, että ennakkolupa rajoittaa palveluiden vapaata liikkuvuutta.¹⁹⁴ Tapaus *Decker* taas koski tavaroiden vapaata liikkuvuutta, jota ennakkoluvan niin ikään katsottiin rajoittavan.¹⁹⁵

EUT katsoi, että ennakkolupa voisi olla hyväksyttävä yleisen edun mukaisesta pakottavasta syystä.¹⁹⁶ Tällainen yleisen edun mukainen pakottava syy voi olla esimerkiksi sosiaaliturvajärjestelmän tasapainon vakavan järkkymisen vaara sen vuoksi, että sillä pyritään turvaamaan kaikille riittävän monipuoliset ja kaikille saatavilla olevat sairaanhoito- ja sairaalapalvelut.¹⁹⁷ Niinpä yleisen edun mukaisia pakottavia syitä voivat olla korkeatasoisen terveydensuojelun toteuttaminen turvaamalla riittävän monipuoliset ja kaikille saatavilla olevat sairaanhoito- ja sairaalapalvelut.¹⁹⁸ Lisäksi syinä voivat olla kansanterveydelliset syyt tai paikallisen väestön eloonjäämisen kannalta välttämättömän hoitokapasiteetin tai lääketieteellisen pätevyyden ylläpitäminen jäsenvaltiossa.¹⁹⁹

Ennakkoluvan soveltamisala kapeni siis huomattavasti verrattuna aiempaan. Asetuksen mukaan ennakkoluvan hakeminen oli ollut pääsääntö aina, kun kyseessä oli suunniteltu rajat ylittävä terveydenhuolto. Tällainen tuomioistuimen määrittämä ”yleistä etua koskevat

¹⁹¹ Obermaier 2009, s. 71–72.

¹⁹² Asiassa C-120/95 *Decker* haki Belgiasta silmälasit ilman ennakkolupaa Luxemburgilaisen silmä lääkäriin antaman silmälasin määräyksen perusteella. Luxemburgin sairauskassa kieltäytyi korvaamasta silmälasia, koska ne oli ostettu ulkomailla ilman ennakkolupaa.

¹⁹³ Asiassa C-158/96 *Kohllin* tytär tarvitsi hoitoa saksalaisen, Tierissä toimivan hammaskirurgin luona. Lääkäri anoi hänelle ennakkolupaa, mutta se evättiin sillä perusteella, etteivät hoitotoimenpiteet olleet kiireellisiä ja ne voitiin hoitaa Luxemburgissa.

¹⁹⁴ Asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171, 35 kohta.

¹⁹⁵ Asia C-120/95 *Decker*, ECLI:EU:C:1998:167, 35–36, 46 kohdat.

¹⁹⁶ Asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171 41, 50 ja 51 kohdat; sekä asia C-157/99 *Geraets-Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, 72–74 kohdat.

¹⁹⁷ Asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171, 41 kohta ja asia C-120/95 *Decker*, ECLI:EU:C:1998:167, 39 kohta.

¹⁹⁸ Asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171, 50 kohta, asia C-157/99 *Geraets-Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, 73 kohta, asia C-385/99 *Müller-Fauré ja van Riet*, ECLI:EU:C:2003:270, 67 kohta, ja asia C-372/04 *Watts*, ECLI:EU:C:2006:325, 104 kohta.

¹⁹⁹ Asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171, kohta 51, asia C-157/99 *Geraets-Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, 74 kohta, asia C-385/99 *Müller-Fauré ja van Riet*, ECLI:EU:C:2003:270, 67 kohta, ja asia C-372/04 *Watts*, ECLI:EU:C:2006:325 105 kohta.

pakottavat syyt” oli kuitenkin laajennus sille, mitä SEUT 52 artiklassa säädetään nimenomaisista SEUT 56 artiklaa koskevista poikkeusperusteista. Esimerkiksi yksi tällainen SEUT 52 artiklan poikkeusperuste on kansanterveyden suojelu.

Tämän laajemman ”yleistä etua koskevien pakottavien syiden” käytön ehdoton edellytys on, etteivät rajoitukset saa olla syrjiviä.²⁰⁰ Lisäksi jotta vapaata liikkuvuutta voitaisiin rajoittaa ”yleistä etua koskevien pakottavien syiden” nojalla, on rajoitukset voitava perustella yleiseen etuun liittyvillä pakottavilla syillä ja niiden on oltava omiaan takamaan sen päämäärään toteutuminen, jota niillä tavoitellaan. Neljäntenä kriteerinä on vielä se, etteivät rajoitukset saa ylittää sitä, mikä on päämäärän toteuttamiseksi tarpeen. Toisin sanoen syrjimättömyyden ja suhteellisuuden periaatteiden on täytyttävä.²⁰¹ Yleistä etua koskevien pakottavien syiden käsillä olon osoittaminen oli vaikeaa,²⁰² ja ennakkoluvan käyttö siksi erittäin rajattua.

Selvää on, että unionin laajensi ratkaisullaan vapaan liikkuvuuden periaatetta huomattavasti ja vastaavasti kavensi jäsenvaltioiden mahdollisuuksia käyttää ennakkolupaa. Ratkaisut herättävät siksi väistämättä useita kysymyksiä. Mikä tällainen seikka voisi esimerkiksi olla, joka todella konkreettisesti vaarantaisi jäsenvaltion sosiaaliturvajärjestelmän tasapainon ja siten oikeuttaisi ennakkoluvan käytön?

Osittainen vastaus kysymykseen löytyy hieman myöhemmin käsitellystä tapauksesta *Geraets Smits ja Peerbooms*²⁰³, jossa katsottiin ennakkolupajärjestelmän olevan sekä välttämätön että kohtuullinen silloin, kun kyseessä on sairaalahoito. Ennakkoluvan itsessään ei tällöin katsottu rajoittavan vapaata liikkumista.²⁰⁴ Tapauksessa kansallisella vakuutuskassalla ei ollut ollut sopimusta²⁰⁵ sen laitoksen kanssa, johon potilaat olivat hakeutuneet hoitoon. EUT:n mukaan tällaisten sairaaloiden palveluiden vapaa käyttö tarkoittaisi sopimusjärjestelmään liittyvän suunnittelun vaarantamista. Näin siksi, että sairaalahoidon järjestämiseen liittyy suunnittelua vaativia seikkoja, ja suunnittelulla taas pyritään takaamaan se, että jäsenvaltion alueella on saatavilla riittävästi ja pysyvästi monipuolisia ja laadukkaita sairaalahoitopalveluja.²⁰⁶

²⁰⁰ Sen sijaan SEUT 52 artiklan poikkeusperusteiden nojalla jäsenvaltioiden kansalaisia on mahdollista kohdella eri tavoin.

²⁰¹ Huttunen 2007, s. 151–152.

²⁰² Tämän osoittaa oikeuskäytännön lopputulokset, joissa suurimmassa osassa EUT on katsonut, ettei tällaisia syitä ole käsillä. Sen vuoksi ennakkolupaa ei ole voitu myöskään edellyttää.

²⁰³ Asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404.

²⁰⁴ Asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, kohta 80.

²⁰⁵ Tällöin potilaan tulee itse maksaa palveluntarjoajan lasku. Jos sopimus olisi ollut, potilaan ei yleensä tarvitse maksaa kustannuksia itse vaan ne hyvitetään suoraan palveluntarjoajalle. Ks. esim. Obermaier 2009, s. 75 alaviitteineen.

²⁰⁶ Asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, kohdat 76–81.

Ennakkolupaa ei kuitenkaan edelleenkään voitaisi evätä, jos saatavilla ei ole ajoissa tehokkuudeltaan saman asteista hoitoa.²⁰⁷ Käänteisesti tulkiten jäsenvaltion oli mahdollista evätä ennakkolupa silloin, jos tällaista hoitoa on saatavilla ajoissa potilaan asuinjäsenvaltiossa.

Samassa tapauksessa EUT otti kantaa myös termin ”normaali hoito” -tulkintaan. Asiassa ennakkolupa oli evätty sillä perusteella, että hoito oli kokeellista eikä normaalia terveydenhuoltoa. EUT tulkitsi käsitettä ennalta-arvattavalla tavalla laajasti, ja totesi normaaliksi hoidon, joka oli ”ammattikunnassa vallitsevien käsitysten mukaan tavanomaista”.²⁰⁸ Niinpä jos hoitomuoto on kansainvälisesti tunnettu ja tehokas, ennakkolupaa ei voitaisi evätä, vaikka se olisikin vieras jäsenvaltion lääkäreille.

Ennakkoluvan asemaa oli tätä ennen heikennetty tapauksen *Vanbraeke*²⁰⁹ yhteydessä, joka tarkemmin liittyi hoidon korvauksen määrään. Siinä EUT katsoi, että potilaalle, jolta alun perin oli evätty ennakkolupa väärin perustein ja sittemmin se oli myönnetty jälkikäteen, oli korvattava ulkomailla saadun hoidon koko summa. Asian hankaluus ilmeni siinä, että kun hoito oli maksanut ulkomailla vähemmän kuin mitä vastaavalaisesta hoidosta olisi vakuutusjäsenvaltiossa korvattu, potilaalle oli korvattava hoito korkeamman eli tässä tapauksessa vakuutusjäsenvaltion korvaustason mukaisesti. Jos hoidosta korvattaisiin tätä vähemmän, se voisi EUT:n mukaan rajoittaa vapaata liikkuvuutta.²¹⁰ Jäsenvaltioille nämä päätökset tarkoittivat vähemmän kontrollia sosiaaliturvajärjestelmistään.

Jälleen hieman lisää selvyyttä ennakkoluvan monimutkaistuneeseen käyttöön toi tapaus *Müller-Fauré ja van Riet*²¹¹, jossa unionin tuomioistuin totesi, että pelkkä jonotuslistan olemassaolo ei ole riittävä peruste ennakkoluvan epäämiselle.²¹² Asiassa *Watts*²¹³ todetulla tavalla kussakin yksittäistapauksessa on sen sijaan suoritettava potilaan terveydentilan, sairaushistorian, hänen sairautensa todennäköisen kulun sekä hänen kipujensa ja/tai vammansa laadun objektiivinen lääketieteellinen arviointi harkittaessa sitä, voidaanko ennakkolupa evätä.²¹⁴ Tapaus *Inizan*²¹⁵ vuorostaan osoitti, että vaikka sairaalahoitoon ennakkolupa on välttämätön ja järkevä, on sen joka tapauksessa perustuttava objektiivisiin kriteereihin, jotka eivät ole syrjiviä ja jotka ovat

²⁰⁷ Asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, kohdat 103–105.

²⁰⁸ Asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, kohdat 89–90, 94.

²⁰⁹ Asia C-368/98 *Vanbraekel*, ECLI:EU:C:2001:400.

²¹⁰ Asia C-368/98 *Vanbraekel*, ECLI:EU:C:2001:400, kohdat 45 ja 53.

²¹¹ Asia C-385/99 *Müller-Fauré ja van Riet*, ECLI:EU:C:2003:270.

²¹² Asia C-385/99 *Müller-Fauré ja van Riet*, ECLI:EU:C:2003:270, kohta 92.

²¹³ Asia C-372/04 *Watts*, ECLI:EU:C:2006:325.

²¹⁴ Asia C-372/04 *Watts*, ECLI:EU:C:2006:325, kohdat 116 ja 119.

²¹⁵ Asia C-56/01 *Inizan*, ECLI:EU:C:2003:578.

etukäteen tiedossa siten, että kansallisten viranomaisten harkintavallan käyttöä näin säännellään sen mielivaltaisen harjoittamisen välttämiseksi.²¹⁶ Lupamenettely itsessään ei myöskään saa olla liian monimutkainen, ettei se muodosta rajoitetta palveluiden vapaalle liikkuvuudelle.²¹⁷

Objektiivisesta arvioinnista löytyy esimerkki kansallisella tasolla. Tapauksessa KHO 2015:189 oli kyse asetuksen (EY) 883/2004 20 artiklan mukaisesta ennakkoluvasta. Korkein hallinto-oikeus (KHO) arvioi, ettei potilasta hoitanutta tahoa voitu pitää puolueettomana antamaan lääketieteellinen lisälausunto eikä se siten voinut arvioida omaa toimintaansa puolueettomasti. Tuomioistuimen oli hankittava riippumaton lausunto muualta.

EUT jatkoi siis samalla linjalla ja muutti merkittävästi tulkintaa siitä, milloin ennakkolupaa voidaan edellyttää ja millä perusteilla se on myönnettävä. Se on myös katsonut, etteivät perussopimuksen säännökset loukkaa asetusta, vaan asetusta on tulkittava linjassa perussopimuksen kanssa.²¹⁸ Niinpä myös asetuksen 20 artiklaa pitää tulkita linjassa SEUT 56 artiklan kanssa.²¹⁹

EUT mukaan sekä asetus että SEUT 56 artikla omaavat tavoitteen edistää sisämarkkinoita, ja niiden lähestymistavan pitäisi siksi olla yhdenmukainen. Tätä se ei kuitenkaan aivan ole. Vapaan liikkuvuuden säännöksen mukaan sisämarkkinoiden edistäminen tapahtuu harmonisoimalla eli poistamalla lainvastaisia ”esteitä” vapaalta liikkuvuudelta. Asetuksen mukaista sisämarkkinatavoitetta tavoitellaan sen sijaan yhtenäistämällä kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiä.²²⁰ Julkisasiamiehen ratkaisuehdotuksessaan esittämän kannanoton mukaan näiden kahden välille ei kuitenkaan tarvitse tehdä eroa.²²¹

Edellä kuvatuista käy selvästi ilmi vapaan liikkumisen painottaminen jäsenvaltioiden intressin kustannuksella. Edelleen vapaa liikkuvuus oli unionin intressinä tapauksissa *Leichtle*²²² ja *Keller*²²³. Niissä unioni katsoi, ettei (kylpylä)hoidon tehokkuutta voitu asettaa perusteeksi luvan myöntämiselle, vaan tällainen vaatimus loukkasi vapaata liikkuvuutta.²²⁴ Jos taas ennakkolupa

²¹⁶ Asia C-56/01 *Inizan*, ECLI:EU:C:2003:578, kohta 56.

²¹⁷ Asia C-255/09 *Euroopan komissio v. Portugal*, ECLI:EU:C:2011:695.

²¹⁸ Asia C-208/07 *von Chamier-Glisczinski*, ECLI:EU:C:2009:455, kohdat 62–66 oikeuskäytäntöviittauksineen.

²¹⁹ Hervey – McHale 2015, s. 199.

²²⁰ Hervey – McHale 2015, s. 199–200.

²²¹ EUT, C-372/04 *Watts*, julkisasiamies L. A. Geelhoedin ratkaisuehdotus, ECLI:EU:C:2005:784.

²²² Asia C-8/02 *Leichtle*, ECLI:EU:C:2004:161.

²²³ Asia C-145/03 *Keller*, ECLI:EU:C:2005:211.

²²⁴ Asia C-8/02 *Leichtle*, ECLI:EU:C:2004:161, kohta 51.

on jo kertaalleen myönnetty, se pätee edelleen eikä uutta lupaa tarvitse hakea, vaikka potilas ohjattaisiin eteenpäin tarpeelliseen, elintärkeään hoitoon kolmanteen valtioon, joka ei ole EU:n jäsenmaa.²²⁵

Kun ensimmäisen oikeustapausten aallon voitiin katsoa koostuvan varakkaammista ja informoiduista potilaista, toinen aalto koskikin köyhempien maiden potilaita.²²⁶ Mielenkiintoisia ovat etenkin tapaukset *Elchinov*²²⁷ ja *Petru*²²⁸.

