

# **YHTEISÖJEN TUOMIOISTUIMEN ROOLI RAJAT YLIT- TÄVÄN TERVEYDENHUOLLON SÄÄNTELYSSÄ**

Eeva Remola-Pärssinen

Pro gradu -tutkielma

Terveyshallintotiede

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveystieteiden laitos

Syyskuu 2014

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta  
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, terveyshallintotiede

REMOLA-PÄRSSINEN EEVA: Yhteisöjen tuomioistuimen rooli rajat ylittävän terveydenhuollon sääntelyssä

Pro gradu -tutkielma, 90 sivua, 2 liitettä (3 sivua)

Tutkielman ohjaaja: FT Johanna Lammintakanen

Syyskuu 2014

---

Avainsanat: Rajat ylittävä terveydenhuolto, yhteisöjen tuomioistuin, eurooppalaistuminen, uusi institutionalismi

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja tulkita yhteisöjen tuomioistuimen roolia rajat ylittävän terveydenhuollon sääntelyssä. Asiakirja-aineistona olivat yhteisöjen tuomioistuimen vuosina 1998–2010 ennakkoratkaisumenettelyssä antamat tuomiot. Laadullisen aineiston analyysi toteutettiin käyttäen teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Tutkimuksessa sovellettiin Börzelin ja Rissen kehittämää rationalistiseen institutionalismiin ja seuraamusten logiikkaan perustuvaa teoreettista mallia kansallisen muutoksen logiikasta.

Oikeustapauksiin liittyy tyypillinen tapahtumien kulku. Henkilö on käyttänyt terveyspalveluja toisessa jäsenvaltiossa joko ennakkolupaa hakematta tai saatuaan lupahakemukseensa kielteisen päätöksen. Saatuaan kielteisen päätöksen korvaushakemukseensa hän on riitauttanut asiansa tuomioistuimessa. Asian käsittely on kestänyt useita vuosia.

Yhteisön oikeuden tulkinta on tarkentunut oikeustapausten myötä. Mahdollisuudet pitää toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannusten korvattavuuden edellytyksenä ennakkolupaa ovat vähentyneet, ja ennakkoluvan epäämisen kriteerit ovat täsmentyneet. Perustamissopimukseen ja sosiaaliturva-asetukseen perustuvat ennakkoluvan epäämisen kriteerit ovat yhdenmukaiset, mutta perustamissopimuksen mukainen korvaus voi tietyissä tilanteissa olla potilaalle edullisempi kuin sosiaaliturva-asetuksen mukainen korvaus. Korvausta voi vaatia vain niistä hoidoista, jotka kuuluvat vakuutusjäsenvaltiossa korvattaviin hoitoihin.

Lähes kaikkien pääasioiden kantajien tavoitteena oli saada korvaus toisessa jäsenvaltioissa syntyneistä hoitokustannuksista. Kansallisen oikeudenkäynnin lopputulosta ei ole mahdollista päätellä kaikissa tapauksissa. Korvauksen saaminen on ollut todennäköisintä niissä tapauksissa, joissa yhteisöjen tuomioistuin on todennut yhteisön oikeuden vastaiseksi sen kansallisen oikeuden säännöksen, johon korvauksen epääminen on perustunut.

Tutkimuksen perusteella voidaan ennakkoratkaisumenettelyä pitää sovellettuun teoreettiseen malliin sisältyvänä kansallista muutosta helpottavana virallisena instituutiona. Yhteisöjen tuomioistuin on osallistunut kansallisten säännösten muuttamiseen toteamalla kuudessa tapauksessa kansallisen oikeuden säädöksen yhteisön oikeuden vastaiseksi.

Tutkimuksen tulokset havainnollistavat sitä, miten vaikeaa on ylläpitää selkeää rajaa eurooppalaisen ja kansallisen politiikan välillä. Yhteisön oikeus ulottui kansalliselle tasolle yksittäisten kansalaisten aloitteesta. Tutkimuksessa sovellettu teoreettinen malli ei anna vastausta siihen, miksi kansalliset tuomioistuimet ovat halunneet käydä vuoropuhelua yhteisöjen tuomioistuimen kanssa. Tutkimuksen jatkona olisikin kiinnostavaa tutkia, onko osa muutosprosessista ymmärrettävissä paremmin sosiologiseen institutionalismiin ja soveliaisuuden logiikkaan perustuvan mallin avulla.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies

Department of Health and Social Management, Health Management Sciences

REMOLA-PÄRSSINEN EEVA: The Role of the European Court of Justice in Regulating Cross-border Health Care

Master's thesis, 90 pages, 2 appendices (3 pages)

Advisor: PhD Johanna Lammintakanen

September 2014

Keywords: cross-border health care, European Court of Justice, Europeanization, new institutionalism

The purpose of this study was to describe and interpret the role of the European Court of Justice (ECJ) in regulating cross-border health care. The material consisted of preliminary rulings given by the ECJ between 1998 and 2010. Qualitative material was analyzed using abductive content analysis. A model for the logic of domestic change, based on rationalist institutionalism and the logic of consequentialism, developed by Börzel and Risse has been applied to this study.

The court cases included in this study follow a typical chain of events – where an individual has used health services in another Member State either without prior authorization or after having an application refused. Following refusal of the claim, the claimant started legal proceedings in order to receive reimbursement. Legal process has taken many years.

These cases have led to a more accurate interpretation of the EC law. The need for pre-authorization as a prerequisite for reimbursement of cross-border care has been dropped and the criteria for refusal of pre-authorization have become more specific. The criteria for refusal are identical in the EC Treaty and in regulation (EEC) No 1408/71. However, in some cases the compensation based on the EC Treaty can be more financially beneficial for the patient compared with the reimbursement provided by regulation (EEC) No 1408/71. In both cases, reimbursement can only be requested for treatments that are included within the benefit package of the patient's home state.

The goal of most of the claimants was to get reimbursement for cross-border care. It is not possible to draw a conclusion as to what the adjudication of national court was in all cases. Obtaining reimbursement was more probable in cases where the ECJ noted that refusal of the application was based on national rules which were contrary to EC law.

According to this study the preliminary ruling procedure can be regarded as an official institution that is embedded into an applied theoretical model, and helps changes to take place at a national level. The ECJ has, in six cases, contributed to changes in national regulations by pronouncing them to be in conflict with EC regulations.

The results of the study elucidate how difficult it is to draw a clear line between European and domestic policy. The initiative of individual citizens has led to EC law being extended to a national level. The theoretical model applied in this study does not give an answer to the question "Why are national courts willing to have a dialog with the ECJ?" An interesting extension to this study would be to research the question "Could part of the change process be better understood using the model based on sociological institutionalism and the logic of appropriateness?"

## SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Tutkimuksen tausta .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Tutkimuksen tarkoitus, tutkimuskysymykset ja tutkimusraportin     rakenne.....</b>	<b>6</b>
<b>2 RAJATYLIITTÄVÄN TERVEYDENHUOLLON SÄÄNTELY EU:SSA .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Rajat ylittävä terveydenhuolto .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvä lainsäädäntö .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3 Unionin tuomioistuin unionin oikeuden tulkitsijana .....</b>	<b>28</b>
<b>2.4 Tuomioistuimen päätösten toimeenpano kansallisella tasolla .....</b>	<b>32</b>
<b>3 EUROOPPALAISTUMINEN MUUTTAA KANSALLISTA SÄÄNTELYÄ .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1 Eurooppalaistuminen.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 Kansallisen muutoksen logiikoiden lähtökohdat .....</b>	<b>41</b>
<b>3.3 Teoreettinen malli kansallisen muutoksen logiikoista .....</b>	<b>51</b>
<b>4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT.....</b>	<b>53</b>
<b>4.1 Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat .....</b>	<b>53</b>
<b>4.2 Tutkimusaineiston hankinta .....</b>	<b>54</b>
<b>4.3 Tutkimusaineiston analyysi.....</b>	<b>56</b>
<b>5 TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>62</b>
<b>5.1 Tyypillinen tapahtumien kulku .....</b>	<b>62</b>
<b>5.2 Yhteisön oikeuden tulkinnan tarkentuminen.....</b>	<b>62</b>
<b>5.3 Pääasioiden kantajien tavoitteiden toteutuminen .....</b>	<b>69</b>
<b>5.4 Yhteisöjen tuomioistuimen osallistuminen kansallisten säännösten     muuttamiseen .....</b>	<b>72</b>
<b>6 POHDINTA.....</b>	<b>75</b>
<b>6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....</b>	<b>75</b>
<b>6.2 Tulosten tarkastelu .....</b>	<b>80</b>
<b>6.3 Päätelmät ja jatkotutkimusaiheet.....</b>	<b>82</b>
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>84</b>

## TAULUKOT

Taulukko 1. Rajat ylittävää terveydenhuoltoa edistäneitä hankkeita

- Taulukko 2. Potilasdirektiivin sisältö luvuittain ja artikloittain
- Taulukko 3. EU:n tuomioistuimet sekä niiden kokoonpano ja toimivalta
- Taulukko 4. Ennakkoratkaisumenettelyn vaiheet ja toimenpiteet
- Taulukko 5. Kansallisen muutoksen logiikat
- Taulukko 6. Esimerkkejä tyypittelyä varten järjestetystä aineistosta
- Taulukko 7. Esimerkkejä tuomiolauselmien pelkistämisestä
- Taulukko 8. Teemoittain järjestetty aineisto ja siitä tehty tulkinta
- Taulukko 9. Yhteisön oikeuden tulkinnan tarkentuminen
- Taulukko 10. Päätelemät pääasioiden kantajien tavoitteiden toteutumisesta
- Taulukko 11. Teoreettisen mallin ja aineiston yhtymäkohdat
- Taulukko 12. Suomenkielinen teksti verrattuna samaan tekstiin muilla kielillä

## **LIITTEET**

- LIITE 1. Keskeinen aineiston oikeustapauksissa tulkittu yhteisön oikeus
- LIITE 2. Liitetaulukko 1. Aineiston muodostavat oikeustapaukset

## 1 JOHDANTO

### 1.1 Tutkimuksen tausta

EU:n jäsenvaltiot ovat halunneet varmistaa yksinomaisen toimivaltansa terveystalvvelujen järjestämisessä. Toimivaltojen selkiyttämiseksi lisättiin Amsterdamin sopimukseen aikanaan seuraava suojalause (Kattelus & Saari 2006, 79): ”Yhteisön toiminnassa kansanterveyden alalla otetaan täysimääräisesti huomioon jäsenvaltioiden terveystalvvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen liittyvät velvollisuudet” (EYVL 1997 C 340, 247).