Kuten edellä on todettu, ennakkolupa voidaan asetuksen perusteella kieltää, jos molemmat tai toinen sen asettamista ehdoista ei täyty. Siten jos hoito ei kuulu potilaan asuinjäsenvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin, ennakkolupa voidaan hylätä. Säännös ainakin teoriassa selkeästi ilmaisee, milloin ennakkolupaa ei tarvitse myöntää. Oikeuskäytännössä tämäkään ei kuitenkaan osoittautunut aivan yksiselitteiseksi seikaksi.

Elchinov oli Bulgarian kansalainen, joka lähti hakemaan kiireellistä hoitoa Saksasta, sillä samantasoista hoitoa ei ollut saatavilla Bulgariassa. Hän haki ennakkolupaa, joka hylättiin. Nyt EUT kuitenkin katsoi, että kun etuuksista oli kansallisesti säädetty luettelona määrittämällä vain hoitotyypit, eikä hoitomenetelmiä ollut mainittu nimenomaisesti ja yksityiskohtaisesti, ei ennakkolupaa voitu kieltää sillä perusteella, ettei hoitomuoto ollut saatavilla vakuutusjäsenvaltiossa.²²⁹ Jos siis jokin hoitomuoto haluttaisiin jättää ennakkoluvan soveltamisalan ulkopuolelle, olisi kaikki saatavilla olevat hoitomuodot mainittava yksityiskohtaisesti ja nimenomaisesti, mikä aiheuttaisi valtavan hallinnollisen taakan jäsenvaltioille.²³⁰

Petru taas oli Romanian kansalainen, joka katsoi, että Romanian lääketieteellinen infrastruktuuri oli riittämätön hänen tarvitsemaansa avosydänleikkaukseen. *Petru* haki ennakkolupaa, joka hylättiin, mutta hän lähti silti hoitoon Saksaan. Unionin tuomioistuimessa kysymys oli siitä, voitiinko Romaniassa antaa hyvää ja riittävää hoitoa ajoissa ja ennakkolupa sen vuoksi hylätä. EUT katsoi, ettei Romaniassa ollut riittävää osaamista ja välineitä hoidon suorittamiseksi, mikä tarkoitti, ettei hyvää ja riittävää hoitoa ollut saatavilla ajoissa ja ennakkolupaa ei tämän vuoksi voitu hylätä.²³¹ Ratkaisusta seuraa, että huono terveydenhuollon

²²⁵ Asia C-145/03 *Keller*, ECLI:EU:C:2005:211, kohdat 51–56.

²²⁶ Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebe 2022, s. 186–187.

²²⁷ Asia C-173/09 *Elchinov*, ECLI:EU:C:2010:581.

²²⁸ Asia C-268/13 *Petru*, ECLI:EU:C:2014:2271.

²²⁹ Asia C-173/09 *Elchinov*, ECLI:EU:C:2010:581, kohdat 61–62.

²³⁰ Wojcik 2019, s. 117–118 alaviitteineen.

²³¹ Asia C-268/13 *Petru*, ECLI:EU:C:2014:2271, kohdat 32–33 ja 36.

laatu on peruste hakeutua hoitoon ulkomaille. Ajoissa annettavan hoidon käsitteen tulkinta supistui jäsenvaltioiden vahingoksi.

On selvää, ettei EUT näitä seikkoja harkitessaan antanut painoarvoa jäsenvaltioiden huolenaiheelle niiden taloudellisesta kestävydestä. Molemmat edellä mainitut tapaukset ovat herättäneet keskustelua siitä, innostaako niiden lopputulos liiallisissa määrin köyhempien jäsenmaiden kansalaisia hakeutumaan ulkomaille parempilaatuiseen hoitoon.²³²

Nykyään eri jäsenvaltioiden terveydenhuoltojärjestelmien välillä voi olla suuriakin eroja.²³³ Yksittäisen potilaan ja vapaan liikkuvuuden kannalta ratkaisut ovat tietenkin edullisia, mutta niiden vuoksi jäsenvaltiotasolla paine investoida kansalliseen terveydenhuoltojärjestelmään kasvaa. Tämä siitäkin huolimatta, ettei kaikilla jäsenvaltioilla ole tähän todellisuudessa mahdollisuutta. Jos potilas sitten hakeutuu ulkomaille parempilaatuiseen ja kalliimpaan hoitoon, aiheutuu siitä lopulta joka tapauksessa suuria kuluja asuinjäsenvaltiolle.²³⁴

Oikeuskäytännön mukaan jäsenvaltio ei voi myöskään rajoittaa vapaata liikkuvuutta sellaisella sääntelyllä, joka vaatii lääkärinlausuntoa mutta hyväksyy vain jäsenvaltion oman kansalliseen sairausvakuutusjärjestelmään kuuluvan lääkärin antaman lääkärinlausunnon. Tämä siitä huolimatta, että toisen jäsenvaltion lääkärin antama lausunto olisi potilaalle parempi esimerkiksi siksi, että jäsenvaltion oman lääkärin antaman lausunnon mukainen hoito olisi aiheuttanut potilaalle vamman, toisin kuin toisen jäsenvaltion lääkärin määräämä hoito. Myös tällainen rajoittava sääntely olisi siis asetuksen 20 artiklan 2 kohdan vastaista tulkittaessa sitä yhdessä SEUT 56 artiklan kanssa.²³⁵

3.3.2 Joitakin poikkeuksia

Joissakin edelläkin mainituissa tapauksissa unioni tunnisti myös jäsenvaltioiden huolenaiheen. Ei siis voida sanoa, että palveluiden vapaa liikkuvuus terveydenhuollon alalla olisi täysin yksinomaisen intressi, jota Euroopan unionissa edistetään. Näissä muutamissa tapauksissa huomiota on kiinnitetty myös siihen seikkaan, ettei jäsenvaltion kansallinen

²³² Wojcik 2019, s. 117–118.

²³³ Frischhut – Fahy 2016, s. 39, 49–50.

²³⁴ Frischhut – Fahy 2016, s. 47–48.

²³⁵ Asia C-538/19 *Casa Națională de Asigurări de Sănătate and Casa de Asigurări de Sănătate Constanța*, EU:C:2021:809, kohdat 55–56, 58.

sosiaaliturvajärjestelmän taloudellinen tasapaino vaarannu ja kansanterveyden yleistaso joudu tämän vuoksi uhatuksi.²³⁶

Tämän osoittaa ensinnäkin *Geraets Smits ja Peerbooms* linjatessaan, ettei ennakkolupa itsessään rajoittanut vapaata liikkumista, kun kyse oli sairaalahoidosta.²³⁷ Asia *Müller-Fauré ja van Riet* vei ajatusta pidemmälle, ja osoitti, että myös muu kuin sairaalahoido voi vaatia suunnittelua ja että sairaala- ja ei-sairaalahoidon välille on joskus vaikea tehdä eroa.²³⁸ Sen tarkemmin tuomioistuin ei kuitenkaan ottanut asiaan kantaa, sillä jäsenvaltiota eivät olleet kysyneet seikasta tarkemmin. Asiassa *Euroopan komissio v. Ranska*²³⁹, jota on myös kuvattu yllättävän lieväksi²⁴⁰ ratkaisuksi, tuomioistuin kuitenkin selvensi tätä seikkaa. Ratkaisu linjasi, että ennakkolupaa voidaan vaatia sairaalahoidon lisäksi esimerkiksi silloin, kun hoito vaatii suurten lääketieteellisten laitteiden käyttämistä sairaalan ulkopuolella, koska tällainen hoito voi vaatia suunnittelua.²⁴¹ Tämä oli jäsenvaltioille helpotusta tuonut täsmennys.

Lisäksi EUT on harkinnut myös sitä, kuuluuko ennakkolupaan potilaan oikeus korvauksiin matka-, oleskelu- ja ylläpitokustannuksista, jotka eivät ole kiinteä osa itse hoitoa. Tähän vastaus oli kieltävä, ja näiden kulujen korvaamisesta potilaalle jäsenvaltio saa itse päättää.²⁴²

EUT on ratkaisuissaan tuonut esille toistuvasti sen, ettei unionin oikeus välittömästi vaikuta jäsenvaltioiden toimivaltaan säätää omista kansallisista sosiaaliturvajärjestelmistään.²⁴³ Jäsenvaltioiden on kuitenkin edelleen noudatettava unionin oikeutta.²⁴⁴ Lisäksi edellä mainitulla tavalla kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien mukauttaminen perussopimuksen määräysten tai johdetun oikeuden säännösten perusteella ei katsota loukkaavan jäsenvaltioiden yksinomaista toimivaltaa alalla. Sen vuoksi jäsenvaltioiden huoli omien sosiaaliturvajärjestelmien kestävydestä on ymmärrettävä. Liikkuvat potilaat aiheuttivat levottomuutta, ja jäsenvaltiot halusivat säännellä ja kontrolloida sosiaaliturvajärjestelmiään

²³⁶ Raitio – Tuominen 2025, s. 568. Ks. myös asiat C-385/99 *Müller-Faure ja van Riet* ECLI:EU:C:2003:270 sekä aikaisemmasta oikeuskäytännöstä erityisesti asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404.

²³⁷ Asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, kohta 80.

²³⁸ Asia C-385/99 *Müller-Fauré ja van Riet*, ECLI:EU:C:2003:270, kohta 75.

²³⁹ Asia C-512/08 *Euroopan komissio v. Ranska*, ECLI:EU:C:2010:579.

²⁴⁰ Wojcik 2019, s. 134.

²⁴¹ Asia C-512/08, *Euroopan komissio v. Ranska*, ECLI:EU:C:2010:579, etenkin kohdat 32–33, 36, 40–42.

²⁴² Asia C-466/04 *Acereda Herrera*, ECLI:EU:C:2006:55, kohdat 32–35.

²⁴³ Ks. asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, kohta 44 ja asia C-385/99 *Müller-Fauré ja van Riet*, ECLI:EU:C:2003:270, kohta 100.

²⁴⁴ Ks. asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171, kohdat 17 ja 19 ja asia C-385/99 *Müller-Fauré ja van Riet*, ECLI:EU:C:2003:270, kohta 100.

itse.²⁴⁵ Näiden tässä tutkielmassa poikkeuksiksi kuvattujen EUT:n linjausten vähäisyyden vuoksi on ilmeistä, että palveluiden vapaan liikkuvuuden painottaminen selkeästi korostuu unionin oikeuskäytännössä. Kehitys ei kuitenkaan päättynyt tähän. Seuraava askel oli potilasdirektiivi, jota käsittelen seuraavassa luvussa.

4 Direktiivi tasapainottamassa jännitettä

4.1 Potilasdirektiivin rooli

4.1.1 Yleistä

Ratkaisut *Kohll* ja *Decker* loivat toisen väylän rajat ylittävälle potilaille hakeutua hoitoon ulkomaille. Nykyään Euroopan unionissa voidaankin erottaa kaksi oikeudellista järjestelmää, joihin potilaan oikeus rajat ylittävään terveydenhuoltoon voi perustua.²⁴⁶ Lähtökohdiltaan nämä järjestelmät ovat hyvin erilaisia. Toinen on EU:n sosiaaliturva-asetus (EY) N:o 883/2004²⁴⁷, joka tarjoaa oikeudellista sosiaaliturvaa ja sairausetuuksia Euroopan unionissa vakuutetuille. Se pyrkii yhdenmukaistamaan jäsenvaltioiden kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiä, kunnioittaen kuitenkin jäsenvaltioiden omien järjestelmien erilaisuuksia.

Toinen oikeudellinen reitti rajat ylittävälle potilaalle on Euroopan unionin tuomioistuimen oikeuskäytännön myötä SEUT 56 artikla. Sen mukaan tietyin edellytyksin kiellettyjä ovat rajoitukset, jotka koskevat muuhun jäsenvaltioon kuin palvelujen vastaanottajan valtioon sijoittuneen jäsenvaltion kansalaisen vapautta tarjota palveluja EU:n alueella. Tämä merkitsee käytännössä, että rajat ylittävällä potilaalla on oikeus matkustaa toiseen jäsenvaltioon vastaanottamaan terveydenhuollon palveluita suoraan EU:n perussopimuksen nojalla²⁴⁸ Asetuksen 20 artikla ja SEUT 56 artikla voivat soveltua myös samaan aikaan, ja tällaisissa tilanteissa asetusta tulkittava SEUT 56 artiklan mukaisesti.²⁴⁹

²⁴⁵ Wojcik 2019, s. 133.

²⁴⁶ Obermaier 2009, s. 71; Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebes 2022, s. 184.

²⁴⁷ Asetuksen lisäksi myös sen täytäntöönpanoasetus (EY) 987/2009. Puhun tutkielmassa kuitenkin asetuksesta yksikkömuodossa, vaikka myös täytäntöönpanoasetuksen säännökset voivat vaikuttaa asiaan.

²⁴⁸ Asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171.

²⁴⁹ Pennings 2001, s. 434.

Ennen direktiivin 2011/24/EU voimaantuloa rajat ylittävien potilaiden oikeudet ilmenivät siten sekä asetuksesta että lukuisista EUT:n tapauksista. Koska nämä oikeudet olivat hajautettuna eri paikkoihin, se luonnollisesti mutkisti niiden löytämistä. Oikeustapaukset koottiin direktiivin 2011/24/EU säännöksiin tarkoituksena selventää EUT:n oikeuskäytäntöä ja sen suhdetta asetukseen (EY) 883/2004 sekä vahvistaa säännöt turvallisen ja laadukkaan rajat ylittävän terveydenhuollon saatavuuden helpottamiseksi unionin alueella.²⁵⁰ Tavoitteena oli myös vahvistaa säännöt potilaiden liikkuvuuden varmistamiseksi unionin tuomioistuimen vahvistamien periaatteiden mukaisesti. Tarkoituksena oli lisäksi edistää terveydenhuoltoa koskevaa jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä.²⁵¹ Direktiivi siis pyrkii parantamaan rajat ylittävien potilaiden oikeuksia. Silti se edelleen osoittaa rajat ylittävän terveydenhuollon olevan poikkeus.²⁵² Pääsääntöisesti kansalainen saisi siis terveydenhuollon palvelut omassa asuinjäsenvaltiossaan.

Direktiivin tarpeesta ja toisaalta jäsenvaltioiden vastahakoisesta suhtautumisesta oikeuskäytännössä linjattuun kertoo se, että ennen direktiiviä jäsenvaltiot olivat toivoneet perussopimuksia muutettavaksi niin, että terveydenhuolto suljettaisiin pois sisämarkkinoiden soveltamisalasta.²⁵³ Siksi direktiivi tarjosi jäsenvaltioiden kannalta positiivisen muutoksen sen jälkeen, kun rajat ylittävien potilaiden liikkuvuus oli sotkenut alueperiaatteen mukaisen järjestelmän ja potilaiden oli mahdollista nojautua suoraan perussopimuksen säännöksiin. Direktiivi palautti terveydenhuoltojärjestelmien kontrollia jäsenvaltioille siitäkin huolimatta, ettei se suoraan edistä itse direktiivin tarkoitusta eli rajat ylittävän terveydenhuollon saantia. Direktiivistä löytyykin esimerkiksi paljon viittauksia²⁵⁴ kansalliseen toimivaltaan, jotka vahvistavat alueperiaatetta.²⁵⁵

Direktiivi siis tasapainotti jännitettä, joka oli ennen selvästi kallistunut vapausoikeuksien puolelle. Se tunnistaa molempia jäsenvaltioita, niin toimivaltaista kuin hoitojäsenvaltiotakin, koskevat rajat ylittävästä terveydenhuollosta mahdollisesti seuraavat uhat.²⁵⁶ Jäsenvaltioille on myös jätetty määritettäväksi, mitä eri käsitteet kuten ”sairaalahoito” tai ”pitkälle erikoistunut hoito” tarkoittavat,²⁵⁷ mikä mahdollistaa rajat ylittävien potilaiden kontrolloitavuutta. Ehkä vielä

²⁵⁰ Direktiivi 2011/24/EU 1 artikla 1 kohta.

²⁵¹ Direktiivi 2011/24/EU johdanto-osan 10 kohta.

²⁵² Direktiivi 2011/24/EU johdanto-osan 39 kohta.

²⁵³ Wojcik 2019, s. 133.

²⁵⁴ Ks. esim. direktiivi 2011/24/EU johdanto-osan 4,5,7,10, 19, 33 kohdat, sekä 1 artikla.

²⁵⁵ Wojcik 2019, s. 134, 136, 140–141.

²⁵⁶ Direktiivi 2011/24/EU johdanto-osan 21 kohta, 4 artiklan 3 kohta ja 7 artiklan 9 kohta.

²⁵⁷ Martinsen – Schrama – Mastenbroek 2021, s. 1852.

tärkeämpänä seikkana kuin se, että direktiivi sisältää yleisesti kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien tasapainoa suojaavia säännöksiä, se laajensi ennakkoluvan soveltamisalaa.²⁵⁸ Tähän palaan tarkemmin luvussa 4.2.

Potilasdirektiivi rakentuu kahdelle keskeiselle periaatteelle.²⁵⁹ Ensimmäinen on yhdenvertaisen kohtelun periaate.²⁶⁰ Siitä seuraa esimerkiksi se, että yksittäisen jäsenvaltion tulee soveltaa samaa maksutaulukkoa sekä omiin kansallisiin potilaisiin että ulkomaalaisiin potilaisiin.²⁶¹ Toinen on vakuutusjäsenvaltion korvausvastuun periaate.²⁶² Sen mukaan vakuutusjäsenvaltio korvaa potilaalle rajat ylittävän terveydenhuollon kustannukset sillä edellytyksellä, että hoito kuuluu jäsenvaltion terveydenhoitovalikoimaan eli niihin etuuksiin, joita vakuutettu on oikeutettu saamaan vakuutusjäsenvaltiossa.

Oikeuskäytännöstä poiketen jäsenvaltion on kuitenkin korvattava kustannukset enintään siihen määrään asti, jonka vakuutusjäsenvaltio olisi korvannut hoidon tapahtuessa sen alueella.²⁶³ Niinpä vaikka hoito maksaisikin enemmän hoitojäsenvaltiossa, ei vakuutusjäsenvaltion tarvitse maksaa erotusta, vaan se jää potilaan itsensä vahingoksi. Tällä direktiivin mukaisella hyvitysjärjestelmällä vakuutusjäsenvaltiolle ei aiheudu ylimääräisiä kuluja rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Jälkimmäinen periaate on jäsenvaltion sosiaaliturvajärjestelmän taloudellisen tasapainon kannalta hyvinkin merkittävä. Palaan sen lähempään tarkasteluun luvussa 5.2.

On mahdollista kysyä, muodostaako direktiivi kolmannen reitin rajat ylittävälle potilaille. Kysymys on perusteltu, sillä direktiiviä ja asetusta (EY) 883/2004 ei tule soveltaa direktiivin johdanto-osan 30 kohdan mukaan samaan aikaan. Lisäksi direktiivi ei ole täysin yhdenmukainen myöskään oikeuskäytännön kanssa, mikä tekee siitä ikään kuin oman kokonaisuutensa. Lisäksi direktiivin johdanto-osan 29 kohdan mukaan silloin, kun potilaat hakeutuvat toiseen jäsenvaltioon hoitoon muissa kuin asetuksessa (EY) 883/2004 säädetyissä olosuhteissa, he voisivat hyötyä SEUT:n ja direktiivin mukaisesta potilaiden ja palveluiden vapaan liikkuvuuden periaatteesta.

²⁵⁸ Wojcik 2019, s. 136–137.

²⁵⁹ Kotkas 2019, s. 81–82.

²⁶⁰ Direktiivi 2011/24/EU 4 artikla 3 kohta.

²⁶¹ Kotkas 2019, s. 81–82.

²⁶² Direktiivi 2011/24/EU 7 artikla 1 kohta.

²⁶³ Direktiivi 2011/24/EU 7 artikla 4 kohta.

Direktiivin tultua voimaan SEUT 56 artikla on kuitenkin menettänyt merkitystään itsenäisenä korvausoikeuksien lähteenä rajat ylittävissä tilanteissa.²⁶⁴ Siksi jatkossa tarkastelu kohdistuu nimenomaan asetukseen ja direktiiviin sekä niiden keskinäiseen suhteeseen.

On vielä huomautettava, että jäsenvaltiot voivat halutessaan implementoida direktiivin mukaisen ennakkolupajärjestelmän osaksi kansallista lainsäädäntöään,²⁶⁵ mutta se ei ole pakollinen eikä kaikilla jäsenvaltioilla ole sitä käytössään. Vuonna 2022 tehdyn komission kertomuksen²⁶⁶ mukaan melkein kaikilla jäsenvaltioilla on direktiivin ennakkolupajärjestelmä käytössä, pois lukien muutama poikkeus. Nämä valtiot, joilla ennakkolupajärjestelmää ei ollut käytössään, olivat vielä maaliskuussa 2022 Kypros²⁶⁷, Latvia²⁶⁸, Liettua, Ruotsi, Suomi, Tšekki Viro, Norja ja Alankomaat²⁶⁹. Sittenmin vuoden 2023 jälkeen ainakin Suomi on ottanut ennakkolupajärjestelmän käyttöönsä.²⁷⁰ Muiden osalta vuonna 2025 julkaistu Euroopan komission keräämä data jäsenmaista kertoo, ettei vuonna 2023 tullut juurikaan muita muutoksia edellisen vuoden tilastoihin. Ranskan osalta on tosin täsmennetty, että sen direktiivin mukainen ennakkolupa soveltuu asetuksen (EY) 883/2004 mukaisiin hoitomuotoihin.²⁷¹

4.1.2 Soveltamisala ja oikeusperusta

Direktiivin henkilöllinen soveltamisala on sama kuin sosiaaliturva-asetuksen henkilöllinen soveltamisala sen 3 artiklan b kohdan perusteella. Oikeuskäytännössä linjatun mukaisesti direktiiviä sovelletaan sekä yksityiseen että julkiseen terveydenhuoltoon.²⁷²

²⁶⁴ Leeuwen 2023, s. 667.

²⁶⁵ Direktiivin 2011/24/EU johdanto-osan 42 kohta.

²⁶⁶ COM(2022) 210 final.

²⁶⁷ Kyproksella ja Latviassa on aikaisemmin ollut ennakkolupajärjestelmä käytössään, mutta potilaiden vähäisen liikkuvuuden vuoksi ne ovat päättäneet poistaa sen käytöstä.

²⁶⁸ Ks. edellinen alaviite.

²⁶⁹ Alankomailla ei ole ennakkolupajärjestelmää käytössään, joskin sairausvakuutuslaitokset näyttävät tarvitsevan ennakkolupaa, jos Alankomaiden sosiaaliturvajärjestelmässä vakuutetulla henkilöllä on mahdollisuus saada rajat ylittävää terveydenhuoltoa. COM(2022) 210 final, s. 3–4 alaviitteineen.

²⁷⁰ Laki rajat ylittävistä terveydenhuollosta (1201/2013) 9a §:ää koskevan muutossäädöksen 3.3.2023/346 voimaantulo 1.1.2024. Ks. myös Edilex-uutinen Surakka 3.5.2023 ”Ulkomailla saadusta sairaanhoidosta voi nyt saada aiempaa suuremman korvauksen”.

²⁷¹ Puppo *et al.* 2025, s. 26.

²⁷² Direktiivi 2011/24/EU 1 artikla.

Materiaalinen soveltamisala määrittää, mitkä etuudet sääntely kattaa.²⁷³ Kuten asetuksenkaan tapauksessa, aina ei ole selvää, kuuluuko jokin tietty terveydenhuollon palvelu niiden etuuksien joukkoon, joita jäsenvaltio tarjoaa.²⁷⁴ Direktiivi soveltuu sen 1 artiklan 2 kohdan mukaan kaikenlaiseen terveydenhuoltoon riippumatta siitä, miten se on järjestetty, tuotettu ja rahoitettu.

Kaikki terveydenhuollon palvelut eivät kuitenkaan kuulu direktiivin soveltamisalaan. Soveltamisalan ulkopuolelle on nimenomaisesti jätetty 1 artiklan 3 kohdan mukaan pitkäaikaishoidon palvelut, elinsiirtoja varten tapahtuva elinten luovutus ja saatavuus sekä julkiset rokotusohjelmat. Joka tapauksessa silloin, kun kyse on suunnitellusta rajat ylittävästä terveydenhuollosta, korvauksen ehtona on edelleen, että hoidon on kuuluttava vakuutusjäsenvaltion terveystalveluiden valikoimaan.

On tarpeen nostaa esiin, ettei direktiivin osalta ole täysin selvää, soveltuuko se ainoastaan suunniteltuun hoitoon, vai sen lisäksi myös suunnittelemattomaan hoitoon.²⁷⁵ Tämän vuoksi herää kysymys, onko direktiivin mukaista ennakkolupaa haettava myös suunnittelemattomaan hoitoon. Niinpä vaikka tutkielmani ulkopuolelle on rajattu varsinaisen suunnittelemattoman rajat ylittävän terveydenhuollon tarkastelu sen vuoksi, ettei siihen lähtökohtaisesti tarvita ennakkolupaa, tältä osin aihetta on tarpeen lyhyesti tarkastella. On nimittäin teoriassa mahdollista, että jäsenvaltio voisi edellyttää suunnittelemattomaan hoitoon ennakkolupaa ja kieltäytyä korvaamasta yksityisen tarjoajan suorittaman hoidon kustannuksia, mikäli ennakkolupaa ei ole haettu.²⁷⁶

Tällä tavoin on tietenkin mahdollista laajentaa ennakkoluvan soveltamisalaa, mutta on epärealistista ajatella, että matkustaessaan ulkomaille potilas vain varmuuden vuoksi hakisi ennakkolupaa, jos jotakin sattuisi tapahtumaan. Ei ole toisaalta raportoitu, että mikään

²⁷³ Strban 2023, s. 341.

²⁷⁴ Strban 2023, s. 342.

²⁷⁵ Direktiivin 2011/24/EU johdanto-osan 11 kohdan mukaan direktiiviä olisi sovellettava potilaisiin, jotka ”päättävät” hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon. Samaan aikaan direktiivin 3 artiklan h kohdan mukaan ’potilaan’ on määritelty tarkoittavan niitä luonnollisia henkilöitä, jotka *hakeutuvat* terveydenhuoltoon tai *saavat* (kursiivit lisätty) terveydenhuollon palveluita toisessa jäsenvaltiossa. Euroopan komission ohjeen, joka ei tosin ole laillisesti sitova, mukaan sekä asetus että direktiivi koskevat suunniteltua ja suunnittelematonta terveydenhuoltoa Ks. myös Guidance note from the Commission AC 246/12, s. 4, sekä Strban *et al.* 2017, s. 37–38.

²⁷⁶ Strban *et al.* 2017, s. 38.

jäsenvaltio todella käyttäisi tätä keinoa.²⁷⁷ Muutenkaan kyseistä mahdollisuutta ei ole tarkoituksenmukaisesti jätetty jäsenvaltioiden hyödynnettäväksi.

Euroopan komission sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista käsittelevä hallintotoimikunta on esittänyt tulkinnan, että mikäli hoito tulee tarpeeseen väliaikaisen oleskelun aikana, ei ennakkolupaa saisi vaatia.²⁷⁸ Tämä ei tietenkään ole jäsenvaltioita oikeudellisesti sitova kannanotto, mutta EUT on itse myöhemmin esittänyt asiassa *WO*²⁷⁹ vastaavan tulkinnan. Sen mukaan kansallinen lainsäädäntö ei ole palvelujen vapaan liikkuvuuden periaatteen tai direktiivin mukainen, jos sillä suljetaan pois mahdollisuus korvata vakuutetun henkilön toisessa jäsenvaltiossa saamasta kiireellisestä hoidosta aiheutuneet kulut ilman ennakkolupaa.²⁸⁰

Asiassa ei ole erikseen yksilöity, että hoito olisi nimenomaan suunnittelematonta. Mikäli direktiivi kuitenkin soveltuu sekä suunnittelematomaan että suunniteltuun hoitoon, voinee kiireellisen hoidon tulkita tarkoittavan samalla tavalla molempia ja tulkinnan soveltuvan siten suunnitellun hoidon lisäksi myös suunnittelematomaan.

Direktiivin oikeusperustan muodostavat SEUT 168 ja 114 artiklat. Kuten jo edellä käsitelty SEUT 352 artikla, myös SEUT 114 artikla mahdollistaa sen, että unioni voi ryhtyä toimiin perussopimuksessa asetettujen tavoitteiden toteuttamiseksi, vaikka sillä ei olisi tähän nimenomaista oikeusperustaa. Tämä johtaa jälleen unionin toimivallan asteittaiseen kasvuun ilman, että jäsenvaltiot varsinaisesti antavat sitä unionille. Nämä kaksi artiklaa ovatkin luonteeltaan paitsi merkittävimmät, myös oikeudellisesti ongelmallisimmat oikeusperustat.²⁸¹

Edellä on käsitelty myös kansanterveyttä koskevan 168 artiklan sisältöä, josta direktiivi siis saa toisen oikeusperustansa. SEUT 114 artikla sen sijaan koskee sisämarkkinoita, ja sen nojalla unionin voi toteuttaa sisämarkkinoiden toimintaa koskevat toimenpiteet jäsenvaltioiden lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten lähentämiseksi tavallisessa lainsäätämisyjärjestyksessä.

Kaksi eri oikeusperustaa tarkoittaa, että direktiivillä on kahdenlaisia tavoitteita: sisämarkkinoiden ja vapaan liikkuvuuden parantaminen, sekä toisaalta kansanterveyden

²⁷⁷ Strban *et al.* 2017, s. 38.

²⁷⁸ Strban *et al.* 2017, s. 38.

²⁷⁹ Asia C-777/18 *WO*, EU:C:2020:745.

²⁸⁰ Ks. asia C-777/18 *WO*, EU:C:2020:745, 84–85 kohdat.

²⁸¹ Raitio–Tuominen 2025, s. 230–231.

suojelu. Niinpä jännite on havaittavissa jo direktiivin kahdessa oikeusperustassa. Direktiivin voidaan tosiaan väittää kärsivän jonkinlaisesta identiteettikriisistä: vaikka potilaiden oikeudet ja niitä koskevat säännökset kuuluvat jäsenvaltioiden kansalliseen lainkäyttövaltaan, on direktiivin toisaalta sääntöjensä mukaan helpotettava rajat ylittävää terveydenhuoltoa. Siksi sillä on väistämättä vaikutus myös kansalliseen sääntelyyn.²⁸² Ja edelleen, vaikka jälkimmäinen onkin sen päätavoite, tarjoaa direktiivi myös välineen kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien tasapainon turvaamiseksi.²⁸³ Tätä seikkaa on osaltaan varmistamassa artikla 168 yhtenä direktiivin oikeusperustana.²⁸⁴ Kriittisin seikka direktiivin implementoinnissa onkin se, miten tasapainottaa jäsenvaltion oma taloudellinen kestävyys ja terveysoikeuksien suojelu.²⁸⁵

Ennen direktiiviä EUT:n oikeuskäytäntö SEUT 56 artiklan pohjalta oli johtanut siihen, että potilas saattoi saada hyvityksiä rajat ylittävästä terveydenhuollosta myös asetuksen vastaisesti. Onko tilanteesta tullut direktiivin myötä selkeämpi, vai onko se johtanut entistäkin monimutkaisempaan sääntelykokonaisuuteen ja uusiin epä johdonmukaisuuksiin?²⁸⁶ Entä mitä direktiivi on tarkalleen tarkoittanut jäsenvaltioille? Näihin seikkoihin palaan seuraavissa luvuissa.