Perustamissopimus ei kuitenkaan tarjonnut selkeää ohjetta siitä, miten jäsenvaltioiden laajan toimivallan ja sisämarkkinalogiikan, erityisesti vapaan liikkuvuuden periaatteen välinen jännite tulisi ratkaista. Jäsenvaltiot halusivat säilyttää terveystalvvelujen alueella mahdollisimman suuren autonomian terveystalvvelujen muodostaessa yhden suurimmista palvelusektorin osa-alueista. Terveystalvveluja koskevat ratkaisut vaikuttavat siten monin tavoin sisämarkkinoiden toimintaan. Ongelma päättyi lopulta yhteisöjen tuomioistuimen ratkaistavaksi 1990-luvun lopulla. (Kaila, 2004, 723)

Tuomioistuin oli antanut terveystalvvelujen korvattavuuteen liittyviä ennakkoratkaisuja aikaisemminkin, mutta sen vuonna 1998 asioissa Kohll (C-158/96) ja Decker (C-120/95) antamat ratkaisut olivat käännteentekeviä. Ratkaisut eivät perustuneet sosiaaliturva-asetuksen tulkintaan, vaan perustamissopimuksen vapaata liikkuvuutta koskeviin artikloihin. Ne avasivat uuden kanavan hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon oman maan sosiaaliturvajärjestelmän kustannuksella. (Kattelus & Saari 2006, 77; Palm & Glinos 2010, 516–517)

Luxemburgilaisen Kohllin alaikäinen tytär oli käynyt hampaiden oikomishoidossa Saksassa toimivan hammaskirurgin vastaanotolla, vaikka Kohllin sairausvakuutuskassa ei ollut myöntänyt hoitoon haettua ennakkolupaa. Luxemburgilainen Decker puolestaan oli ostanut silmälasit Belgiassa toimivalta optikolta ilman ennakkolupaa. Ennakkolupa

oli Luxemburgin lainsäädännön mukaan ulkomailla saadun hoidon kustannusten korvaamisen edellytys. Kohll ja Decker riitauttivat asiansa tuomioistuimessa.

Riita-asioita käsiteltiin kansallisella tasolla useassa oikeusasteessa ennen kuin tuomioistuimet päätyivät esittämään ennakkoratkaisukysymyksensä yhteisöjen tuomioistuimelle. Yhteisöjen tuomioistuin julisti molemmat tuomionsa samana päivänä 28.4.1998. Luxemburgin lainsäädännön edellyttämä ennakkolupa todettiin kummassakin tuomiossa perustamissopimuksen vastaiseksi.

Kohllin ja Deckerin tapaukset käynnistivät vilkkaan poliittisen ja akateemisen keskustelun ratkaisujen käytännön merkityksestä. Oli epäselvää, soveltuisivatko ratkaisuissa vahvistetut periaatteet myös sairaalahoitoon tai luontaisuuksiin perustuviin sairausvakuutusjärjestelmiin ja kansallisiin terveyspalveluihin. Yhteisöjen tuomioistuin vastasi näihin epäselviksi jääneisiin kysymyksiin Kohllia ja Deckeriä seuranneissa uusissa tapauksissa. (Kaila 2004, 724–725; Obermaier 2008, 740). Näitä oikeustapauksia nimitetään kansainvälisessä kirjallisuudessa yleisesti Kohll/Decker -päätöksiksi (Kohll/Decker rulings) tai Kohll/Decker -juridiikaksi (Kohll/Decker jurisprudence).

Pitkän ja monivaiheisen poliittisen prosessin lopputuloksena on tuomioistuimen tapauskohtaisesti kehittämät periaatteet nyt koottu direktiiviin potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa (2011/24/EU), jäljempänä potilasdirektiivi. Potilasdirektiivi vahvistaa Euroopan kansalaisten valinnan mahdollisuuksia yli kansallisten rajojen ja lisää merkittävästi jäsenvaltioiden rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyviä velvoitteita.

Rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvä oikeuskäytäntö on ollut melko vähän esillä suomalaisessa kirjallisuudessa. Aihe nousi kiinnostuksen kohteeksi 2000-luvun alussa, kun alettiin tiedostaa, että EU:lla on merkittävä vaikutus myös Suomen sosiaaliturvajärjestelmään. Aihetta ovat tehneet tunnetuksi muutamat oikeustieteen ja sosiaali- ja terveyspolitiikan asiantuntijat.

Kaila (2004, 721–722) analysoi artikkelissaan viittä EY-tuomioistuimessa 1990-luvun lopussa ja 2000-luvun alkupuolella ratkaistavana ollutta tapausta. Artikkelin pääpaino

on EY:n perustamissopimuksen vapaata liikkuvuutta koskevien artiklojen ja niihin liittyvän oikeuskäytännön oikeudellisessa arvioinnissa.

Sosiaali- ja terveystieteiden alalla on analysoitu EU:n terveystieteiden kehitystä ja sen vaikutusta Suomen terveystieteen (Hämäläinen, Koivusalo & Ollila 2004), sisämarkkinoiden roolin muutosta terveyspalveluissa (Kattelus & Saari 2006), Euroopan integraation vaikutuksia Suomen sosiaalitieteiden (Saari & Kari 2006) sekä EU:n sosiaali- ja terveystieteen (Kari, Kattelus & Saari 2008). Kirjoittajat ovat tarkastelleet näiden laajempien asiakokonaisuuksien puitteissa myös yhteisöjen tuomioistuimen oikeustapauksia ja arvioineet tuomioistuimen ratkaisujen vaikutuksia Suomen terveystieteen. Yleistäen voitaneen sanoa, että niiden tosiasiallisia vaikutuksia on pidetty melko vähäisinä.

Mäkinen (2008, 19–24) esittelee kansanterveystieteen alaan kuuluvan väitöskirjatutkimuksensa kirjallisuuskatsauksessa merkittäviä ja tunnettuja oikeustapauksia, niiden myötä vakiintunutta oikeuskäytäntöä sekä oikeustapausten poliittisia seuraamuksia. Tutkimus ei kohdistu näihin oikeustapauksiin, vaan sen kohteena on Euroopan unionin säädösten merkitys ja vaikutus terveydenhuoltoon, erityisesti lääkejakeleeseen ja verenluovuttajille jaettavaan tiedotusaineistoon (Mäkinen 2008, 5).

Kansainvälisessä kirjallisuudessa on rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvä oikeuskäytäntö ollut mittavasti esillä. Suurin osa julkaisuista on mielipidekirjoituksia tai analyyskejä koskien oikeustapauksia, niiden mahdollisia vaikutuksia jäsenvaltioiden terveystieteen sekä EU:n laajentumista alueelle, jolla sillä ei ole toimivaltaa. Varsinaisia aiheeseen liittyviä tutkimuksia on tehty vähän. Yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisujen kansallisia vaikutuksia ovat tutkineet Martinsen ja Vrangbæk (2008) Tanskassa sekä Greer ja Rauscher (2011) Saksassa ja UK:ssa. Obermaier (2008) puolestaan on tutkinut yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisujen toimeenpanoa Ranskan, UK:n ja Saksan kansallisessa lainsäädännössä.

Yhteisöjen tuomioistuimen rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyviä oikeustapauksia ei ole tutkittu terveyshallintotieteen alalla. Tutkimukseni aineisto koostuu yhteisöjen tuomioistuimen antamista tuomioista, joten sillä on uutuusarvoa terveyshallintotieteen tutkimuksen kannalta. Toinen seikka, joka lisää tutkimuksen uutuusarvoa, on uusi insti-



tutionalismi tutkimuksen lähtökohtana. Miettisen (2011, 38–39) terveystieteiden alaan kuuluvassa väitöskirjatutkimuksessa tarjoaa historiallinen institutionalismi näkökulman kuntoutusjärjestelmän institutionaaliseen kehitykseen ja sen muutoksen mahdollisuuteen. Miettisen tutkimuksen lisäksi en ole löytänyt muita terveystieteellisiä tutkimuksia, joiden lähtökohtana on uusi institutionalismi.