4.2 Direktiivin ennakkolupa ja sen tulkinta

4.2.1 Direktiivin ennakkolupa

Edellä kerrotulla tavalla EUT katsoi, että asetuksen (EY) 883/2004 20 artiklan²⁸⁷ mukainen pakollinen ennakkolupa oli perusvapauksien vastainen. Komissio on ehdotuksessaan direktiivistä katsonut, että oikeuskäytännön perusteella ennakkoluvan pitäminen edellytyksenä toisessa jäsenvaltiossa tarjotun hoidon korvaamiselle vakuutusjäsenvaltion kustannuksella ei ollut aiheellista,²⁸⁸ eikä se tätä enää direktiivissä olekaan.

Ennakkolupa muuttui oikeuskäytännön linjausten seurauksena pakolliseksi ainoastaan sairaalahoitoon, tai sellaiseen sairaalan ulkopuoliseen hoitoon, joka vaatii suunnittelua

²⁸² Søvig 2017, s. 46–47.

²⁸³ Pennings 2011, s. 132.

²⁸⁴ Wojcik 2019, s. 133–134.

²⁸⁵ Ks. Fares 2020, s. 26.

²⁸⁶ Pennings 2011, s. 425.

²⁸⁷ Silloin vielä asetus (ETY) 1408/71, 22 artikla.

²⁸⁸ COM(2008) 414 final, s. 14.

esimerkiksi suurten lääketieteellisten laitteiden käyttämisen vuoksi. Jäsenvaltiot eivät saisi direktiivin 7 artiklan 8 kohdan mukaan lähtökohtaisesti edellyttää ennakkolupaa rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamiseen.²⁸⁹ Tämä tarkoitti tietenkin ennakkoluvan soveltamisalan kaventamista verrattuna siihen, että asetus vaati ennakkolupaa lähtökohtaisesti aina, kun kyse oli suunnitellusta rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Verrattuna oikeuskäytäntöön direktiivi toi kuitenkin jännitteiden välille jäsenvaltioiden toivomaa tasapainoa ja laajensi ennakkoluvan soveltamisalaa.

Direktiivi 2011/24/EU ei itsessään sääntele yleisestä ennakkolupajärjestelmästä, vaan sen tarkoitus on säännellä jäsenvaltioiden omia ennakkolupajärjestelmiä.²⁹⁰ On huomattava, että koska jäsenvaltioiden on implementoitava direktiivi osaksi kansallista lainsäädäntöään, voi kansallisten lainsäädännöllisten ratkaisujen välillä olla paljonkin eroja. Se, miten eri tavoin säännökset on kansalliseen lakiin implementoitu, voi vaikuttaa myös asetuksen tehokkuuteen ja voi johtaa epävarmuuteen oikeuden toimivuudesta.²⁹¹

Jo kansallisella tasolla voi ilmetä haasteita. Esimerkiksi Suomessa vuoden 2024 alusta²⁹² voimaan tullut potilasdirektiivin mukainen ennakkolupa on oikeudellisesti vaikeasti yhteen sovitettavissa asetuksen (EY) 883/2004 mukaisen ennakkoluvan kanssa.

Ennakkolupahakemusten käsittelystä vastaaville tahoille, terveydenhuollon toimijoille ja potilaille erilaisten ennakkolupien käsittely, myöntämisedellytykset ja seurausvaikutusten kertominen selkeästi ja ymmärrettävästi katsotaan merkittäväksi hallinnolliseksi haasteeksi. Hallituksen esityksen mukaan sen onnistumisen todennäköisyys voidaan arvioida vaatimattomaksi.²⁹³

Direktiivin 7 artiklan 1 kohdan mukaan ennakkolupaa voidaan vaatia vain tietyissä, erikseen direktiivin 8 ja 9 artikloissa määritellyissä tapauksissa.²⁹⁴ Muutoin vakuutusjäsenvaltion on varmistettava vakuutetulle rajat ylittävästä terveydenhuollosta aiheutuneiden kustannusten korvaaminen. Korvauksen ehtona on edelleen asetuksen tavoin se, että kyseessä olevan

²⁸⁹ Ks. myös direktiivin 2011/24/EU johdanto-osan kappale 38.

²⁹⁰ Pennings 2011, s. 439.

²⁹¹ Pennings 2011, s. 436, 447–448.

²⁹² Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta (1201/2013) 9a §:ää koskevan muutossäädöksen 3.3.2023/346 voimaantulo 1.1.2024. Ks. myös Edilex-uutinen Surakka 3.5.2023 ”Ulkomailla saadusta sairaanhoidosta voi nyt saada aiempaa suuremman korvauksen”.

²⁹³ HE 138/2022 s. 20.

²⁹⁴ Puppo *et al.* 2025, s. 23.

terveydenhuollon on kuuluttava niihin etuuksiin, joihin vakuutettu on oikeutettu vakuutusjäsenvaltiossa.

Jotta ennakkolupajärjestelmä voitaisiin ylipäätään hyväksyä, on sen täytettävä ensinnäkin suhteellisuuden ja syrjimättömyysperiaatteen vaatimukset.²⁹⁵ Niinpä direktiivin 8 artiklan 1 kohta vaatii yleisenä edellytyksenä ennakkolupajärjestelmille, että ne sekä niiden perusteet ja soveltaminen sekä yksittäiset ennakkoluvan epäämispäätökset saavat koskea ainoastaan sitä, mikä on välttämätöntä ja oikeassa suhteessa tavoitteeseen nähden.²⁹⁶ Ne eivät saa olla mielivaltaisen syrjinnän väline tai perusteeton este potilaiden vapaalle liikkuvuudelle.

Direktiivin on oltava linjassa unionin oikeuden sekä sen oikeuskäytännön kanssa. Niinpä direktiivi monin paikoin seuraakin oikeuskäytännössä linjattua. Muutoin olisi riskinä, että direktiivi kumoaa oikeuskäytännön.²⁹⁷ Siitä huolimatta direktiivi ei ole sen kanssa täysin yhdenmukainenkaan.

Eroja oikeuskäytäntöön on useampia. Direktiivin 8 artiklan 2 kohdan a alakohdan mukaan jäsenvaltiot voivat käyttää ennakkolupajärjestelmää terveydenhuollossa, joka edellyttää suunnitteluvaatimuksia laadukkaan hoidon saatavuuden varmistamiseksi tai kustannuksen hallitsemiseksi. Tämän lisäksi edellytetään toinen seuraavista ehdoista: potilaan yöpymistä sairaalassa vähintään yhden yön ajan²⁹⁸ tai pitkälle erikoistunutta ja kallista lääketieteellistä infrastruktuuria tai laitteistoa.²⁹⁹

Mainittu yhden yön vaatimus sairaalahoidossa ei esiintynyt EUT:n oikeuskäytännössä, ja sen lisääminen direktiiviin itse asiassa kaventaa ennakkoluvan soveltamisalaa.³⁰⁰ Ennakkolupaa vaativassa hoidossa voi kuitenkin olla kyse myös hoidosta, joka edellyttää sairaalahoitoon verrattavaa suunnittelua sen vaatiessa pitkälle erikoistunutta ja kallista lääketieteellistä infrastruktuuria tai laitteistoa. Toisin sanoen ennakkolupa voi koskea muutakin kuin sairaalahoitoa, mikä toisaalta oli jo oikeustapauksissakin käsitelty.³⁰¹ Tämä seikka monipuolistaa niitä tilanteita, joissa ennakkolupaa voidaan vaatia.

²⁹⁵ Asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, 75, 82 ja 90 kohdat.

²⁹⁶ Ks. asian arvioinnista esim. asia C-777/18 *WO*, EU:C:2020:745.

²⁹⁷ Pennings 2011, s. 436.

²⁹⁸ Direktiivi 2011/24/EU 8 artikla 2 kohta a-i alakohta.

²⁹⁹ Direktiivi 2011/24/EU 8 artikla 2 kohta a-ii alakohta. Ks. myös johdanto-osan 38 ja 40–41 kohdat.

³⁰⁰ Pennings 2011, s. 440.

³⁰¹ Asia C-512/08 *Euroopan komissio v. Ranska*, ECLI:EU:C:2010:579.

Direktiivin 8 artiklan 2 kohdan a alakohdan mukaiset kaksi perustetta ennakkoluvan käytölle, eli korkealaatuiseen terveydenhuoltoon pääsyn varmistaminen sekä resurssien haaskaamisen välttäminen, ovat oikeuskäytännöstä poiketen direktiivissä muotoiltu toisilleen vaihtoehtoisiksi. Oikeuskäytännössä molemmat edellytykset vaadittiin,³⁰² mutta direktiivin nojalla ennakkoluvan oikeuttamiseksi vain toinen näistä syistä riittää.

Lisäksi oikeuskäytännössä linjatun mukaan palvelujen vapaan liikkumisen rajoittamiselle tuli olla vahvat perusteet.³⁰³ Tällainen oli esimerkiksi jo aiemmin käsitelty yleisen edun mukainen pakottava syy, kuten sosiaaliturvajärjestelmän taloudellisen tasapainon järkkymisen vaara.³⁰⁴ Rajoittamisen oli oltava välttämätöntä kansanterveydellisistä syistä tai paikallisen väestön eloonjäämisen kannalta.³⁰⁵ Vakuutusjäsenvaltio voi edelleen direktiivin 7 artiklan 9 kohdan mukaan rajoittaa rajat ylittävän terveydenhuollon korvaamista koskevien sääntöjen soveltamista yleistä etua koskevista pakottavista syistä. Tällaisia voivat olla esimerkiksi suunnitteluvaatimukset, jotka liittyvät sen tavoitteen varmistamiseen, että asianomaisessa jäsenvaltiossa on riittävästi ja pysyvästi saatavilla monipuolista ja laadukasta hoitoa. Pyrkimyksenä voi olla myös kustannusten hallitseminen ja rahavarojen, teknisten resurssien ja henkilöstöresurssien haaskaamisen välttäminen.

Direktiivi ei siten oikeuskäytännöstä poiketen sisällä vaatimusta siitä, että suunnittelun tulisi olla välttämätöntä.³⁰⁶ Myös ”resurssien haaskaaminen” voidaan ymmärtää lievempänä ilmaisuna verrattuna oikeuskäytännössä linjattuun. Näiden kaikkien edellä mainittujen erojen vuoksi ennakkolupajärjestelmän soveltamisalan huomattavakin laajentaminen on mahdollista perusteluvaatimusten ollessa väljemmät.³⁰⁷

Direktiivin johdanto-osan 43 kohdassa on määritelty vielä tarkempia esimerkkejä, mutta ne ovat samoja kuin oikeuskäytännössä jo linjatut syyt. Näitä ovat sosiaaliturvajärjestelmän rahoituksen tasapainon vakavan järkkymisen riski, tavoite ylläpitää kaikille avoimia tasapainoisia lääkintä- ja sairaalapalveluja kansanterveydellisistä syistä ja tavoite ylläpitää

³⁰² Ks. esim. asia C-372/04 *Watts*, ECLI:EU:C:2006:325, 109–110 kohdat.

³⁰³ Asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171, 41, 50 ja 51 kohdat, sekä asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, 72–74 kohdat.

³⁰⁴ Asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171, 41 kohta, asia C-120/95 *Decker*, ECLI:EU:C:1998:167, 39 kohta sekä asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, 72 kohta.

³⁰⁵ Asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171, 51 kohta ja asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, 74 kohta.

³⁰⁶ Ks. esim. asia C-158/96 *Kohll*, ECLI:EU:C:1998:171, 51 kohta ja asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, 74 kohta.

³⁰⁷ Pennings 2011, s. 349–440.

kansanterveyden kannalta oleellisia hoitovalmiuksia tai lääketieteellistä ammattitaitoa kansallisella alueella ja jopa väestön eloonjääminen. Perusteet ovat edelleen juuri taloudellisia ja liittyvät nimenomaan terveydenhuoltojärjestelmän resurssien turvaamiseen. Koska ”yleistä etua koskevat pakottavat syyt” on seurausta oikeuskäytännöstä, sitä ei ole luonnollisesti mainittu asetuksessa.

Muita terveydenhuollon muotoja 8 artiklan 2 kohdan a alakohdan lisäksi, joihin ennakkolupaa voidaan edellyttää, ovat hoidot, joista aiheutuu potilaalle tai väestölle erityinen riski,³⁰⁸ sekä terveydenhuolto, jota tarjoaa sellainen terveydenhuollon tarjoaja, joka tapauskohtaisesti voisi aiheuttaa vakavaa ja erityistä huolta hoidon laadusta tai turvallisuudesta.³⁰⁹ Ensimmäisen seikan osalta direktiivi ei juuri selvennä, mikä tällainen riski voisi olla.³¹⁰ Kohdan voidaan kuitenkin tulkita löytyvän oikeuskäytännöstä.³¹¹ Jälkimmäinen seikka sen sijaan on täysin uusi, eikä esiinny ennestään oikeuskäytännössä. On esitetty, että se lienee kuitenkin oikeutettu sillä perusteella, että hoidon laadun vaarantuminen on objektiivinen peruste rajoittaa vapaata liikkuvuutta.³¹² Tällä samalla perusteella hoidon laatuun liittyen EUT on oikeuskäytännössään aiemmin kuvatulla tavalla tukenut myös vapaata liikkuvuutta.

Edellä on käynyt ilmi, että ennakkoluvan käytölle on aina oltava jokin peruste. Niinpä esimerkiksi käyntiin lääkärin vastaanotolla toisessa jäsenvaltiossa ei voida vaatia ennakkolupaa.³¹³ Perusteet ovat kuitenkin oikeuskäytäntöön verrattuna lieventyneet, ja jäsenvaltioilla on mahdollisuus perustella ennakkolupaa hieman väljemmän kriteeristön turvin.

4.2.2 Ennakkoluvan hyväksymis- ja epäämisperusteiden merkitys

Direktiivi listaa tyhjentävästi ne tilanteet, joihin ennakkolupaa on ylipäättään mahdollista edellyttää.³¹⁴ Nämä tilanteet on kuvattu edellä. Vaikka ennakkolupa voitaisiinkin asettaa hoidon korvaamisen ehdoksi, se on silti myönnettävä tietyissä tilanteissa.

³⁰⁸ Direktiivi 2011/24/EU 8 artikla 2 kohta b alakohta.

³⁰⁹ Direktiivi 2011/24/EU 8 artikla 2 kohta c alakohta.

³¹⁰ Pennings 2011, s. 441.

³¹¹ Ks. esim. asia C-157/99 *Geraets Smits ja Peerbooms*, ECLI:EU:C:2001:404, 74 kohta oikeuskäytäntöviittauksineen.

³¹² Pennings 2011, s. 441.

³¹³ Ks. asia C-777/18 *WO*, EU:C:2020:745, 79 kohta.

³¹⁴ Direktiivi 2011/24/EU 8 artikla 2 kohta.

On jo selvää, että unionin lainsäädäntö on rakennettu siten, että se luo jännitteen yksittäisen potilaan valinnanvapauden ja intressien sekä kansallisen sosiaaliturvajärjestelmän prioriteettien välille. Siksi punninta siitä, onko kansallinen käytäntö oikeutettu, on käytävä tässä viitekehyksessä: kansallisen käytännön on oltava asianmukainen ja välttämätön yleisen edun kannalta, mutta perustelut on silti tehtävä yksilötasolla.³¹⁵

Niinpä direktiivin 8 artiklan 5 kohdan määräämällä tavalla ennakkolupa on myönnettävä, kun jäsenvaltion alueella ei voida tarjota potilaan tarvitsemaa terveydenhuoltoa, johon hän on oikeutettu, ajoissa lääketieteellisesti hyväksyttävässä ajassa. Päätöksenteossa on otettava huomioon objektiivinen lääketieteellinen arviointi potilaan terveydentilasta, sairaushistoriasta ja sairauden todennäköisestä kulusta sekä kipujen määrästä ja/tai vamman laadusta.

Jäsenvaltio voi sen sijaan evätä ennakkoluvan potilaalta 8 artiklan 6 kohdan d alakohdan mukaan silloin, jos vakuutusjäsenvaltiossa on saatavilla samantasoista hoitoa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa. Julkisasiamies Hogan on ratkaisuehdotuksessaan arvioinut kohdan sanamuodon olevan yksiselitteinen ja kriteerin olevan puhtaasti lääketieteellinen, kuten asetuksen (EY) 883/2004 20 artiklan 2 kohtakin.³¹⁶ EUT oli ratkaisussaan kuitenkin toista mieltä. Tähän palaan luvussa 4.2.3.

Mielenkiintoisesti ”aiheettoman viivytyksen” arviointiin on näissä kahdessa direktiivin kohdassa hieman toisistaan eroavat kriteerit. Direktiivin 8 artiklan 5 kohta on seurausta oikeuskäytännöstä, ja määrää siitä, että ennakkolupa on myönnettävä, kun käsillä on aiheeton viivytys. Sen sijaan 8 artiklan 6 kohdan d alakohta perustuu asetuksen (EY) 883/2004 20 artiklan 2 kohtaan ja määrää siitä, milloin ennakkolupa voidaan evätä, kun tilanteessa ei ole kyse aiheettomasta viivytyksestä. Kohdat ovat kuitenkin sanoitettu toisistaan poikkeavalla tavalla, mikä voi johtaa tulkintaongelmiin: miten aiheetonta viivytystä on lopulta arvioitava ja milloin ennakkolupa voidaan myöntää, milloin evätä? EUT:n mukaan molempia kohtia tulisi arvioida ja tulkita samalla tavoin.³¹⁷ Niinpä teoriassa tulkintaongelmia ei pitäisi syntyä, sillä olettamalla, että direktiivi implementoidaan huolella kansalliseen lainsäädäntöön.³¹⁸

Termi ”aiheeton viivytys” on muutenkin direktiivissä hieman oikeuskäytännöstä poikkeava. Kuten mainittu, direktiivi ei seuraa täysin sokeasti EUT:n oikeuskäytäntöä asetuksen ja SEUT 56

³¹⁵ Hervey – McHale 2015, s. 96–97.

³¹⁶ EUT, C-243/19, *A v. Veselības ministrija*, julkisasiamies Gerard Hoganin ratkaisuehdotus, ECLI:EU:C:2020:325, kohta 72.

³¹⁷ Asia C-372/04 *Watts*, ECLI:EU:C:2006:325, kohdat 59–65. Ks. myös Pennings 2011, s. 442.

³¹⁸ Pennings 2011, s. 442.

artiklan tulkinnasta. Niinpä esimerkiksi toisin kuin tapauksessa *Petru*, direktiivi ei ilmaise hoidon huonon laadun muodostavan sellaista tekijää, joka yksiselitteisesti tarkoittaa aiheetonta viivytystä.³¹⁹ Sen sijaan direktiivissä on kyllä viittauksia korkealaatuiseen terveydenhuollon vaatimukseen ja ehdotuksia jäsenvaltioiden yhteistyöhön sen saavuttamiseksi.³²⁰ Niinpä direktiivin edellytykset ennakkoluvan myöntämiseksi voidaan nähdä tämänkin suhteen kevyempinä, kuin mitä EUT oikeuskäytännössään oli katsonut.

Ennakkoluvan epäämiselle on myös muita perusteita, jotka on lueteltu 8 artiklan 6 kohdassa. Tällaisia voivat olla potilaaseen tai suureen yleisöön kohtuullisen varmasti kohdistuva turvallisuusriski,³²¹ ja terveydenhuollon tarjoajaan liittyvät huolet koskien hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.³²² Näitä rajoitusperusteita ei ole asetuksessa, eivätkä ne juonna juuriaan oikeuskäytäntöön. Sen sijaan taustalla on intressi suojella kansanterveyttä,³²³ sillä rajoitusperusteiden on oltava perusteltavissa yleistä etua koskevilla kansanterveyteen liittyvillä syillä.³²⁴ Niiden lisääminen direktiiviin laajentaa jäsenvaltioiden mahdollisuuksia käyttää ennakkolupaa. Nähdäkseni seikat korreloivat direktiivin 8 artiklan 2 kohdan b ja c alakohtien kanssa. Nekään eivät silti erittele tarkemmin, mitä tällaiset riisit potilaalle tai väestölle voisivat olla.

Direktiivin säännöksiä tarkasteltaessa on havaittavissa, että ennakkoluvan soveltamisala todella on laajentunut suhteessa oikeuskäytännössä linjattuun. Perusteina ovat etenkin kansanterveydelliset syyt. Vaikka laajennukset vaikuttavat edelleen varsin maltillisilta, ovat ne kuitenkin tasapainottaneet jännitettä. Direktiivin merkityksestä kertoo kenties vielä enemmän se, että jäsenvaltion kannalta voi olla jopa edullisempää, jos potilas hakeutuu asuinjäsenvaltion ulkopuolelle hoitoon, mikäli tilanteeseen sovelletaan direktiiviä. Tähän palaan luvussa 5.2.

³¹⁹ Wojcik 2019, s. 135.

³²⁰ Esim. direktiivin 2011/24/EU 1 artikla, 10 artikla ja 12 artiklan 2 kohdan h alakohta, myös johdanto-osan 2, 3, 5 ja 10 kohdat.

³²¹ Direktiivi 2011/24/EU 8 artikla 6 kohta a ja b alakohtat.

³²² Direktiivi 2011/24/EU 8 artikla 6 kohta c alakohta.

³²³ Wojcik 2019, s. 137.

³²⁴ Direktiivi 2011/24/EU johdanto-osan 11 kohta.

4.2.3 Direktiivin mukaisen ennakkoluvan tulkinnasta

Ensimmäinen ennakkotapaus koskien direktiiviä venyi vuoteen 2020, vaikka direktiivi oli implementoitava vuoteen 2013 mennessä.³²⁵ Siksi direktiiviä koskevat ennakkotapaukset ovat varsin tuoreita ja niiden määrä melko vähäinen. Joka tapauksessa ainakin asiaan *A v. Veselības ministrija*³²⁶ on tarpeen kiinnittää huomiota. Asiassa oli kyse siitä, olisiko ennakkolupa tullut myöntää tilanteessa, jossa potilaalle ei ollut sopinut asuinjäsenvaltiossa Latviassa käytettävä verensiirtoa vaativa hoitomuoto siitä syystä, että potilas oli Jehovan todistaja. Lääketieteellisesti Latviassa saatavilla oleva hoito kuitenkin oli perusteltu ja toimiva.

Ulkomaille hoitoon hakeutumisen perusteena oli siis ainoastaan eettinen syy. Tuomioistuimen tulkittavana oli sekä asetuksen (EY) 883/2004 20 artiklan 2 kohta, että direktiivin 8 artiklan 5 kohta ja 6 kohdan d alakohda. Arvioitavana oli myös uskontoon välillisesti perustuvan erilaisen kohtelun merkitys.

On aiheellista käsitellä ensin se, mitä tuomioistuin tulkitsee asetuksen 20 artiklan 2 kohdan osalta. Asetuksen mukainen ennakkolupa oli tuomioistuimen mukaan nimittäin perusteltu tilanteessa, jossa vakuutusjäsenvaltion tarjoama hoito ei soveltunut potilaalle ainoastaan eettisistä syistä.³²⁷ Niinpä tapaus on harvinaisuus, jossa EUT todella katsoi, että jäsenvaltion sosiaaliturvajärjestelmän taloudellinen tasapaino saattaisi tilanteessa vaarantua ja ennakkoluvan edellyttäminen oli siksi perusteltua. EUT lausui, että vakuutusjäsenvaltioon saattaisi kohdistua vaikeasti ennakoitava taloudellinen lisärasitus, jos ennakkolupajärjestelmä ei perustuisi yksinomaan lääketieteellisiin kriteereihin.³²⁸ Tällä tuomioistuin viittasi siihen, ettei jäsenvaltiolta voitaisi edellyttää, että sen on huomioitava terveydenhuoltopalveluiden järjestämisessä myös kaikkien erilaisten uskonnollisten vähemmistöjen mahdollisuudet käyttää palveluita.³²⁹

Nyt asetuksen mukainen ennakkolupa ei kuitenkaan ollut potilaan ainoa vaihtoehto, eikä ratkaisu siten täysin poissulje potilaalta mahdollisuutta hakeutua rajat ylittävään terveydenhuoltoon. Tulkittavana oli vielä direktiivin mukainen ennakkolupa, ja sitä koskevien säännösten kohdalla tuomioistuin päätyikin hieman eri lopputulokseen. Tapauksessa ilmenee mielenkiintoisesti ennakkolupajärjestelmän ehtona oleva syrjimättömyysperiaate. Direktiivin

³²⁵ Leeuwen 2023, s. 664.

³²⁶ Asia C-243/19 A v. *Veselības ministrija*, ECLI:EU:C:2020:872.

³²⁷ Asia C-243/19 A v. *Veselības ministrija*, ECLI:EU:C:2020:872, 56 kohta.

³²⁸ Asia C-243/19 A v. *Veselības ministrija*, ECLI:EU:C:2020:872, 54 kohta.

³²⁹ Asia C-243/19 A v. *Veselības ministrija*, ECLI:EU:C:2020:872, 52 kohta.

2011/24/EU 8 artiklan 5 kohtaa ja 6 kohdan d alakohtaa oli nimittäin tulkittava yhdessä perusoikeuskirjan 21 artiklan 1 kohdan³³⁰ kanssa, minkä vuoksi ennakkolupaa ei voitu suoraan evätä. Jotta ennakkolupa voitaisiin direktiivin säännösten perusteella vastaavanlaisessa tapauksessa evätä, se tulee tuomioistuimen mukaan objektiivisesti perustella legitiimillä hoitovalmiuksien ja lääketieteellisen ammattitaidon ylläpitämiseen liittyvällä tavoitteella. Lisäksi sitä on voitava pitää asianmukaisena ja tarpeellisena keinona tämän tavoitteen saavuttamisen kannalta.³³¹ Sen, täyttyvätkö kyseiset ehdot tapauksessa, EUT jätti kansallisen tuomioistuimen selvitettäväksi.

Slokenberga tulkitsee ratkaisun osoittavan EUT:n haluttomuutta merkittävästi puuttua kansalliseen itsemääräämisoikeuteen terveydenhuollon alalla, ja sen käyttävän EU-lainsäädäntöä edistämään kattavien julkisten kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien luomista.³³² Ainakin asetusta tulkittaessa näin onkin. Jäsenvaltioita ei nimittäin veloitettu ylläpitämään terveydenhuollon palveluita, jotka olisivat sopivia myös kaikille eri uskonnollisten vähemmistöjen kannattajille. Slokenbergan mukaan se epäsuorasti osoittaa, että EUT kunnioittaa jäsenvaltioiden terveydenhuoltopalveluiden järjestämisvastuuta.³³³

Oikeustapaus teki eroa direktiivin ja asetuksen välille, koska direktiivi huomioi nyt potilaan oman valinnan asetuksen huomioidessa vain lääketieteellisesti perustellun hoidon. Leeuwenin mukaan oikeustapauksen myötä direktiiville voidaan väittää annetun sen hukassa olleen identiteetin.³³⁴ Asetuksen nojalla tehdyt arvioinnit ja päätökset perustuvat vain potilaan tilan objektiiviseen lääketieteelliseen arviointiin, minkä tekee kotijäsenvaltion terveydenhuoltojärjestelmä. Niinpä hoito voi tulla korvatuksi vasta terveydenhuoltojärjestelmän hyväksytyä sen. Sen sijaan direktiivi mahdollistaa EUT:n päätöksen myötä sen, että potilas itse voi tehdä valintoja, jotka ovat riippumattomia hänen kotimaansa terveydenhuoltojärjestelmästä.³³⁵ Tämä taas tukee vapaan liikkuvuuden periaatteen toteutumista.

Leeuwenin mukaan se, että EUT määräsi asiassa *A v. Veselības ministrija* potilaan oman valinnan yhdeksi direktiivin ydinperusteista, selkiytti eroa asetuksen ja direktiivin tavoitteiden

³³⁰ Kohdassa kielletään mm. kaikenlainen uskontoon perustuva syrjintä.

³³¹ Asia C-243/19 *A v. Veselības ministrija* ECLI:EU:C:2020:872, 85 kohta.

³³² Slokenberga 2021, s. 287, 305–306.

³³³ Slokenberga 2021, s. 305–306.

³³⁴ Leeuwen 2023, s. 664, 674.

³³⁵ Leeuwen 2023, s. 674–675.

sekä soveltamisalan välillä.³³⁶ Hervey ja Mchale ovat jopa ennen ratkaisun *A v Veselības ministrija* antoa katsoneet, että EU:n sosiaali oikeudellisen sääntelyn pääasiallinen merkitys on lisätä potilasvalintaa sekä muuttaa potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välisiä suhteita.³³⁷ Niinpä direktiivi EUT:n tulkinnan myötä tukee tätä unionin näkökantaa, joka ei ole uusi, vasta direktiivin voimaantulon myötä keksitty tavoite.

EUT:n tulkinta direktiivin soveltamisesta todella noudattaisi tässä suhteessa oikeuskäytäntöä, jossa on jo moneen otteeseen tuettu potilaiden vapaata liikkuvuutta. Niinpä oikeuskäytännössä ilmenneestä seikasta on tullut ikään kuin vahvistetusti se tekijä, joka antaa direktiiville asetuksesta eroavan oman identiteetin. Asia *A v. Veselības ministrija* on siis johtanut direktiivin vapauttamiseen. Tämä identiteetti jatkaa vapaata liikkuvuutta tukevaa tulkintamallia.

Samalla identiteettijako tarkoittaa sitä, että vaikka asetusta sovellettaessa taloudellinen näkökulma olikin nyt EUT:n toimesta huomioitu, direktiiviä sovellettaessa jäsenvaltion mahdollisuus perustella ennakkoluvan epääminen pelkästään taloudellisilla näkökohdilla heikkeni entisestään. Tämä ei toisaalta suoraan tarkoita, että jäsenvaltion sosiaaliturvajärjestelmän taloudellinen tasapaino olisi uhattuna. Ero asetuksen ja direktiivin mukaisten ennakkolupien tulkinnassa on merkillepantava, mutta se voidaan selittää korvausjärjestelmän eroilla.³³⁸ Tähän palaan tarkemmin luvussa 5.2.

Toistaiseksi ne perusteet, joilla rajat ylittävää terveydenhuoltoa voi EUT:n mukaan rajoittaa, ovat todellakin olleet taloudellisia. Tässäkin tapauksessa Latvia perusteli ennakkoluvan hylkäämistä nimenomaan taloudellisilla tekijöillä.³³⁹ Kuitenkin eettisen ulottuvuuden omaavissa tapauksissa jäsenvaltioiden kannattaisi kenties perustella rajat ylittävän terveydenhuollon rajoittamista myös muilla perusteilla, kuten julkisen politiikan tai moraalien kautta.³⁴⁰ Tämä voikin olla seuraava asia, johon jäsenvaltioissa voidaan kiinnittää huomiota.

Leeuwenin mielestä myös perusoikeuskirjan roolia tulisi kehittää, niin että potilaat voisivat vedota muihinkin kuin syrjimättömyysperusteeseen.³⁴¹ Saksin on vuonna 2007 julkaistussa kirjoituksessaan esittänyt, että esimerkiksi sosiaaliset perusoikeudet, kuten oikeus terveyteen, voivat tulevaisuudessa muodostaa hyväksyttävän rajoitusperusteen perusvapaudelle. Näin

³³⁶ Leeuwen 2023, s. 674–675.