Sovellan tutkimuksessani teoreettista mallia, jonka Börzel ja Risse (2000, 1–3) ovat kehittäneet eurooppalaistumisen kansallisia vaikutuksia käsittelevän tutkimuskirjallisuuden pohjalta. He tarkoittavat eurooppalaistumisella erillisten hallintorakenteiden syntyä ja kehitystä Euroopan tasolla. Hallintorakenteisiin kuuluvat poliittiset, oikeudelliset ja sosiaaliset instituutiot, jotka virallistavat toimijoiden välisen vuorovaikutuksen. Näiden lisäksi kuuluvat hallintorakenteisiin virallisten sääntöjen luomiseen erikoistuneet politiikkaverkostot.

Börzel ja Risse (2000, 1–2, 5–6, 10) kuvaavat kaksi erilaista muutosprosessia, joita he nimittävät kansallisen muutoksen logiikoiksi. Toisen logiikan lähtökohtana ovat rationalistinen institutionalismi ja seuraamusten logiikka, kun taas toisen perustana ovat sosiologinen institutionalismi ja soveliaisuuden logiikka. Lähtökohdiltaan erilaiset logiikat painottavat erilaisia muutosta helpottavia tekijöitä ja johtavat muutokseen erilaisten mekanismien kautta. Sovellan ensin mainittua, rationalistiseen institutionalismiin ja seuraamusten logiikkaan pohjautuvaa mallia. Se ohjaa osaltaan sekä tutkimuksen kysymyksenasettelua että aineiston analyysiä. Oletuksenani on, että yhteisöjen tuomioistuinta voidaan pitää malliin sisältyvänä kansallista muutosta helpottavana virallisena instituutiona.

## **1.2 Tutkimuksen tarkoitus, tutkimuskysymykset ja tutkimusraportin rakenne**

Tutustuin oikeustapauksiin graduvaiheeseen edenneenä opiskelijana pohtiessani terveydenhuollon kansainvälistä ohjausta mahdollisena tutkielmani aihepiirinä. Tutkimuksellinen kiinnostukseni heräsi ihmettelystä. Ihmettelin, miten on mahdollista, että yksittäinen kansalainen voi käynnistää tapahtumaketjun, jonka seurauksena lainsäädäntöä joudutaan muuttamaan hänen kotimaassaan ja koko Euroopassa.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja tulkita yhteisöjen tuomioistuimen roolia rajat ylittävän terveydenhuollon sääntelyssä. Tarkennetut tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Minkälainen on oikeustapauksiin liittyvä tyypillinen tapahtumien kulku?
2. Miten yhteisön oikeuden tulkinta on tarkentunut oikeustapausten myötä?
3. Mitä aineiston perusteella voi päätellä pääasioiden kantajien tavoitteiden toteutumisesta?
4. Miten yhteisöjen tuomioistuin on osallistunut kansallisten säännösten muuttamiseen?

Tutkimukseni kuuluu terveyshallintotieteen alaan, mutta sen lähtökohta on politiikan tutkimuksessa. Sovellan tutkimuksessani politiikan tutkimuksen piirissä kehitettyä teoreettista mallia kansallisen muutoksen logiikasta. Rajat ylittävä terveydenhuolto ja siihen liittyvä oikeudellinen ohjaus puolestaan yhdistävät tutkimukseni terveyshallintotieteeseen ja hallintotieteeseen.

Luonnehdin tutkimustani strategialtaan laadulliseksi tapaustutkimukseksi. Sen aineisto koostuu yhteisöjen tuomioistuimen tuomioista, jotka on annettu ennen potilasdirektiiviä. Kyseessä on siis rajallinen joukko oikeustapauksia, jotka muodostavat yhdessä oman rajautuneen kokonaisuutensa. Tapaustutkimuksella tarkoitetaan tutkimusstrategiaa, jonka tarkoituksena on tutkia syvällisesti yhtä tai muutamaa kohdetta tai ilmiökokonaisuutta. Yksittäisen tapauksen syvälinen tutkiminen toteutetaan yleensä laadullisena tutkimuksena. (Lähdesmäki, Hurme, Koskimaa, Mikkola & Himberg 2014)

Tutkimustani ohjaa praktinen tai käytännöllinen tiedonintressi. Haluan lisätä rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvien oikeustapausten tunnettuutta ja tietoisuutta siitä, miten eurooppalaistuminen voi johtaa kansallisen tason muutokseen. Berndtsonin (2005, 102) mukaan eivät käytännöllisen tiedonintressin omaksuneet tutkijat useinkaan ole suoraan kiinnostuneita tutkimustensa soveltamisesta, vaan ajattelevat tiedolla sinänsä olevan merkitystä yhteiskunnalle. Tutkimus voi hyödyttää yhteiskuntaa tuottamalla yleissivistävää tietoa. Yleissivistävä tieto kehittää kansalaisten taitoja, tietoja ja tietoisuutta koulutuksen ja yleisen keskustelun kautta. Käytännöllisen tiedonintressin omak-

suneet tutkijat ovatkin kiinnostuneita tiedon tuottamisesta koulutusinstituutioiden ja joukkotiedotuksen tarpeisiin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena ei suoranaisesti ole tuottaa tietoa koulutusinstituutioiden tarpeisiin. Uskon sen tuottaman yleissivistävän tiedon kuitenkin tavoittavan terveyshallintotieteen opiskelijat, koska opiskelijat ovat kiinnostuneita lukemaan toistensa pro gradu -tutkielmia.

Tutkimusraportti koostuu kuudesta luvusta. Tässä luvussa olen esitellyt tutkimuksen taustan sekä tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymykset. Raportin toisessa luvussa tarkastelen rajat ylittävää terveydenhuoltoa ja sen sääntelyä EU:ssa. Rajat ylittävien terveystalvelujen käytöstä ei ole vankkaa tutkimuksellista näyttöä. Sen vuoksi on pyrkimyksenäni ollut nykytilan kuvaamisen sijaan taustoittaa tutkimuksen aineistona olevia oikeustapauksia. Toiseen lukuun sisältyvät myös rajat ylittävien terveystalvelujen käyttöä koskevien säädösten esittely sekä unionin tuomioistuimen ja ennakkoratkaisumenettelyn kuvaaminen. Luvun lopussa esittelen joitakin tutkimuksia, joiden kohteena on yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisujen toimeenpano kansallisella tasolla. Olen rajannut potilasdirektiivin kansallisen toimeenpanon tämän tutkielman ulkopuolelle.

Sovellan tutkimuksessani teoreettista mallia kansallisen muutoksen logiikasta. Börzel ja Risse ovat kehittäneet mallin eurooppalaistumisen kansallisia vaikutuksia käsittelevän tutkimuskirjallisuuden pohjalta. Määrittelen käsitteen eurooppalaistuminen raportin kolmannen luvun alussa. Sen jälkeen esittelen soveltamani mallin lähtökohdat, uudeksi institutionalismiksi kutsutun tutkimussuuntauksen ja toiminnan logiikat. Kolmas luku päättyy kansallisen muutoksen logiikoiden esittelyyn.

Raportin neljännessä luvussa kuvaan tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat sekä tutkimusaineiston hankinnan ja analyysin. Viides luku sisältää tutkimustulokset ja kuudes luku pohdinnan. Tarkastelen pohdinnassa tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä sekä tutkimustuloksia. Lopuksi esitän päätelmät ja jatkotutkimusaiheet.

## **2 RAJATYLIITTÄVÄN TERVEYDENHUOLLON SÄÄNTELY EU:SSA**

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvata ja tulkita yhteisöjen tuomioistuimen (nykyisin unionin tuomioistuin) roolia rajat ylittävän terveydenhuollon sääntelyssä. Tarkoitan sääntelyllä yksinomaan oikeudellista sääntelyä. Muut sääntelyvälineet, kuten esimerkiksi säännöstely tai priorisointi, eivät ole tässä tutkielmassa tarkastelun kohteina.

### **2.1 Rajat ylittävä terveydenhuolto**

Rajat ylittävä terveydenhuolto on yleisesti Euroopassa käytetty käsite, jolla tarkoitetaan muussa jäsenvaltiossa kuin vakuutusjäsenvaltiossa tarjottua tai määrättyä terveydenhuoltoa (EUVL L 88, 2011, 55). Ihmiset käyttävät terveystalvveluja kotivaltionsa ulkopuolella erilaisissa tilanteissa. Peruserottelu voidaan tehdä sen mukaan tarvitseeko henkilö hoitoa matkustettuaan toiseen valtioon, vai matkustaako hän toiseen valtioon saadaakseen siellä hoitoa (Palm & Glinos 2010, 529). Tämän tutkielman puitteissa kohdistuu mielenkiinto jälkimmäisen vaihtoehdon kaltaisiin tilanteisiin, joissa henkilö matkustaa toiseen jäsenvaltioon käyttääkseen siellä terveystalvveluja.