³³⁷ Hervey – McHale 2015, s. 96–97.

³³⁸ Strban 2023, s. 348.

³³⁹ Leeuwen 2023, s. 673.

³⁴⁰ Hervey – McHale 2015, s. 91–96.

³⁴¹ Leeuwen 2023, s. 665, 673.

voisi olla, mikäli ne ovat sellaista oikeutta, johon yksilö voi suoraan vedota.³⁴² Perusoikeuksien tuominen osaksi jo ennestään monimutkaista sääntelykehystä, jolla on kaiken lisäksi lähinnä taloudellisia piirteitä ja tavoitteita, kuulostaa vaikeasti tasapainotettavalta yhtälöltä.³⁴³ Siitä huolimatta on olemassa aavistus siitä, että perusoikeudet ovat nousemassa osaksi asetuksen ja direktiivin muodostamaa oikeudellista sääntelykokonaisuutta. Esimerkiksi Botterill on vuonna 2025 esittänyt, ettei perusoikeuskirjan 35 artiklan lisääminen osaksi sovellettavien normien kokonaisuutta tuskin ole pelkkää toiveajattelua.³⁴⁴

5 Asetuksen ja direktiivin mukaisten ennakkolupien välinen suhde ja niiden erot

5.1 Asetuksen etusija

Jo edellä kuvatuilla tavoilla rajat ylittävillä potilailla on useita oikeudellisia reittejä valittavanaan. Seuraava kysymys kuuluukin, onko sillä merkitystä, mitä reittiä potilas käyttää? Onko joku vaihtoehto jäsenvaltiolle suotuisampi? Vai palaako kaikki lopulta siihen, että vapaa liikkuvuus painottuu unionissa ylitse muiden intressien, eikä jäsenvaltioilla ole juuri vaikutusmahdollisuuksia asiaan?

Asetuksen ja direktiivin vertaaminen keskenään ei ole aivan yksinkertaista, koska molemmilla on oma logiikkansa, ne koskevat eri skenaarioita ja perustuvat eri periaatteille. Direktiiviä ei voida soveltaa itsenäisesti asetuksesta riippumatta eli sitä sovellettaessa on huomioitava asetuksessa säädetty. Silti on mahdollista, että niiden soveltamisala on osin päällekkäinen.³⁴⁵ Tämä tarkoittaa, että samaan tilanteeseen voi soveltua sekä asetus että direktiivi, vaikka ne ovatkin omanlaisensa instrumentit. Direktiivin ja asetuksen samanaikainen soveltaminen on kuitenkin direktiivissä kielletty.³⁴⁶

Direktiivin suhde asetukseen on nimenomaisesti mainittu sen 1 artiklan 1 kohdassa. Direktiivillä pyritään selventämään sen suhdetta sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskeviin

³⁴² Sakslin 2007, s. 297.

³⁴³ Botterill 2025, s. 472.

³⁴⁴ Botterill 2025, s. 472.

³⁴⁵ Bermejo 2014, s. 365.

³⁴⁶ Direktiivin 2011/24/EU johdanto-osan 30 kohta.

säännöksiin, millä tarkoitetaan etenkin asetusta (EY) 883/2004. Mielenkiintoisesti yhtäkään artiklaa ei silti ole yksinomaisesti omistettu juuri tämän tavoitteen toteuttamiseen.³⁴⁷

Direktiivin 2 artiklan m alakohdan mukaan direktiiviä sovelletaan kuitenkin rajoittamatta asetuksen soveltamisalaa. Niinpä direktiivin ei olisi vaikutettava vakuutetun oikeuteen saada lupaa hoitoon toisessa jäsenvaltiossa, jos asetuksessa säädetyt edellytykset täyttyvät.³⁴⁸ Tältä osin direktiivin on siten tarkoitus olla neutraali.

Ennakkoluvan osalta asetuksen ja direktiivin välisestä suhteesta on säädetty direktiivin 8 artiklan 3 kohdassa. Sen mukaan vakuutetun hakiessa ennakkolupaa rajat ylittävään terveydenhuoltoon, on vakuutusjäsenvaltion varmistettava, ovatko asetuksessa säädetyt edellytykset täyttyneet. Jos ovat, ennakkolupa on myönnettävä asetuksen nojalla, jollei potilas toisin pyydä. Toisin sanoen potilaalla on oikeus valita näistä kahdesta itselleen edullisempi instrumentti, vaikkakin sillä huomiolla, että mikäli potilas haluaa direktiivin sovellettavaksi, hänen on erikseen vedottava siihen.³⁴⁹ Direktiivin johdanto-osan 31 kohdan mukaan tilanteessa, jossa potilaalla on oikeus saada toisesta jäsenvaltiosta terveydenhuoltoa sekä direktiivin että asetuksen säännösten perusteella, jäsenvaltion on arvioitava, onko asetuksen säännös potilaalle edullisempi ja kiinnitettävä hänen huomionsa tähän seikkaan.³⁵⁰

Asetuksen ensisijainen soveltaminen ennakkolupaa hakiessa on siis lähtökohta, mutta ei ehdoton edellytys. Halutessaan potilaalla on erikseen pyytämällä mahdollisuus päättää, haluaako hän direktiiviä sovellettavan asetuksen sijasta. On myös mahdollista, että potilas yhdistää eri reitit ja käyttää molempia instrumentteja. Potilas voi siis pyytää ensin direktiiviä sovellettavaksi ja vasta sen jälkeen asetusta. Tämä voi kuitenkin luoda tulkintaongelmia.³⁵¹

Asetuksen mukaisesta ennakkoluvasta eroten direktiivissä ennakkoluvan hakeminen on poikkeus eikä pääsääntö, kuten direktiivin 7 artikla 8 kohdan ja asetuksen 20 artiklan 1 kohdan sanamuodoista voidaan havaita. Asetuksen mukaista ennakkolupa vaaditaan, mikäli henkilö haluaa hakea suunniteltua terveydenhoitoa toisesta jäsenvaltiosta.³⁵² Direktiivin mukainen ennakkolupa taas on poikkeus direktiivin pääsääntöön, jonka mukaan ennakkolupaa ei yleensä edellytetä. Asetus ei siksi myöskään erittele lainkaan niitä tilanteita, missä ennakkolupa on

³⁴⁷ Bermejo 2014, s. 364.

³⁴⁸ Direktiivi 2011/24/EU johdanto-osan 28 kohta.

³⁴⁹ Direktiivin 2011/24/EU johdanto-osan 31 kohta; Bermejo 2014, s. 1.

³⁵⁰ Raitio 2015, s. 607.

³⁵¹ Bermejo 2014, s. 364–365; Pennings 2011, s. 448.

³⁵² Puppo *et al.* 2025, s. 14.

myönnettävä vaan säätää ainoastaan niistä tilanteista, joissa ennakkolupaa ei voida olla myöntämättä.³⁵³

Jo aiemmin kerrotulla tavalla asetus perustuu henkilöiden vapaan liikkumisen periaatteelle, nimenomaisesti työntekijöiden, eikä se siksi kuulu palveluiden vapaan tarjoamisen periaatteen piiriin.³⁵⁴ Poikkeus tästä on ainoastaan täytäntöönpanoasetuksen (EY) 987/2009 26 artiklan 7 kohta, joka on seurausta oikeuskäytännöstä ja perustuu palveluiden vapaan tarjoamisen periaatteelle.³⁵⁵ Direktiivi sen sijaan perustuu sisämarkkinoiden kehittämiseksi, etenkin periaatteelle palveluiden vapaasta tarjoamisesta. Niinpä direktiivin johdanto-osan 29 kohdan mukaan silloin, kun potilaat hakeutuvat toiseen jäsenvaltioon hoitoon muissa kuin asetuksessa (EY) 883/2004 säädetyissä olosuhteissa, he voisivat hyötyä SEUT:n ja direktiivin mukaisesta potilaiden ja palveluiden vapaan liikkuvuuden periaatteesta. Johdanto-osan 30 kohdan mukaan näiden kahden järjestelmän olisi oltava potilaan kannalta johdonmukaiset. Kuitenkin käytännössä perusvapauksien ja sosiaalioikeuksien kietoutuminen tällä tavalla toisiinsa voi tehdä rajat ylittävän terveydenhuollon hyödyntämisestä hankalaa.³⁵⁶

5.2 Hyvitysjärjestelmien erot

Asetuksen ja direktiivin mukaisten hyvitysjärjestelmien systeeminen ero rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamiseen on perustavanlaatuinen. Ero on merkittävä, sillä se voi vaikuttaa ennakkoluvan epäämis- ja myöntämispäätökseen sekä jäsenvaltion sosiaaliturvajärjestelmän taloudelliseen tasapainoon. Siksi siihen on tarpeellista kiinnittää huomiota.

Asetusta sovellettaessa vakuutusjäsenvaltion on korvattava hoitojäsenvaltiossa ilmenneet kulut kokonaisuudessaan, sillä asetuksen 20 artiklan 2 kohdan mukaan vakuutettu on oikeutettu luontaisuuksiin ikään kuin olisi vakuutettu hoitojäsenvaltion lainsäädännön mukaisesti. Niinpä mikäli kulut ovat hoitojäsenvaltiossa suuremmat kuin vakuutusjäsenvaltiossa, voi rajat ylittävästä hoidosta aiheutua ennakoimattoman suuria kustannuksia toimivaltaiselle jäsenvaltiolle.

³⁵³ Da Costa Leite Borges 2011, s. 347.

³⁵⁴ Bermejo 2014, s. 360.

³⁵⁵ Bermejo 2014, s. 376.

³⁵⁶ Rothmar Herrmann – Ó Cathaoir – Toebes 2022, s. 184–185; Strban 2013, s. 406.

Sen sijaan direktiiviä sovellettaessa vakuutusjäsenvaltion korvattavaksi voivat sen 7 artiklan 4 kohdan mukaan tulla terveydenhuollosta aiheutuneet kulut enintään siihen määrään asti, jonka vakuutusjäsenvaltio olisi korvannut, jos hoito olisi toteutettu sen alueella. Hoidon tosiasiallisia kuluja ei kuitenkaan tarvitse ylittää.³⁵⁷ Niinpä korvausta voidaan rajoittaa kahdella tavalla. Jos hoito on hoitojäsenvaltiossa maksanut enemmän kuin mitä vakuutusjäsenvaltiossa, ylimenevää osaa ei tarvitse hyvittää potilaalle. Toisaalta jos hoito on ollut edullisempaa hoitojäsenvaltiossa, ei korvauksen tarvitse ylittää tosiasiallisia kustannuksia.³⁵⁸ Direktiivin lähestymistapa eroaa siten aiemmasta oikeuskäytännöstä jäsenvaltioille edullisempaan suuntaan.

EUT on katsonut, ettei vakuutusjäsenvaltion terveydenhuoltojärjestelmään voi direktiivin hyvitysjärjestelmää sovellettaessa kohdistua vaaraa rajat ylittävän terveydenhuollon palvelujen korvaamisen aiheuttamista lisäkustannuksista.³⁵⁹ Tätä tulkintaa tukee direktiivin 2011/24/EU johdanto-osan 29 perustelukappale, jossa nimenomaisesti todetaan, että kustannusten korvaaminen ei saa vaikuttaa merkittävästi kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien rahoitukseen.

Edellä mainittu huomioiden vakuutusjäsenvaltiolle ei lähtökohtaisesti voi syntyä yllättäviä kuluja. Niinpä myöskään jäsenvaltion sosiaaliturvajärjestelmän taloudellinen tasapaino ei voi vaarantua direktiiviä sovellettaessa ainakaan samalla tavalla, kuin asetuksen säännöksiä sovellettaessa. Tämä mahdollistaa sen, että asetuksen ja direktiivin mukaisia ennakkoluvan epäämistilanteita on arvioitu tuomioistuimessa eri kriteerein. Asiassa *A v Veselības ministrija* asetuksen mukainen ennakkolupa oli perusteltu, koska korvattavat kulut voivat ylittää sen, mitä hoito olisi vakuutusjäsenvaltiossa maksanut. Sen sijaan direktiivin mukaista ennakkolupaa vakuutusjäsenvaltion oli vaikeampi perustella.³⁶⁰ Näissä olosuhteissa kansallisen sosiaaliturvajärjestelmän taloudellinen tasapaino ei voinutkaan toimia enää perusteluna. Ainoa taloudellinen seikka, mihin vakuutusjäsenvaltio pystyi enää vetoamaan, oli sairaalahoidon suunnitteluvaatimukset.³⁶¹ Jäsenvaltion perustelumahdollisuudet ennakkoluvan hylkäämiselle olivat siten kapeammat.

Lukijalle on saattanut herätä kysymys, miksi ylipäätään tarvitaan kaksi eri korvausjärjestelmää. EUT:n mielestä asetukset ei antanut mahdollisuutta kaikkien sellaisten hoitojen korvaamiseen,

³⁵⁷ Direktiivin 2011/24/EU 7 artikla 4 kohta.

³⁵⁸ Asia C-243/19 A v. *Veselības ministrija*, ECLI:EU:C:2020:872, 74 kohta.

³⁵⁹ Asia C-243/19 A v. *Veselības ministrija*, ECLI:EU:C:2020:872, 72–77 kohdat.

³⁶⁰ Strban 2023, s. 348.

³⁶¹ Asia C-243/19 A v. *Veselības ministrija*, ECLI:EU:C:2020:872, 78–84 kohdat.

joiden sen mielestä olisi pitänyt tulla korvatuiksi. Direktiivi seuraa EUT:n lähestymistapaa ja säilyttää siksi sekä asetuksen että SEUT 56 artiklan mukaiset korvausjärjestelmät.³⁶²

Myös komission arvion mukaan molemmat järjestelmät olivat tarpeen.³⁶³ Sen mukaan kaksoisjärjestelmä hoitoon hakeutumiselle ja korvausten maksamiselle on perusteltu, koska potilailla voi olla kaksi perustetta lähteä hoitoon ulkomaille. Yksi on tarveperustainen, jolloin hoitoa ei ole saatavilla lainkaan tai ainakaan ajoissa toimivaltaisessa jäsenvaltiossa. Toinen on valintaperusteinen syy, jolloin hoitoa on saatavilla, mutta se on muualla lähempänä, nopeampaa tai parempaa. Komission mukaan tilanteita on kohdeltava eri tavoin, eikä potilaan tulisi tarveperusteisen hoidon vuoksi joutua kärsimään taloudellisesti. Jos taas potilas itse haluaa hakeutua ulkomaille hoitoon, ei ole tarkoituksenmukaista, että potilas hyötyisi taloudellisesti jäsenvaltion kustannuksella.³⁶⁴

5.3 Asetuksen ja direktiivin ennakkolupien käytännön merkitys jäsenvaltioille

On muistutettava, että direktiivin mukainen ennakkolupa ei ole jäsenvaltiolle välttämättä tarpeellinen eikä siksi myöskään pakollinen. Tämä johtuu juuri hyvitysjärjestelmien perustavanlaatuisesta erosta. Asetusten hyvitysjärjestelmä on, ainakin teoriassa, taloudellisesti neutraali potilaan kannalta, mutta direktiivin hyvitysjärjestelmä on luonteeltaan taloudellisesti neutraali jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmän kannalta. Todellisuudessa se voi olla jopa jäsenvaltion kannalta edullisempi, mikäli hoidon tosiasialliset kulut hoitojäsenvaltiossa ovat alhaisemmat kuin vakuutusjäsenvaltiossa. Missä tilanteissa direktiiviä sitten voidaan soveltaa eli milloin siitä on jäsenvaltiolle hyötyä?

Aiemmin kerrotun perusteella voidaan havaita, että direktiivin tarjoama oikeudellinen reitti rajat ylittävälle potilaille on jäsenvaltion kannalta edullisempi. Se ei kuitenkaan ole ensisijainen vaihtoehto, ja jäsenvaltion on ohjeistettava potilasta huomioimaan asetuksen soveltamisen mahdollisuus tilanteessa, jossa asetus on potilaan kannalta edullisempi. Tämä toimintamalli on kuitenkin ilmaistu vain direktiivin johdanto-osassa, ei itse artikloissa. Niinpä jäsenvaltioiden ei tarvitse implementoida kohtaa suoraan omaan lainsäädäntöönsä. Direktiivi ei myöskään

³⁶² Pennings 2011, s. 448.

³⁶³ SEC(2008) 2163, s. 28.

³⁶⁴ Pennings 2011, s. 448–449.

varsinaisesti velvoita hoitojäsenvaltioita kertomaan potilaalle asetuksessa määrätyistä oikeuksista.³⁶⁵

Tämän vuoksi jäsenvaltioille on ikään kuin jäänyt mahdollisuus pyrkiä soveltamaan juuri direktiivin mukaista reittiä rajat ylittävien potilaiden hakeutuessa hoitoon jäsenvaltion ulkopuolelle. Komissio on osoittanut huolenaiheensa siitä, että jäsenvaltiot haluavat kenties käyttää nimenomaan tätä direktiivin tarjoamaan reittiä rajat ylittävillä potilaille hyötyäkseen sen mahdollistamasta taloudellisesta edusta. Samalla se estää potilaita käyttämästä heille pääsääntöisesti edullisempia, asetusten mahdollistamia oikeuksia.³⁶⁶

Joka tapauksessa direktiivin hyötyä jäsenvaltiolle vähentänee tosiasiaassa se, että sen soveltaminen on lähtökohtaisesti asetukseen nähden toissijainen. Silti tässäkin on aukkonsa, sillä yksiselitteisestä etusijajärjestyksestä direktiivi ei säädä. Direktiivin johdanto-osan 30 kohdan mukaan asetusten ja direktiivin järjestelmien tulisi olla johdonmukaiset. Tämä johdonmukaisuus ei edellytä, edellä käsitelty huomioon ottaen, että potilaalle edullisemmalla sääntelykokonaisuudella tulisi olla yksiselitteinen etusija. Siksi myös menettelyt samojen lääketieteellisen tilanteiden välillä voivat erota toisistaan ja tieto tai sen puute voi johtaa epäjohdonmukaisiin lopputuloksiin.³⁶⁷

Vaikka potilaan kannalta asetuksen mukainen järjestelmä on ainakin lähtökohtaisesti otollisempi, tähänkin on poikkeuksia. Poikkeukset ovat lähinnä tilanteet, joissa asetus ei sovellu esimerkiksi sen vuoksi, että potilas haluaa hoitoa yksityiseltä toimijalta, joka ei kuulu asetuksen tarkoittamaan sosiaaliturvajärjestelmään. Toinen tällainen tilanne on käsillä silloin, jos potilas haluaa hoitoa, jota tarjotaan hoitojäsenvaltiossa vain yksityisessä sairaalassa. Direktiivin reitti voi olla hyödyllinen myös, mikäli ennakkolupaa ei ole asetusten nojalla myönnetty, kuten tapauksessa *A v. Veselības ministrija*, etenkin jos direktiivin myöntämisperusteet eivät ole yhtä tiukat kuin asetuksen.³⁶⁸ Edellä havaitulla tavalla myöskään esimerkiksi epäsuora syrjintä uskonnon nojalla ei ole perusteltua direktiiviä sovellettaessa,³⁶⁹ mikä voi myös laajentaa potilaan mahdollisuuksia. Ainakin näissä tilanteissa jäsenvaltio voi hyötyä direktiivin säännöksistä.

³⁶⁵ Pennings 2011, s. 446–447.

³⁶⁶ Guidance note of the Commission AC 246/12, s. 22 ja 29.

³⁶⁷ Pennings 2011, s. 449–450.

³⁶⁸ Bermejo 2014, s. 378–379.

³⁶⁹ Asia C-243/19 *A v. Veselības ministrija*, EU:C:2020:872.

Potilaan kannalta merkitystä on myös sillä, että asetuksen mukaista järjestelmää sovellettaessa potilaan ei itse tarvitse maksaa hoidosta aiheutuneita kuluja etukäteen hoitojäsenvaltion laitokselle. Vaikka ennakkolupavaatimukset ovatkin tiukemmat asetuksen mukaisessa järjestelmässä, siinä potilaalla itsellään ei tarvitse olla valmiutta maksaa ensin suurta rahasummaa hoidostaan itse. Niinpä suuremmalla joukolla potilaita voi olla valmiudet käyttää asetuksen mukaista reittiä, sillä potilaan henkilökohtaisella taloudellisella tilanteella ei ole merkitystä. Sitä vastoin direktiiviä sovellettaessa potilaan on ensin itse maksettava hoidosta aiheutuneet kulut, ja vasta tämän jälkeen vakuutusjäsenvaltio voi korvata potilaalle kulut siihen määrään asti, mitä direktiivissä on säädetty. Niinpä todellisuudessa direktiivin reittiä pystyvät yleensä hyödyntämään vain varakkaammat potilaat.

Se, onko jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmien taloudellinen tasapaino uhattuna, liittyy suoraan siihen, kuinka suuri joukko potilaita hyödyntää rajat ylittävää terveydenhuoltoa. Toistaiseksi ennakkolupaa hakeneiden potilaiden kokonaismäärät ovat olleet maltillisia, joskin hieman nousujohteisia. Esimerkiksi niissä jäsenvaltioissa, joissa direktiivin mukainen ennakkolupajärjestelmä on käytössä, ja jotka ovat vastanneet komission kyselyyn ennakkolupahakemusten määrästä,³⁷⁰ direktiivin mukaisia ennakkolupahakemuksia on ollut vuonna 2023 yhteensä 5 973 kappaletta. Vuoteen 2022 verrattuna nousua on tapahtunut hieman, luvun ollessa tällöin 4 552.³⁷¹ Liikkuvien potilaiden määrä ei ole siten direktiivin osalta edelleenkään³⁷² järin suuri.

Asetuksen nojalla haettuja ennakkolupahakemuksia sen sijaan on ollut hieman enemmän, mikä selittyy osin asetuksen ensisijaisuudella. Verrattuna esimerkiksi vuoden 2013 ennakkolupahakemusten määrään asetuksen nojalla, joka oli 30 172,³⁷³ on direktiivin ennakkolupahakemusten määrä selvästi alhainen.

Vuonna 2019 ennakkolupahakemuksia oli kokonaisuudessaan 53 276, joskin luku on todellisuudessa suurempi joidenkin jäsenvaltioiden jätettyä luvut raportoimatta.³⁷⁴ Direktiivin ei juuri katsottu vaikuttaneen ennakkolupahakemusten määrään.³⁷⁵ Sen sijaan verrattuna vuoteen 2014, ennakkolupien hylkäämisprosentti oli noussut selvästi. Tämän on arveltu johtuvan

³⁷⁰ Puppo *et al.* 2025, s. 27–28. Niistä 17:sta jäsenvaltiosta, joissa ennakkolupa on käytössä, 16 onnistui esittämään pyydetty lukemat ennakkolupahakemuksista.

³⁷¹ Puppo *et al.* 2025, s. 27–29.

³⁷² Vuonna 2016 pyyntöjä oli 6 009 kappaletta, vuonna 2017, 5 471 kappaletta, vuonna 2018, 6 301 kappaletta, vuonna 2019, 5 352 kappaletta, vuonna 2020, 5 218 kappaletta. Ks. COM(2022) 210 final, s. 8.

³⁷³ Luku kattaa vain 22 jäsenvaltion luovuttaman datan. COM(2015) 421 final, s. 7.

³⁷⁴ Luku kattaa 24 jäsenvaltion luovuttaman datan. De Wispelaere *et al.* 2021, s. 45–46, 48.

³⁷⁵ De Wispelaere *et al.* 2021, s. 43, 52.

asetuksen tiukentuneesta tulkinnasta direktiivin tultua voimaan.³⁷⁶ Tämä vaikutus on mielenkiintoinen. Jos arvio pitää paikkaansa, direktiivin voimaantulo on voinut epäsuorasti mahdollistaa asetuksen ennakkolupasäännösten tiukemman arvioinnin ja sitä kautta palauttaa jäsenvaltioille ainakin hieman sitä oikeudentilaa, mikä vallitsi ennen EUT:n oikeuskäytännössään linjaamia muutoksia.

Kaikkiaan luvut osoittavat, että hakemusten määrä on ollut varsin maltillinen, ja ainakin vielä jäsenvaltioiden pelot liikkuvien potilaiden määrän räjähtämisestä ovat pysyneet lähinnä hypoteettisina uhkakuvina. Käytännössä suuri merkitys on sillä, että suunnitellun rajat ylittävän terveydenhuollon kuluosuus verrattuna luontoisetuuksiin liittyviin terveydenhuollon kokonaismenoihin on pysynyt hyvin vähäisenä luvun ollessa 0.02 %.³⁷⁷ Niinpä varsinaista uhkaa talouden tasapainolle potilaista ei vielä ole ollut.

Muita haasteita voi siitä huolimatta ilmetä. Rajat ylittävä sosiaaioikeudellinen sääntely on edelleen monimutkaista huolimatta yrityksistä yksinkertaistaa sitä, ja jopa korvauksen kaskoisjärjestelmä on säilynyt.³⁷⁸ Jäsenvaltioille näiden kahden järjestelmän looginen yhteensovittaminen voi olla niin suuri hallinnollinen taakka, ettei se ole järkevää. Se ei tietenkään ole tarkoituksenmukaista.

EU:n komission kolmannen kolmivuotiskertomuksen, joita direktiivin 20 artiklan 1 kohdan edellyttää, mukaan potilaille aiheutuu todennäköisimmin esteitä korvausjärjestelmistä, ennakkoluvasta, hallinnollisista menettelyistä ja hinnan veloittamisesta saapuvilta potilailta, mikäli näihin ei puututa. Komission työ direktiivin voimaansaattamiseksi mahdollisimman hyvin on ollut intensiivistä, ja johtanut kansallisten lakien muutoksiin potilaiden eduksi. Kertomuksen mukaan työtä on kuitenkin vielä jäljellä.³⁷⁹

Tämän ilmaisun perusteella unioni selvästi edelleen tavoittelee perusvapauksien edistämistä. Direktiivin tarkoituksena onkin ollut potilaiden oikeuksien parantaminen, mutta se on silti ollut kompromissi jäsenvaltioiden ja komission välillä. Vapausoikeuksien kannattajat väittävät direktiivin edelleen rajoittavan potilaiden oikeuksia. Vastustajat sen sijaan ovat sitä mieltä, ettei jäsenvaltioiden taloudellisen vakauden suojana ole edes julkistettu kattava lista kalliiksi luokitelluista hoidoista, sillä se voi kannustaa potilaita kyseenalaistamaan kansallisten

³⁷⁶ Hakemuksista noin 13 % hylättiin. De Wispelaere *et. al.* 2021, s. 57.

³⁷⁷ De Wispelaere *et. al.* 2021, s. 43.

³⁷⁸ Pennings 2011, s. 451.

³⁷⁹ COM(2022) 210 final, s. 2.

resurssien kohdentamisen.³⁸⁰ Niinpä direktiivin tosiasiallisen merkityksen voidaan katsoa jäävän maltilliseksi, vaikka se onkin jäsenvaltioiden kannalta parannusta edeltävään asiantilaan.

6 Johtopäätökset

Rajat ylittävän terveydenhuollon monimutkainen sääntelykokonaisuus Euroopan unionissa pitää sisällään toisilleen vastakkaisia ja siksi keskenään jänniteisiä tarkoituseriä. Sääntelyn tarkoituksena on ensinnäkin mahdollistaa palveluiden rajat ylittävä liikkuvuus. Euroopan unionissa terveydenhuollon palvelut luokitellaan palveluiksi, joten ne kuuluvat vapausoikeuksien piiriin. Toisaalta tarkoituksena on turvata kunkin jäsenvaltion kansallisen sosiaaliturvajärjestelmän taloudellinen tasapaino, jotta kansallisesti voidaan järjestää tarvittavat terveydenhuollon palvelut ja siten suojella kansanterveyttä jäsenvaltiossa. Niinpä jännite muodostuu jäsenvaltioiden kansallisen intressin eli kansantalouden kestävyys- ja unionin intressin, eli vapausoikeuksien ja sisämarkkinoiden toteuttamisen välille.

Tässä maisteritutkielmassa on tarkasteltu, miten näitä kahta oikeudellista, eri suuntiin vetävää tavoitetta punnitaan EU-oikeudessa. Tutkielma on keskittynyt erityisesti ennakkolupajärjestelmän viitekehykseen.

Tutkielman perusteella on selvää, että molemmilla tarkoituserillä on sama tavoite mahdollistaa potilaalle saatavissa oleva, laadukas terveydenhuolto. Jännite intressien välille aiheutuukin osin siksi, että ne tavoittelevat samaa asiaa, oikeutta saada terveydenhuoltoa, mutta pyrkivät toteuttamaan sen hyvin eri tavoilla: kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien taloudellisen tasapainon varmistaminen turvaa potilaiden kollektiivista oikeutta saada terveydenhuoltoa asuinjäsenvaltiossaan. Jäsenvaltiot pystyvät tällöin suunnittelemaan palvelut ja niihin tarvittavat resurssit. Palveluiden vapaa liikkuminen taas mahdollistaa yksilön eli yksittäisen potilaan oikeuden saada laadukasta terveydenhuoltoa. Mikäli asuinjäsenvaltion ulkopuolella on saatavilla parempilaatuista hoitoa tai samantasoista hoitoa nopeammin, on potilaan etu hänen voidessaan hakeutua muualle hoitoon.

³⁸⁰ Wojcik 2019, s. 140–141.

Jännite ei muodostukaan varsinaisesti sen vuoksi, ettei potilas voisi liikkua unionissa vapaasti. Kyse on nimenomaan siitä, miten rajalliset kansalliset resurssit saadaan riittämään järjestelmässä, jossa useiden erilaisten terveydenhuoltojärjestelmien tulisi toimia samoilla sisämarkkinoilla, ja samalla pystyä kansallisesti turvaamaan riittävät resurssit kansanterveyden korkea tason suojelemiseksi.

Tutkielman pääsääntö on havaittavissa SEUT 56 artiklassa, joka on säännös palveluiden rajat ylittävästä liikkumisesta. Vapausoikeudet ovat avainasemassa unionin sisämarkkinoiden toteuttamisessa. Unionin tuomioistuin tulkitsee vapausoikeuksia laajentavasti, ja vastaavasti niitä koskevia rajoituksia supistavasti.

Pääsääntöä rajoittavia perusteita ovat sen sijaan SEUT 168 artiklan mukaiset kansanterveydelliset syyt. Artiklan mukaan jäsenvaltioiden on kansallisesti järjestettävä terveydenhuollon palvelut, ja jäsenvaltio ensisijaisesti pitää toimivallan järjestää ja päättää omasta sosiaalipolitiikastaan. Alueperiaatteen mukaan jäsenvaltioilla onkin perinteisesti ollut yksinomainen toimivalta merkittävillä sosiaalipolitiikkansa aloilla. Kansanterveys turvataan kansallisesti siten, että jäsenvaltiolla on riittävät resurssit terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen.