Ihmiset hakeutuvat hoitoon toiseen jäsenvaltioon erilaisista syistä. Yksi merkittävämistä syistä on se, että tarvittavaa hoitoa ei ole saatavissa omassa maassa. Muita merkittäviä rajat ylittävään terveydenhuoltoon motivoivia tekijöitä ovat hoidon parempi laatu, nopeampi hoitoon pääsy ja halvempi hoito. (Rosenmöller, McKee, Baeten & Glinos 2006, 7; The Gallup Organization 2007, 5) Halvempi hoito on tyypillisesti syynä hakeutumisessa hoitoon vanhoista jäsenvaltioista uusiin jäsenvaltioihin. Omana erityisryhmänä voidaan tarkastella rajaseutujen asukkaita, joilla on läheiset kielelliset ja kulttuuriset yhteydet rajan toisella puolella olevaan alueeseen. Rajan ylittäminen on heille luontevaa, ja he hakeutuvat mielellään lähellä kotia saatavaan hoitoon, vaikka sitä tarjotaan rajan toisella puolella. (Rosenmöller ym. 2006, 6–7)

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) (2013, 166) raportoi terveystalvvelujen kansainvälisestä kaupasta tuontina ja vientinä. Tuonti tarkoittaa sitä, että jonkun valtion kansalaiset käyt-

tävät terveystalvveluja toisissa maissa. Viennistä taas on kyse silloin, kun kotimaiset palvelun tuottajat tarjoavat maassa palveluja jonkun muun maan kansalaisille.

Tuonnin osuus terveydenhuollon menoista vuonna 2011 oli OECD-maissa 0–3,5 %. Tuonnin suurin suhteellinen osuus 3,5 % oli Luxemburgissa, joka on poikkeuksellinen valtio muiden joukossa. Neljä suurinta tuojaa Luxemburgin jälkeen olivat Islanti 1 %, Portugali 1 %, Alankomaat 0,9 % ja Saksa 0,6 %. Muissa OECD-maissa oli tuonnin suhteellinen osuus terveydenhuoltomenoista alle 0,5 %. Tarkasteltaessa terveystalvvelujen tuontia absoluuttisina menoina, oli Saksa OECD:n suurin tuoja. (OECD 2013, 166–167)

Viennin suhteellinen osuus terveydenhuoltomenoista oli vastaavasti 0,1–3,6 %. Viennin suurin suhteellinen osuus 3,6 % oli Tšekin tasavallassa. Muut maat, joissa viennin suhteellinen osuus terveydenhuoltomenoista ylitti yhden prosenttia, olivat Luxemburg 1,9 %, Slovenia 1,5 %, Puola 1,2 % ja Unkari 1,1 %. Tšekin tasavalta, Slovenia, Puola ja Unkari ovat suosittuja kohteita muista Euroopan maista tuleville kansalaisille, jotka tarvitsevat hammaslääkärin palveluja. Edellä esitetyt luvut ovat todennäköisesti aivan liian alhaisia arvioita sekä tuonnin että viennin osalta. Tämä johtuu siitä, että kattavia tietoja ei ole olemassa, ja raportointi on puutteellista. (OECD 2013, 166–167)

Kattavien ja vertailukelpoisten tietojen ja tilastojen puuttuminen on vaikeuttanut rajat ylittävän terveydenhuollon tutkijoiden työtä (Ginneken & Busse 2011, 289–290; Glinos, Baeten, Helble & Maarse 2010, 1146; Rosenmöller ym. 2006, 5–6). Ilmiön laajuudesta ja vaikutuksista ei ole lukuisista tutkimuksista huolimatta vankkaa tutkimuksellista näyttöä.

Rosenmöller tutkijatovereineen (2006, 5) kuvaa ongelmia, joita tutkijat kohtasivat Eurooppa potilaille -tutkimusprojektin tapaustutkimuksissa. Tiedon hankkimiseen ja analysointiin liittyi seuraavanlaisia ongelmia. Potilaiden liikkumisesta rajojen yli ei ollut olemassa täsmällisiä tilastoja. Ne puuttuivat, koska ulkomaisten potilaiden vastaanottoja ei aina kirjattu, E-lomakkeet oli hukattu tai ne oli täytetty puutteellisesti. Kirjaamatta oli jäänyt oleellisia yksityiskohtia, kuten kansalaisuus tai annettu hoito. Monen Euroopan maan terveydenhuoltojärjestelmässä ei ollut käytäntönä pitää lukua ulkomaalaisista po-

tilaista. Niinpä lomakkeet oli saatettu täyttää, mutta niiden analysointi oli jäänyt tekemättä.

Edellä kuvatut ongelmat liittyivät pätevän tiedon puuttumiseen. Tutkijat kohtasivat myös tiedon saatavuuteen liittyviä ongelmia. Pätevää tietoa saattoi olla olemassa, mutta sitä ei haluttu luovuttaa. Tämä ongelma liittyi varsinkin yksityisiin palveluntuottajiin ja tietosuojamääräyksiä rajoittavasti tulkitseviin julkisiin viranomaisiin. Tietojen puute herätti kysymyksiä, jotka eivät liity pelkästään tieteelliseen tutkimukseen. Miten voivat päätöksentekijät huomioida potilaiden liikkumisen suunnittelussa, budjetoinnissa ja seurannassa, jos heillä ei ole käytettävissään pätevää tietoa? (Rosenmöller ym. 2006, 5–6)

Tutkijat ovat raportoineet myös muunlaisista tilastotietoihin liittyvistä ongelmista. Kerättyjen tietojen perusteet ovat saattaneet olla epäselviä, eikä aina ole kerrottu, mitä hoitoja lukuihin sisältyy. Lisäksi tiedot eivät ole olleet vertailukelpoisia. Palvelujen tuottajilla ja rahoittajilla sekä viranomaisilla on omat tilastonsa, ja eri valtiot ovat tilastoineet eri asioita. (Busse, Wörz, Foubister, Mossialos & Berman 2006, 6; Glinos, Baeten & Boffin 2006, 103) Busse (2006, 6) tutkijatovereineen onkin todennut, että ongelmia ei voiteta tekemällä lisää tutkimuksia. Poliitikkojen pitäisi sopia Euroopan tasolla siitä, mitä tietoja he tarvitsevat, ja luoda sitten asianmukainen järjestelmä tietojen keräämiseksi.

Terveyspalvelujen ja lääkkeiden sekä lääkinnällisten laitteiden kansainvälisen kaupan kasvu on lisännyt ilmiöön kohdistuvaa poliittista kiinnostusta ja tarvetta tarkkailla kehittyviä trendejä tilastotietojen pohjalta. OECD:n uudistetulla terveystilinpitojärjestelmällä (A System of Health Accounts) on pyritty vastaamaan tähän kasvavaan tarpeeseen. Vuonna 2011 OECD:n, Eurostatin ja WHO:n (2011, 3) yhteistyössä julkaisema opaskirja ohjaa terveydenhuollon kansallisen tilastoinnin lisäksi myös kansainvälistä tilastointia. Siihen on sisällytetty luotettavien, ajantasaisten ja vertailukelpoisten tietojen tuottamiseen tarvittavat käsitteet, määritelmät ja pääperiaatteet. Euroopan komission terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto (DG SANCO) osallistui järjestelmän uudistamiseen liittyvän kehittämishankkeen rahoittamiseen. (OECD 2011, 1–8)

Rajat ylittävien terveyspalvelujen käytön nykytila ei kuitenkaan ole tämän tutkielman puitteissa keskeinen kiinnostuksen kohde. Nykytilan sijaan olen kiinnostunut ilmiön

varhaisemmista vaiheista, ja pyrkimyksenäni on taustoittaa tutkimukseni aineistona olevia oikeustapauksia. Niihin liittyvien riita-asioiden käsittely käynnistyi kansallisella tasolla pääosin vuosina 1990–2003, ja merkittävä osa ennakkoratkaisua pyytäneistä kansallisista tuomioistuimista sijaitsee Luoteis-Euroopassa. Sen vuoksi olen valinnut tarkastelun kohteeksi sellaista kirjallisuutta, joka käsittelee rajat ylittävää terveydenhuoltoa Luoteis-Euroopassa 1900-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa.

Monien Euregioiden alueella on pyritty helpottamaan alueen väestön pääsyä hoitoon rajan toiselle puolelle. Euregio Scheldemond sijaitsee Alankomaiden ja Belgian rajalla. Alankomaiden puolella sijaitseva Zeeuws-Vlaanderen on harvaan asuttua aluetta, jonka väestöllä on läheiset kielelliset ja kulttuuriset yhteydet Belgian puolella sijaitsevaan Flanderiin. Zeeuws-Wlaanderenin alueella oli toteutettu 1970-luvulla paikallinen terveydenhuollon rakenneuudistus, jonka seurauksen sinne oli jäänyt vain yksi sairaala. Alueella ei ollut saatavilla pitkälle erikoistunutta hoitoa. Tilanteen helpottamiseksi solmivat Scheldemondin alueella toimivat sairausvakuutuskassat ja belgialaiset sairaalat jo vuonna 1978 sopimuksen, joka mahdollisti alankomaalaisten potilaiden hoitamisen belgialaisissa sairaaloissa. (Glinos ym. 2006, 99; Hermans 2000, 436)

Euroopan komission rahoittama EUREGIO-projekti (Evaluation Of Border Regions in the European Union) toteutettiin vuosina 2004–2007. Projektin tavoitteena oli muun muassa muodostaa yleiskuva terveyteen liittyvästä rajat ylittävästä toiminnasta Euroopassa ja arvioida olemassa olevia hankkeita. Projektissa analysoitiin yksityiskohtaisesti 122 yhteistyöhanketta. 94 % näistä hankkeista oli saanut Interreg-yhteisöaloitteen (The Interreg Community initiative) puitteissa jaettavaa hankerahoitusta. (LIGA NRW 2008, 18, 81, 86)

Analysoitujen yhteistyöhankkeiden joukosta valittiin 45 hyvän toimintakäytännön mallia. Näiden hankkeiden edustajat kutsuttiin konferenssiin, joka järjestettiin tammikuussa 2006 Bielefeldissä Saksassa. (LIGA NRW 2008, 18–19) Konferenssissa esiteltiin lähes 40 hanketta, joista tämän tutkielman näkökulmasta ovat kiinnostavimpia potilaiden liikkumiseen liittyvät hankkeet. Olen koonnut taulukkoon 1 tietoja hankkeista, joissa on pyritty edistämään ja nopeuttamaan hoitoon pääsyä tai lyhentämään sairaalamatkaa mahdollistamalla potilaille terveystalvelujen käyttö toisessa maassa.