Alueperiaate on sittemmin muuttunut rajat ylittävän terveydenhuollon myötä. EU on pyrkinyt yhteensovittamaan jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmiä muun muassa sosiaaliturva-asetuksella. EUT onkin katsonut SEUT 168 artiklan mahdollistavan sen, että jäsenvaltioiden on perussopimuksen määräysten tai unionin johdetun oikeuden säännösten nojalla mukautettava kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiään, eikä tämä loukkaa jäsenvaltioiden yksinomaista toimivaltaa alalla. Jäsenvaltioiden mahdollisuus vaikuttaa terveydenhuollon palvelujen alalla on siksi kaventunut. Silti niiltä edelleen vaaditaan tarvittavien palveluiden järjestäminen. On havaittavissa, että poikkeuksia on tulkittu hyvin supistavasti, ja niiden on katsottu jopa mahdollistavan vapausoikeuksia laajentava tulkinta.

Jäsenvaltioiden on EU:n sosiaalioikeudellisen sääntelyn myötä hankalampaa vaikuttaa myös siihen, keille sen on kansallisia terveydenhuollon palveluita myönnettävä. Aiemmin niiden oli mahdollista alueperiaatteen nojalla kontrolloida asiaa itse. Sosiaalioikeudellisten normien kokonaisuudella säännellään valtioiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisvelvollisuudesta sekä velvollisuudesta vastata niiden kustannuksista rajat ylittävissä tilanteissa. Jäsenvaltion oman kontrollin vähentyessä on mahdollista, että jäsenvaltioille voi aiheutua yllättäviä kuluja rajat ylittävistä potilaista. Kyse voi olla myös siitä, että kansalliset

palvelut, joihin jäsenvaltio on investoinut, jäävät käyttämättä. Lähtökohta nimittäin on, että kansalainen käyttäisi ensisijaisesti oman asuinjäsenvaltionsa terveydenhuollon palveluita. Niinpä jäsenvaltion on pystyttävä tarjoamaan tarpeeksi laadukasta ja riittävää terveydenhoitoa omille kansalaisilleen. Potilaiden hakeutuessa toiseen jäsenvaltioon hoitoon on omien kansallisten terveydenhuoltopalvelujen rahoitus vaikeampaa suunnitella. Merkitys korostuu, jos rajat ylittävien potilaiden määrä on suuri.

Yhteensovittamisen seurauksena jäsenvaltioille jäi vain joitakin vaikuttamismahdollisuuksia. Ennakkolupa on jäsenvaltioille jätetty keino vaikuttaa siihen, keille annetaan lupa hakeutua suunniteltuun hoitoon toiseen jäsenvaltioon niin, että toimivaltainen jäsenvaltio korvaa hoidon kulut. Asetuksen (EY) 883/2004 20 artiklassa säädetään ennakkoluvasta, jota suunniteltua rajat ylittävää terveydenhuoltoa hakevan potilaan on pyydettävä toimivaltaiselta jäsenvaltiolta ennen hoitoon lähtöä.

Ennen oikeuskäytännön tuomaa muutosta lupaa oli haettava pääsääntöisesti aina, kun kyse oli suunnitellusta rajat ylittävästä hoidosta. Asetuksessa säädetään myös niistä perusteista, joiden ollessa käsillä lupa on myönnettävä. Asetuksen säätämiseen jäsenvaltioilla on ollut mahdollisuus vaikuttaa, ja niinpä sen sanamuoto on mahdollistanut suhteellisen vapaat mahdollisuudet ennakkoluvan edellyttämiseksi.

Oikeuskäytännössään EUT on sittemmin katsonut, että ennakkolupa on rajoitus vapaalle liikkuvuudelle ja kavensi tämän vuoksi ennakkoluvan soveltamismahdollisuuksia.

Oikeuskäytännössään EUT on käsitellyt mm. sitä, onko ennakkolupajärjestelmä sallittu tai perusteltu, mitä ”aiheeton viivytyt” tarkoittaa siinä merkityksessä, että se on peruste saada lupa hoitoon ulkomaille, sekä potilaalle oikeutetun korvauksen määrää.³⁸¹ EUT:n linjaukset herättivät jäsenvaltioiden kesken epävarmuutta. Etenkin nämä asetuksen 20 artiklan mukaista ennakkolupaa koskevat oikeustapaukset ovat omiaan osoittamaan, että vapausoikeudet ovat punnintatilanteessa selvästi painavampia verrattuna kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien taloudellisen tasapainon suojelemiseen. Niinpä yhteensovittamisesta liikkeelle lähtenyt trendi on ollut vapausoikeuksia edistävää.

Ennakkoluvan katsottiin olevan sallittu ”yleisen edun mukaisesta pakottavasta syystä”. Tutkielman esittämällä tavalla on havaittavissa, että perusteet ovat nimenomaan taloudellisia ja liittyvät terveydenhuoltojärjestelmän resurssien turvaamiseen. Tuomioistuimen määrittämä

³⁸¹ Hervey – McHale 2015, s. 199.

”yleisen edun mukaiset pakottavat syyt” -rajoitusperuste on jopa hieman laajempi verrattuna SEUT 52 artiklassa säädettyihin, 56 artiklaa nimenomaisesti koskeviin rajoitusperusteisiin. Tulkinnan voidaan näennäisesti katsoa tasapainottavan vapausoikeuslähtöistä tulkintaa, vaikka tosiasiaassa tällaisia ”yleisen edun mukaisia pakottavia syitä” oli kuitenkin hyvin vaikeaa näyttää toteen.

Tässä yhteydessä tuomioistuin selvensi myöhemmin, että ennakkolupa voi olla sallittu myös esimerkiksi sairaalahoitoon, tai kun hoito vaatii suurten lääketieteellisten laitteiden käyttämistä sairaalan ulkopuolella. Tämä johtui siitä, että tällaisen hoidon järjestämiseen liittyy suunnittelua vaativia seikkoja, ja niiden vapaa käyttö voisi vaarantaa suunnittelun. Selvennys oli jäsenvaltioiden kannalta tarpeellinen ja osoittaa, missä tilanteessa poikkeukselle on ollut sijaa: tällainen hoito voi olla luonteeltaan selvästi kalliimpaa, jolloin suunnittelu on välttämätöntä.

Merkittävää oli kuitenkin myös se, että EUT:n mukaan ennakkolupaa ei voitu kieltää sillä perusteella, ettei hoitoa ollut saatavilla toimivaltaisessa jäsenvaltiossa, jos kansallisesti hoitomuodoista ei ollut säädetty nimenomaisesti ja yksityiskohtaisesti. Samaten se, että hoidon huono laatu tarkoitti nyt EUT:n mukaan hoidon aiheetonta viivästystä, oli ennakkoluvan käyttöä selvästi rajoittanut ratkaisu, jonka merkitys korostuu etenkin köyhemmissä jäsenvaltioissa.

Ei ole yllättävää, että EUT:n uudet linjaukset aiheuttivat jäsenvaltioiden keskuudessa huolta. Kysymyksenä oli etenkin, mitä kehitys tarkoittaisi niiden kansallisten sosiaaliturvajärjestelmien taloudellisen tasapainon kannalta, kun rajat ylittävien potilaiden virtaa ja hoidosta aiheutuneita kuluja oli entistä vaikeampaa ennakoita ja suunnitella. Seikka hankaloitti omien kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien ja saatavilla olevan hoidon suunnittelua. Miten silloin niiden omat terveydenhuollon palvelut järjestettäisiin, jos rajat ylittävien potilaiden määrä räjähtäisi. Jo jäsenvaltioiden huoli omalta osaltaan osoittaa, miten vapausoikeuksien ja kansallisten intressien punninta unionissa on painottunut.

Etenkin kaksi asiaa on siis vaikuttanut kansallisiin sosiaaliturvajärjestelmiin: ensinnäkin unioni on pyrkinyt yhteensovittamaan kansallisia, sosiaaliturvaa koskevia säännöksiä. Toiseksi se on lisännyt vapausoikeuksia niin, että yksittäisellä potilaalla on palveluiden vapaan liikkumisen nojalla oikeus hakeutua varsin vapaasti toiseen jäsenvaltioon hoitoon. Se on tarkoittanut jäsenvaltioiden kannalta entistä vähemmän kontrollia niiden omiin sosiaaliturvajärjestelmiin.

Hieman tasapainoa tilanteeseen toi direktiivi 2011/24/EU. Oikeuskäytännön seurauksena potilailla oli kaksi eri väylää rajat ylittävän terveydenhuollon saamiseksi: asetuksen mukainen väylä ja SEUT 56 artiklaan perustuvan oikeuskäytännön mukainen väylä. Oikeuskäytäntö

koottiin direktiiviin 2011/24/EU. EUT:n oikeuskäytäntöön ja erilaisiin sekundäärioikeudelliseen sääntelyyn perustuvaa sosiaaliturvan yhteensovittamista on jo ennestäänkin pidetty monimutkaisena ja vaikeaselkoisena.³⁸² Nyt sääntely pirstoutui asetuksen, direktiivin ja oikeuskäytännön välille tehden siitä kenties entistä vaikeaselkoisempaa. Hieman ironisesti asetuksella (EY) 883/2004 ja direktiivillä 2011/24/EU oli tarkoitus yksinkertaistaa sääntelyä.

Tutkielma osoittaa, että direktiivi oli siinä mielessä jäsenvaltioiden kannalta merkittävä uudistus sosiaalioikeudellisen sääntelyn kokonaisuudessa, että se laajensi ennakkoluvan soveltamisalaa ja palautti jäsenvaltioille toimivaltaa sosiaalipolitiikan alalla. Siksi ei ole perusteltua sanoa, ettei unioni lainkaan tunnista jäsenvaltioiden intressiä suojella sosiaaliturvajärjestelmiensä taloudellista tasapainoa. Direktiivi tasapainotti jännitettä ja mahdollisti jopa sen, että rajat ylittävä potilas voi olla jäsenvaltion kannalta edullisempi kuin asuinjäsenvaltiossa hoitoon hakeutuva potilas. Huomattakoon, että tämä tietenkin edisti myös vapaata liikkuvuutta.

Tässä maisteritutkielmassa on vertailtu myös asetuksen ja direktiivin mukaisten ennakkolupien mahdollisia eroja ja yhtäläisyyksiä edellä kuvatun jännitteen kontekstissa. Tarkoituksena on ollut selvittää, miten ne säätävät ennakkoluvasta eli miten ne ilmentävät tahoillansa rajat ylittävän sosiaalioikeudellisen sääntelyn jännitettä. Direktiivin ja asetuksen väliseksi erottavaksi tekijäksi muodostui EUT:n oikeuskäytännössä se, että direktiivi mahdollistaa potilaan oman valinnan eikä vapaata liikkuvuutta tarvitse sen vuoksi edes eettistä systä rajoittaa. Asetusta sovellettaessa vastaavanlaisesta tilanteesta voisi koitua jäsenvaltiolle kohtuuttomia kuluja, jotka ovat erittäin vaikeasti ennakoitavissa.

Tällainen ero asetuksen ja direktiivin välillä on selitettävissä niiden toisistaan poikkeavilla hyvitysjärjestelmillä. Niinpä se, että potilaalla on vahvempi oikeus valita hoitopaikkansa ja jäsenvaltion on vaikeampi perustella ennakkolupaa, ei välttämättä vaikuta lainkaan jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmien taloudelliseen tasapainoon. Tällä tavalla sekä kansallisten terveydenhuoltopalveluiden toteuttaminen että palveluiden vapaa liikkuvuus ovat mahdollisia sovittaa toimimaan yhdessä.

Direktiivin vaikutusta heikentää kuitenkin se, että asetuksen soveltamisella on siihen nähden edelleen lähtökohtainen etusija. Vaikka potilas voikin halutessaan valita direktiivin sovellettavaksi asetuksen sijasta nimenomaisesti niin ilmoittamalla, direktiivi ei saa heikentää

³⁸² Sakslin 2007, s. 298.

potilaalle asetuksen nojalla suotuja oikeuksia. Sen vuoksi, jos asetus soveltuu ja se on potilaan kannalta edullisempi, jäsenvaltion olisi kiinnitettävä potilaan huomiota tähän seikkaan. Direktiivi ei myöskään palauttanut tilannetta kokonaan aiempaan, ennen oikeuskäytäntöä vallinneeseen tilanteeseen.

Tutkielman perusteella voidaankin todeta, että lähtökohtaisesti EU edistää nimenomaan omia intressejään. Voidaan myös kyseenalaistaa, onko EU:lla varsinaisia rajoja toimivaltansa suhteen ongelmallisten oikeusperustana toimivien säännösten vuoksi. Vaikka perusoikeuskirjan 34 artiklan mukaan unionin kunnioittaakin jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmien eroavaisuuksia, eikä unionilla ole toimivaltaa niiden yhdenmukaistamiseen, on se tosiasiallisesti lisännyt toimivaltaansa alalla asteittain.

Jäsenvaltion vaikuttamismahdollisuudet näyttävät heikoilta senkin osalta, miten ne voivat vaikuttaa unionin sekundaarioikeuden sääntelyyn. Vaikka ne saisivatkin parlamentin kautta olla osallistumassa ja vaikuttamassa esimerkiksi asetuksen säätämiseen, voi unioni halutessaan oikeuskäytännöllä tehdä asetuksen soveltamisen käytännössä tyhjäksi. Niinpä parlamentaarisen yhteisvastuun vaikutus näyttää jäävän varsin vähäiseksi. Vaikka direktiivin voidaan todeta tuoneen jäsenvaltioiden kontrollia takaisin, on se silti luonteeltaan kompromissi. Siksi sen ei voida katsoa tyydyttävän täysin kummankaan osapuolen intressejä.

Rajat ylittävän terveydenhuollon hyödyntämisestä tekee hankalaa erityisesti sosiaaioikeuksien ja perusvapauksien kietoutuminen toisiinsa. Tämä tutkielma ei kuitenkaan huomioi eikä keskity tarkastelemaan perusoikeuksia eikä niiden roolia kontekstissa. Tosiasiallisesti niiden merkitys on vartenotettava ja hyvin mielenkiintoinen, etenkin kun perusoikeuskirjan painoarvoa on unionissa lisätty verrattuna aiempaan. Lisäksi perusvapauksien rajoittamisen perusteeksi on nostettu taloudellisten seikkojen rinnalle myös muita mahdollisia perusteita tapauksen *A v. Veselības ministrija* myötä. Niinpä perusoikeuksilla voikin olla mahdollisuus muodostua perusvapauksia rajoittaviksi tekijöiksi. Siksi niiden tarkastelu osana kontekstia antaa paljon lisäarvoa sekä syvyyttä aiheelle, ja siitä on mahdollista tehdä erittäin mielenkiintoista jatkotutkimusta. Perusoikeuskirjan säännösten lisääminen kontekstiin monipuolistaa rajat ylittävän terveydenhuollon sääntelykokonaisuutta entisestään.

Tutkielman ajankohtaisuudesta kertoo osaltaan se, että Suomi on implementoinut direktiivin mukaisen ennakkoluvan osaksi lainsäädäntöään vasta äskettäin. Aihe on ajankohtainen myös sen vuoksi, että maailma pienenee entisestään matkustamisen helpottuessa. Valtioiden rajoja on helppoa ja nopeaa ylittää. Tietoyhteiskunnassa myös informaation tulva on valtava, ja tietoa

on vaivatonta jakaa ja saada internetin kautta sekä sosiaalisessa mediassa. Vaikka toistaiseksi potilaiden määrät ovat pysyneet maltillisina, joskin hieman nousujohteisina, voivat rajat ylittävän terveydenhuollon tuomat mahdollisuudet potilaille nousta uusiin merkityksiin nopean kehityksen myötä. Tällöin rajat ylittävän terveydenhuollon ja ennakkoluvan sääntelyn merkitys, ja toisaalta sen systematisointi yleisölle ymmärrettävämpään muotoon, korostuu entisestään. Myös jatkotutkimus on sen vuoksi tarpeen.