Taulukko 1. Rajat ylittävää terveydenhuoltoa edistäneitä hankkeita

Hanke	Rajatonta hoitoa Euregio Rein-Waalin alueella	(Integration) Zorg op Maat [(I)ZOM]	Kansainvälinen terveystkortti	Sopimusperusteista hoitoa Belgiassa
Kesto	1996–1999	1997–	2000–	2001–2004
Alue	Euregio Rein-Waal Saksan ja Alankomaiden rajaseudulla	Euregiot Maas-Rein, Rein-Waal ja Rein-Maas-pohjoinen Alankomaiden, Belgian ja Saksan rajaseuduilla	Aluksi Euregio Maas-Rein, 2002 lähtien myös Euregiot Rein-Maas-pohjoinen ja Rein-Waal	Alankomaiden ja Belgian rajaseutu
Osallistajat	Sairausvakuutuskeskukset, sairaaloita ja lääkäreitä kummatkin maasta	Sairausvakuutuskeskukset, sairaaloita ja apteekkejä yllä mainituista maista	Saksalainen ja alankomaalainen sairausvakuutuskeskus, alueiden lääkärin, sairaalat ja apteekit	Alankomaalainen ja belgialainen sairausvakuutuskeskus
Tausta	Alueen Saksan puoleisen osan asukkaiden piti matkustaa jopa 100 km:n päähän saadakseen pitkälle erikoistunutta hoitoa Saksassa. Rajan toisella puolella sijaitsevaan St Radboudin yliopistolliseen sairaalaan oli matkaa vain 10–20 km.	Rajaseuduilla oli 1990-luvun puolivälistä lähtien ollut paikallisia ongelmia hoitoon pääsyssä. Tiettyjä hoitoja oli tarjolla liian vähän tai ei ensinkään.	Alankomaiden ja Saksan rajaseuduilla oli helpotettu rajat ylittävään hoitoon pääsyä esimerkiksi (I)ZOM-hankkeessa. Siitä huolimatta pitivät potilaat etenkin pitkäkestoiseen hoitoon liittyviä käytäntöjä edelleen hankalina. Hoitoon vaadittava ennakkolupa ja yleislääkärin lähete olivat voimassa lyhyen ajan, ja ne piti uusua neljännesvuosittain.	Alankomaiden puolella rajaa oli riittämättömästi tarjolla erikoislääkärin palveluja, mutta Belgian puolella niistä oli ylitarjontaa.  Monien rajaseudulla asuvien alankomaalaisten lähin sairaala tai erikoislääkärin vastaanotto sijaitsi Belgian puolella rajaa.
Tavoite	Järjestää alueen Saksan puoleisen osan asukkaille mahdollisuus saada pitkälle erikoistunutta hoitoa lähellä asuinpaikkaansa Alankomaissa.	Mahdollistaa rajaseutujen asukkaille terveyspalvelujen käyttöä toisessa maassa	Helpottaa edelleen rajat ylittävien terveyspalvelujen käyttöä sirullisen terveystkortin avulla	Purkaa erikoislääkärin vastaanotolle muodostuneita hoitajajonoja Alankomaissa hoitamalla potilaita Belgiassa
Kohde-ryhmä	Vaikeasti sairaat, erityisesti sädehoitoa tarvitsevat potilaat	Hankkeeseen osallistuvien sairausvakuutuskeskusten vakuutamat, rajaseuduilla asuvat potilaat	Hankkeeseen osallistuvien sairausvakuutuskeskusten vakuutamat, rajaseuduilla asuvat potilaat	Alankomaalaisen sairausvakuutuskeskusten vakuutamat, rajaseudulla asuvat potilaat
Toteutus	Sairausvakuutuskeskukset perustivat palvelupisteitä, joissa tiedotettiin hankkeesta ja neuvottiin potilaita.  Saksalaiset potilaat saivat asioida kaikissa hoitoprosessin vaiheissa omalla	Sairausvakuutuskeskukset perustivat lähelle rajaa palvelupisteitä, joissa tiedotettiin hankkeesta.  Rajat ylittävään hoitoon hakeutumiseen liittyviä hallinnollisia käytäntöjä yksinkertaistettiin.	Otettiin käyttöön kansainvälinen terveystkortti. Kortti oikeutti terveyspalvelujen käytön kummallakin puolen rajaa.  Saatuaan terveystkortin ei potilaiden enää tarvinnut hakea	Alankomaalaisten potilaiden hoidosta tehtiin sopimus molempien sairausvakuutuskeskusten ja seitsemän belgialaisen sairaalan kesken.



	kielellään.	Hoitoon osallistuvien organisaatioiden välinen tiedonvaihto järjestettiin potilaspasilla.	hoidolle ennakkoluopaa.  Kortin voimassaolo oli rajattu hankkeen keston, ja yleislääkäreille annettiin mahdollisuus kirjoittaa vuoden voimassa olevia läheteitä.	
Tulokset	Yhteistyötä on jatkettu hankkeen päätyttyä. St Radboudin yliopistollisessa sairaalassa hoidettiin vuosina 1997–2005 700 saksalaista potilasta.  Rajat ylittävä rintasyöpäkeskus perustettiin vuonna 2006.	Hankkeen mahdollistamia rajat ylittäviä terveyspalveluja käytti vuoden 2006 alkuun mennessä 10000 henkilöä.	Hanke oli edelleen käynnissä vuoden 2006 alussa.  Kansainvälisen terveyskortin hankki 21000 alankomaalaista ja 4100 saksalaista vakuutettua. 4000 alankomaalaista ja 800 saksalaista käytti kortin avulla rajat ylittäviä terveyspalveluja vuoden 2006 alkuun mennessä.	Sopimussairaloissa on hoidettu vuosittain noin 10000 elektiiivistä hoitoa tarvitsevaa alankomaalaista.  Toiminta jatkui edelleen vuoden 2006 alussa.

Lähteet: Anon. 2006a; Schemken & Wolf 2006, 52–53; Anon. 2006b; Anon. 2006c; Nebling & Schemken 2006, 150; Anon. 2006d.

Eurooppa potilaille -tutkimushanke sisältyi Euroopan komission kuudennen kehysohjelman (Sixht Framework Programme) politiikan tieteellinen tuki (scientific support to policies) osa-alueeseen. Koko Euroopan tasolla olivat tutkimuksen kohteina potilaiden liikkumisen lainsäädännölliset puitteet, käytössä olevat sopimusjärjestelyt sekä hoidon laadunvarmistus ja potilaiden informointi. Paikallisemmin haluttiin selvittää, minkälaisia rajat ylittävää hoitoa on olemassa. Projektiin kuului useita tapaustutkimuksia, joista yksi kohdistui rajat ylittävään sairaaloiden väliseen yhteistyöhön Ranskassa. (Rosenmöller ym. 2006, 4)

Thierachen alue sijaitsee Ranskan ja Belgian raja-alueella. Sen pinta-ala on noin 2800 km<sup>2</sup> ja asukasluku noin 150000. Alueella oli harvoja vaatimattomasti varustettuja sairaaloita ja riittämättömät kuljetusjärjestelmät. Koska alueen väestöllä on vahvat kulttuuriset yhteydet ja alueella on vähän liikkumista rajoittavia esteitä, on fyysinen raja vähitellen kadonnut. (Harant 2006, 159)

Terveydenhuollon alueella tehtävä yhteistyö käynnistettiin 1990-luvun puolivälissä. Yhteistyö perustui ajatukseen verkostosta, jossa pienet sairaalat täydentäisivät toinen

toistensa toimintaa. Yhteistyöhön osallistui seitsemän ranskalaista ja yksi belgialainen sairaala. Alueelle perustettiin vuonna 1996 yhteistyöfoorumi, jonka tavoitteena oli kar-  
toittaa yhteisiä tarpeita, tukea yhteistyöprojekteja, solmia virallisia sopimuksia ja toimia  
yhteisen päämäärän hyväksi. (Harant 2006, 160)

Yhteistyössä on toteutettu erilaisia käytännön hankkeita, kuten yhteiset ensihoitoyksi-  
köt, kuvansiirtoverkosto, teleradiologian ja neurokirurgian kuvapankki, yhteisten asian-  
tuntijoiden ja varusteiden käyttö sekä ammattilaisten vaihto. Monet edellä mainituista  
hankkeista ovat saaneet Interreg-ohjelmien tukea. Yhteistyötä on lisäksi tehty muun  
muassa kardiologian, kirurgian, endokrinologian, sädehoidon, verisuonikirurgian, pe-  
diatrian ja gynekologian erikoisaloilla. Monien erikoisalojen ammattilaiset kummallakin  
puolen rajaa ovat osallistuneet hankkeisiin lähettämällä potilaita rajan toiselle puolelle  
tai hoitamalla vastavuoroisesti toiselta puolen rajaa lähetettyjä potilaita. (Harant 2006,  
160)

Käytännön yhteistoimintaa on myöhemmin laajennettu palvelujen rahoittamiseen.  
Transcard-hankkeessa laajennettiin ranskalaisten ja belgialaisten sairausvakuutuskasso-  
jen korvausten kattavuus koskemaan koko Thierachen aluetta ja sallittiin siten potilai-  
den käyttää palveluja kummallakin puolen rajaa. Tämä tutkimusprojekti toteutettiin  
vuonna 1998 Euroopan komission rahoittamana. Sen jälkeen käynnistettiin vuonna  
2000 konkreettisesti hoidon vapaa vyöhyke (free zone of care). Potilaiden pääsyä koko  
alueen sairaaloihin helpotettiin sairausvakuutuskorttien vastavuoroisella tunnustamisel-  
la. Yhteen toimivien tietojärjestelmien ansiosta voivat ranskalaiset ja belgialaiset poti-  
laat saada sosiaaliturvakorteillaan hoitoa toisessa maassa ilman ennakkolupajärjestelyjä.  
(Harant 2006, 160)

Hankkeen tavoitteena oli optimoida olemassa olevien varusteiden ja ammattilaisten  
käyttö sekä edistää potilaiden hoitoon pääsyä ja parantaa hoidon laatua. Lisäksi oli ta-  
voitteena edistää olemassa olevien yksiköiden erikoistumista toisiaan täydentävillä alu-  
eilla sekä vahvistaa hoitotiimien yhteistyötä. Hanke osoittautui menestyksekkääksi vuo-  
sina 2002 ja 2003 tehtyjen arviointien mukaan. Vuonna 2004 esitettiin Transcard sopi-  
muksen laajentamista sekä itään että länteen kattamaan väestöltään noin 250000 asuk-  
kaan alueen. (Harant 2006, 160–161)

Mutta kehitettävääkin löytyi. Ranskan puolella sopimuksen oli allekirjoittanut vain yleinen kansallinen sairausvakuutuskassa, joten vain siihen kuuluvat potilaat saattoivat käyttää palveluja kummallakin puolella rajaa. Suurin osa alueen väestöstä oli kuitenkin viljelijöitä, joilla on oma sairausvakuutusrahastonsa. Artikkelin kirjoittamisen aikaan harkittiin Transcard -hankkeen laajentamista niin, että siihen osallistuisivat myös muut sairausvakuutuskassat. (Harant 2006, 161)

Glinos tutkijatovereineen (2006, 97–118) on tutkinut rahoittajien ja palvelun tuottajien välisiin sopimuksiin perustuvaa rajat ylittävää hoitoa Belgiassa. Myös tämä tutkimus oli yksi Eurooppa potilaille -tutkimushankkeen tapaustutkimuksista. Belgiassa hoidettujen ulkomaalaisten potilaiden määrä oli voimakkaassa kasvussa vuosituhannen vaihteessa. Erityisen runsaasti oli lisääntynyt hollantilaisten potilaiden hoito Belgian pohjoisosassa sijaitsevassa Flanderissa. (Glinos ym. 2006, 98)

Kohllin ja Deckerin oikeustapausten jälkeen kehottivat Alankomaiden viranomaiset sairausvakuutuskassoja tekemään sopimuksia vakuutettujen hoitamisesta ulkomaalaisten palvelun tuottajien kanssa. Vakuuttajat noudattivat virallista ohjetta ja solmivat sopimuksia belgialaisten sairaaloiden kanssa. Sopimuskumppanit olivat entuudestaan tuttuja aiemmin Zeeuws-Vlaanderenin ja Euregio Maas-Reinin alueilla toteutettujen hankkeiden ajoilta. Belgialaiset sairaalat olivat luonteva vaihtoehto sopimuskumppaniksi maiden maantieteellisen ja kielellisen läheisyyden vuoksi. (Glinos ym. 2006, 100–101)

Rahoittajat olivat sopineet belgialaisten sairaaloiden kanssa vakuuttamiensa potilaiden hoitamisesta. Belgian viranomaiset, jotka eivät olleet mukana näissä sopimuksissa, seurasivat huolestuneina kehitystä ja sen mahdollisia vaikutuksia. Rajat ylittävien sopimusten uskottiin lisäävän painetta nostaa Belgian tariffeja, mikäli ulkomaiset rahoittajat tarjoaisivat belgialaisille palvelun tuottajille korkeampia hintoja kuin kotimaiset rahoittajat. Pidettiin myös mahdollisena, että palvelun tuottajat asettaisivat ulkomaiset potilaat prioriteettiasemaan belgialaisten potilaiden edelle, mistä saattaisi aiheutua jonoja tiettyihin hoitoihin. (Glinos ym. 2006, 98)

Merkittävimpien alankomaalaisten vakuuttajien CZ:n ja OZ:n tilastojen mukaan hoidettiin belgialaisissa sairaaloissa sopimusperusteisesti lähes 26000 alankomaalaista potilasta vuosina 1999–2004. Lukuihin eivät sisälly muihin sairausvakuutuskassoihin kuuluvi-

en potilaiden saamat hoidot. Niihin eivät myöskään sisälly hoidot, jotka potilaat ovat hankkineet sopimuksen piiriin kuulumattomista sairaaloista saatuaan asetukseen (ETY) N:o 1408/71 perustuvan ennakkoluvan. (Glinos ym. 2006, 104)

Asetukseen (ETY) N:o 1408/71 perustuvan E112-järjestelmän puitteissa hoidettiin Belgiassa vuosina 1998–2003 yhteensä noin 92000 ulkomaalaista potilasta, joista alankomaalaisia oli noin 44500. Luvut eivät sisällä Euregio-/Interreg -hankkeiden puitteissa hoidettuja potilaita, joihin sovellettiin E112-järjestelmän kevennettyjä versioita. (Glinos ym. 2006, 104–105)

Alankomaiden lisäksi myös Britanniassa on ollut riittämättömästi tarjolla tiettyjä hoitoja. Britannian NHS alkoi purkaa hoitojonojaan ulkomaalisten sairaaloiden avustamana vuonna 2002. Se teki aluksi kokeilumielessä sopimuksia ranskalaisten ja saksalaisten sairaaloiden kanssa. Näiden kokeilujen jälkeen NHS haki yhteistyökumppaneita laajemmin koko Euroopan alueelta. (Glinos ym. 2006, 101)

Useat belgialaiset sairaalat täyttivät NHS:n asettamat kliiniset, liiketaloudelliset ja logistiset standardit. Britannian ja Belgian terveysministeriöt solmivat vuonna 2003 kehys-sopimuksen brittipotilaiden hoitamisesta belgialaisissa sairaaloissa. Varsinaiset sopimukset tehtiin Guy'n ja St Thomasin NHS rahastosaatiön (Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust) ja seitsemän belgialaisen sairaalan kesken. Sopimusten puitteissa tehtiin vuosina 2003 ja 2004 yhteensä 432 polvi- ja lonkkaleikkausta. (Glinos ym. 2006, 102–103)

Rajat ylittävä hoito toimii, jos siitä on jotain hyötyä kaikille osapuolille. Glinos (2006, 106–109) tutkijatovereineen on eritellyt tekijöitä, jotka ovat edistäneet sopimusperusteista hoitoa Belgiassa. Keskeisenä tekijänä ovat olleet Alankomaihin ja Britanniaan muodostuneet hoitojonot. Hoitojonot ovat merkki siitä, että kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä ei kykene tuottamaan väestön tarvitsemia terveyspalveluja. Väestön tyytymättömyyden kasvaessa ovat palvelujen järjestämisestä vastuussa olevat tahot pakotettuja etsimään ratkaisua hoitojonojen purkuun. Tällöin voi ulkomailta hankittu hoito tarjota ongelmaan nopeamman ratkaisun kuin pitkän aikavälin suunnittelua ja investointeja edellyttävä kansallisen järjestelmän laajentaminen. Ulkomailta hankitut palvelut lisäävät hoitoon pääsevien potilaiden määrää ja vapauttavat kansallisen järjestelmän

hoitokapasiteettia. Jos potilaille hankitaan ulkomailta pitkiä sairaalahoitajaksoja vaativia hoitoja, voidaan kansallisen järjestelmän puitteissa hoitaa enemmän potilaita, joiden hoito on kestoaltaan lyhyempää. (Glinos ym. 2006, 106)

Oma merkittävä osuutensa rajat ylittävien sopimusten käyttöönotossa on ollut potilailla, jotka ovat valinneet ulkomailla saatavan hoidon. Nopeampi hoitoon pääsy on motivoinut alankomaalaisia ja englantilaisia potilaita, joille hoito Belgiassa oli vaihtoehto pitkittyneelle odottamiselle kansallisen järjestelmän puitteissa. Alankomaalaisten, Belgian rajan läheisyydessä asuvien potilaiden liikkumista ovat voineet edistää myös kielelliset ja kulttuuriset yhteydet sekä Belgiaan matkustamisen tutuus. (Glinos ym. 2006, 108)

Rajat ylittäviä sopimuksia ovat edistäneet myös yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisut, joissa on kyse ulkomailla saadun hoidon kustannusten korvaamisesta. Tuomioistuimen ratkaisujen perusteella on potilaille annettava mahdollisuus tulla hoidetuksi ulkomailla, ellei kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä kykene tarjoamaan heille hoitoa ilman turhaa viivettä. (Glinos ym. 2006, 106–107)

Alankomaalaisten vakuuttajien keskinäinen kilpailu on kannustanut niitä taloudellisempaan toimintaan. Vakuuttajat ovat pyrkineet vähentämään kustannuksiaan ja miellyttämään vakuutettuja. Belgialaisten sairaaloiden kanssa solmitut sopimukset ovat olleet keino varmistaa vakuutetuille nopeampi ja halvempi hoito, joka on tasoltaan laadukasta. Belgian hinnat olivat jonkin verran alhaisempia kuin Alankomaissa, ja alankomaalaiset potilaat ovat arvostaneet Belgian teknisesti edistyksellistä ja korkealaatuista hoitoa. (Glinos ym. 2006, 107)

Kilpailua oli esiintynyt myös belgialaisten sairaaloiden kesken. Akuutin sairaanhoidon alalla oli sairaaloiden ylikapasiteettia. Monet sairaalat olivat olleet alikäytössä vähentyneiden hoitajaksojen vuoksi. Tästä aiheutui taloudellisia ongelmia, koska sairaalat eivät pystyneet kattamaan tuloillaan kiinteitä kustannuksiaan. Toimenpideperusteisen laskutuksen vuoksi oli sairaaloiden edun mukaista saada hoidettavikseen mahdollisimman paljon potilaita sekä kotimaasta että ulkomailta. Sairaalat kilpailivat palveluillaan esimerkiksi investoimalla erikoisosajiin tai kalliisiin laitteisiin. Investointikulut oli puolestaan mahdollista kattaa miellyttämällä ulkomaisia potilaita. Potilaiden lisääntyminen oli myös sairaalalääkäreiden taloudellisten intressien mukaista. Belgiassa maksettiin

lääkäreille toimenpidekohtaisia palkkioita. Heillä oli siten suora taloudellinen kannuste hoitaa enemmän potilaita ja lisätä sitä kautta tulojaan. (Glinos ym.2006, 107-108)

Rajat ylittäviä sopimuksia voidaan käyttää strategiana murretaessa kansallisia monopoleja. Mahdollisuus käyttää ulkomaalaisia palveluntarjoajia lisää kansallisten palveluntuottajien paineita tehostaa suorituskykyään tai alentaa hintojaan. Esimerkiksi Britannian NHS painosti rajat ylittävillä sopimuksillaan maansa yksityissektoria laskemaan NHS:n sopimushintoja. (Glinos ym. 2006, 108)

Terveysturvajärjestelmien erot ja toisiaan täydentävät piirteet voivat myös edistää rajat ylittävien sopimusten käyttöönottoa. Sekä Alankomaissa että Britanniassa oli terveydenhuollon kustannusten hillitseminen perustunut palvelutarjonnan rajoittamiseen. Belgiassa oli puolestaan kontrolloitu terveystuloja kysynnän kautta. Tämä oli ilmennyt esimerkiksi suhteellisen korkeina omavastuuosuuksina. Käytännöt olivat johtaneet tarjonnan vajaukseen Alankomaissa ja Britanniassa ja ylitarjontaan Belgiassa. Asetelma edisti rajat ylittävien sopimusten solmimista tilanteessa, jossa sopimuskompanit sijaitsivat lähellä toisiaan. (Glinos ym. 2006, 108)

Belgian tapaus herätti tutkijoissa (Glinos ym. 2006, 116) ristiriitaisia kysymyksiä. He pohtivat sitä, valitsevatko potilaat matkustamisen vapaaehtoisesti vai olosuhteiden pakosta, ja olisiko rajat ylittäviä potilasvirtoja pidettävä hyvänä vai huonona asiana. Potilaiden näkökulmasta näyttäisi olevan olennaista, että hoitoa on saatavilla lähellä kotia tutussa kulttuurisessa ympäristössä. Belgiassa onkin hoidettu tuhansittain Belgian ja Alankomaiden rajaseuduilla asuvia alankomaalaisia, mutta huomattavasti vähemmän muualla Alankomaissa asuvia kansalaisia. Jos lähin sairaala on rajan toisella puolella, saattavat rajaseutujen asukkaat valita sen hoitopaikakseen mieluummin kuin kauempana kodistaan sijaitsevan kotimaisen sairaalan. Sen sijaan kauempana rajalta asuvat ihmiset saattavat olla haluttomia matkustamaan, mutta joutuvat turvautumaan ulkomailta saatavaan hoitoon pitkien hoitokäyntien vuoksi.

Glinos (2006, 117) tutkijatovereineen pohtii edelleen, onko potilaiden lisääntynyt liikkuminen potilaiden mieltymysten ja valinnan seurausta, vai ovatko sitä edistäneet muiden toimijoiden intressit. Kuten edellä on käynyt ilmi, oli Belgian tapauksessa voimakkaita intressejä sekä terveysturvajärjestelmien rahoittajilla että tuottajilla. Rahoittajien on ollut

helpompaa ja nopeampaa purkaa hoitojonoja Belgiassa kuin lisätä palvelujen tarjontaa kansallista järjestelmää laajentamalla. Hankkimalla palveluja Belgiasta ovat rahoittajat lisäksi voineet painostaa oman maansa palvelun tuottajia parantamaan suorituskykyään ja alentamaan hintojaan. Belgian sairaaloiden keskinäinen kilpailu, sairaalapalvelujen ylituotanto sekä taloudelliset kannustimet ovat edistäneet ulkomaalaisten potilaiden hoitamista Belgiassa. Hoitamalla enemmän potilaita ovat sekä sairaalat että lääkärit voineet lisätä tulojaan.

Potilaiden liikkuminen on monitahoinen ilmiö. Potilaiden lisääntynyt liikkuminen on uskoakseni seurausta sekä potilaiden omista valinnoista että muiden toimijoiden intresseistä. Kuten Glinos (2006, 106) tutkijatovereineen totesi, rajat ylittävä terveydenhuolto toimii, jos siitä on jotain hyötyä kaikille osapuolille. Potilaat matkustavat, jos ulkomailta saatava hoito on jollain tavoin parempaa kuin kotimaassa. Matkustamiseen motivoivia tekijöitä ovat esimerkiksi nopeampi hoitoon pääsy ja halvempi hinta. Potilaiden lisäksi pitää myös palvelun tuottajien ja rahoittajien sekä vakuuttajien ja viranomaisten hyötyä rajat ylittävästä yhteistyöstä. Muuten he eivät osallistuisi potilaiden liikkumiseen liittyviin järjestelyihin.

Olen tässä alaluvussa pyrkinyt taustoittamaan tutkimukseni aineistona olevia oikeustapauksia kuvaamalla rajat ylittävää terveydenhuoltoa Luoteis-Euroopassa 1900-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa. Löytämäni tutkimuskirjallisuus viittaa siihen, että hoitojannot ja pitkittyneet hoitoon pääsyn odotusajat ovat olleet ainakin paikallisena ongelmana monessa maassa. Ongelma-alueilla on käynnistetty useita rajat ylittäviä yhteistyöhankkeita, joiden tavoitteena on ollut helpottaa hoitoon pääsyä naapurimaassa. Potilaita suoraan rohkaistiin hakeutumaan hoitoon ulkomaille.

Tarkastelemani kirjallisuuden perusteella on EU:lla ollut merkittävä rooli rajat ylittävää yhteistyötä edistävien hankkeiden ja rajat ylittävään terveydenhuoltoon kohdistuvien tutkimusten rahoittajana. Mittavia EU:n rahoittamia tutkimushankkeita toteutettiin vuosien 2004–2007 aikana. EU:n poliittiset päättäjät ja komissio tarvitsivat tuolloin tietoa ja näyttöä EU:n poliittiselle agendalle nostetusta rajat ylittävästä terveydenhuollosta. (Suñol, Garel & Jacquerye 2009, i3; Wismar, Palm, van Ginneken, Busse, Ernst & Figueras 2011, 6–7)

## 2.2 Rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvä lainsäädäntö

Henkilön oikeus saada hoitoa toisessa jäsenvaltiossa sekä hoidosta aiheutuvat kustannukset ja kustannusten korvaukset ovat keskeisiä kysymyksiä rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Niistä säädetään EU:ssa seuraavilla säädöksillä:

- Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 883/2004, annettu 29 päivänä huhtikuuta 2004, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta (EUVL L 166, 30.4.2004), jäljempänä sosiaaliturva-asetus
- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9 päivänä maaliskuuta 2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa (EUVL L 88, 4.4.2011), jäljempänä potilasdirektiivi

Sosiaaliturva-asetus tuli voimaan 20.5.2004. Sitä on voitu soveltaa 1.5.2010 lähtien, jolloin sen täytäntöönpanoasetus tuli voimaan (EUVL L 284, 30.10.2009, 31). Uudella asetuksella korvattiin asetus (ETY) N:o 1408/71, jolla sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen oli toteutettu vuonna 1971. Aikaisempaa asetusta oli muutettu useita kertoja muun muassa yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisujen sisällyttämiseksi siihen. Muutosten vuoksi monimutkaistuneet yhteensovittamissäännöt haluttiin yksinkertaistaa uudella asetuksella. (Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen, tiivistelmä 2012, 5)

Tämän tutkielman tutkimusaineistona olevissa oikeustapauksissa sovellettiin vielä vanhaa asetusta (ETY) N:o 1408/71. Sen 22 artikla (liite 1) on tutkielman kannalta keskeinen säännös. 22 artiklassa taataan potilaalle, jolle toimivaltainen laitos on antanut luvannut hoitoon toisen jäsenvaltion alueelle, oikeus saada luontoisetuuksia oleskelupaikan laitokselta toimivaltaisen laitoksen lukuun. Lisäksi siinä yksilöidään ne tilanteet, joissa toimivaltainen laitos ei voi evätä haettua lupaa.

Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisen tarkoituksena on helpottaa kansalaisten vapaata liikkuvuutta ja varmistaa, että eri jäsenvaltioista lähtöisin olevat työntekijät saavat yhdenvertaisen kohtelun ja sosiaaliturvaetuudet asuin- tai työskentelypaikasta riippumatta. Sosiaaliturva-asetuksen säännökset koskevat kaikkia tavanomaisia sosiaalitur-



van kohteita, joihin sisältyvät myös sairaanhoitoetuudet. (Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen, tiivistelmä 2012, 1–5)

Sosiaaliturva-asetuksessa säädetään erilaisista tilanteista, joissa vakuutetuilla on oikeus saada hoitoa muussa kuin toimivaltaisessa jäsenvaltiossa. Henkilö voi asua muussa kuin toimivaltaisessa jäsenvaltiossa tai sairastua siellä tilapäisen oleskelunsa aikana. Lisäksi henkilö voi matkustaa toiseen jäsenvaltioon saadakseen siellä tilansa edellyttämää hoitoa. Tällöin hänen on haettava siihen lupa toimivaltaiselta laitokselta. Lupa on myönnettävä, jos hoito kuuluu henkilön asuinjäsenvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin, mutta sitä ei voida antaa hänelle lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa. (EUVL L 166, 30.4.2004, 17, 19–20 artikla)

Kaikissa edellä kuvatuissa tilanteissa on vakuutetuilla oikeus luontoisetuuksiin, jotka antaa toimivaltaisen laitoksen puolesta asuin- tai oleskelupaikan laitos. Etuudet annetaan asuin- tai oleskelupaikan lainsäädännön mukaisesti, ikään kuin asianomaiset henkilöt olisivat vakuutettuja kyseisen lainsäädännön mukaisesti. (EUVL L 166, 30.4.2004, 17, 19–20 artikla) Toisin sanoen henkilö maksaa saamastaan hoidosta saman asiakasmaksun kuin asuin- tai oleskelujäsenvaltion asukas. Hoidosta aiheutuneet todelliset hoitokustannukset maksaa hoitoa antaneelle valtiolle se valtio, joka vastaa henkilön sairaanhoidon kustannuksista. (STM 2013, 7)

Käyttäessään sairaanhoitoetuuksiaan toimivaltaisen jäsenvaltionsa ulkopuolella tulee vakuutetun esittää terveystietojen tarjoajalle asiakirja, josta käy ilmi hänen oikeutensa näihin etuuksiin (EUVL L 284, 30.10.2009, 25 artikla, 1. ja 2. mom., 26 artikla, 1. mom.). Asiakirjat ovat nykyisin niin sanottuja esitettäviä asiakirjoja, joilla on korvattu aiemmat E-lomakkeet. Sosiaaliturvalaitosten välinen tietojenvaihto on tarkoitus hoitaa sähköisesti 1.5.2014 alkaen. Siirtymävaiheen aikana ja vielä siirtymävaiheen jälkeenkin käytetään esitettäviä asiakirjoja, jotka ovat sähköisten asiakirjojen paperiversioita. Esitettävät asiakirjat otettiin käyttöön 1.5.2010 lukuun ottamatta eurooppalaista sairaanhoidokorttia, joka on ollut käytössä jo vuodesta 2004 lähtien. (Euroopan komissio 2013, 1)

Eurooppalainen sairaanhoidokortti (entinen E111-lomake) on yksi esitettävistä asiakirjoista. Vakuutettu voi sen avulla todistaa oikeutensa välttämättömään hoitoon tilapäisen oleskelunsa aikana toisessa jäsenvaltiossa sekä Islannissa, Liechtensteinissa, Norjassa ja

Sveitsissä. Henkilö, joka asuu jossain muussa maassa, kuin missä hän on vakuutettu, voi rekisteröityä asuinmaassaan sairaanhoitoa varten S1-lomakkeella (mm. entinen E121-lomake). S1-lomaketta tarvitsevat esimerkiksi ulkomaille muuttaneet eläkeläiset. Päätäkseen ennalta suunniteltuun hoitoon ulkomaille tarvitsee vakuutettu S2-lomakkeen (entinen E112-lomake), joka haetaan sairausvakuutuslaitoksesta kuten muutkin esitettävät asiakirjat. Myös S-lomakkeet pätevät eurooppalaisen sairaanhoitokortin tapaan EU:n jäsenvaltioissa sekä Islannissa, Liechtensteinissa, Norjassa ja Sveitsissä. (Euroopan komissio 2012, 1–2)

Potilasdirektiivi tuli voimaan 24.4.2011, ja jäsenvaltioiden on pitänyt panna se täytäntöön kansallisessa lainsäädännössään viimeistään 25.10.2013 (EUVL L 88, 4.4.2011, 21 artikla). Direktiivi koostuu viidestä luvusta, joihin sisältyvät yleiset säännökset sekä säännökset jäsenvaltioiden velvollisuuksista, rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisesta ja yhteistyöstä terveydenhuollon alalla sekä täytäntöönpano- ja loppusäännökset.

Rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvät jäsenvaltioiden velvollisuudet korostuvat direktiivin säännöksissä enemmän kuin potilaiden oikeudet. Potilaiden näkökulmasta katsottuna näyttäytyvät jäsenvaltioiden velvollisuudet kuitenkin heidän oikeuksinaan. Esitän seuraavaksi tiivistetyn yhteenvedon potilaiden oikeuksista ja jäsenvaltioiden velvollisuuksista rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Yksityiskohtaisempi kuvaus direktiivin säännöksistä on luettavissa taulukossa 2, jonka pohjalta tiivistetty yhteenvedo on tehty.

Potilaalla on oikeus käyttää terveystalvveluja toisessa EU-valtiossa. Jos kyseessä oleva terveydenhuolto kuuluu niihin etuuksiin, joihin potilas on oikeutettu kotimaassaan, on hänellä myös oikeus saada korvaus aiheutuneista kustannuksista oman maansa sosiaali-turvajärjestelmästä. Rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisen edellytksenä ei periaatteessa voi pitää ennakkolupaa. Ennakkolupaa voidaan kuitenkin vaatia terveydenhuollolta, joka edellyttää suunnitteluvaatimuksia ja potilaan yöpymistä sairaalassa tai pitkälle erikoistunutta ja kallista lääketieteellistä infrastruktuuria tai laitteistoa. Vakuutusjäsenvaltion on myönnettävä ennakkolupa, jos hoitoa ei voida tarjota sen alueella lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa.

Jäsenvaltioiden on nimettävä rajat ylittävää terveydenhuoltoa varten yksi tai useampi kansallinen yhteyspiste. Kansallisten yhteyspisteiden tehtävänä on helpottaa rajat ylittävään hoitoon hakeutumista ja potilaiden tietoon perustuvaa valintaa. Lisäksi niiden on helpotettava tietojen vaihtoa sekä tehtävä yhteistyötä toistensa ja komission kanssa.

Hoitojäsenvaltion velvollisuuksiin kuuluu varmistaa, että potilaat saavat kansallisesta yhteyspisteestä muun muassa tiedot hoidon laatua ja turvallisuutta koskevista vaatimuksista sekä hoidon tarjoajien valvontaa ja arviointia koskevista säännöksistä. Lisäksi on varmistettava, että potilaiden käytössä on valitusmenettelyjä, potilaat saavat tutustua potilasasiakirjoihinsa ja että muista jäsenvaltioista tuleviin potilaisiin sovelletaan syrjinnän kieltämistä koskevaa periaatetta.

Vakuutusjäsenvaltion on varmistettava, että rajat ylittävä terveydenhuolto korvataan direktiivin kolmannen luvun mukaisesti. Lisäksi sen on varmistettava, että potilaat saavat kansallisesta yhteyspisteestä tiedot rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvistä oikeuksistaan. Rajat ylittävään terveydenhuoltoon hakeutuvilla potilailla on oikeus tutustua potilasasiakirjoihinsa ja saada tarvittaessa jatkohoitoa.

Taulukko 2. Potilasdirektiivin sisältö luvuittain ja artikloittain

Luku, sisältö	Keskeinen sisältö artikloittain
I LUKU	1 artikla; direktiivin kohde ja soveltamisala
Yleiset säännökset	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direktiivin tarkoituksena on vahvistaa säännöt turvallisen ja laadukkaan terveydenhuollon saatavuuden helpottamiseksi ja edistää terveydenhuoltoa koskevaa yhteistyötä jäsenvaltioiden välillä.</li> <li>▪ Direktiiviä sovelletaan rajat ylittävään terveydenhuoltoon riippumatta siitä, miten se on järjestetty, tuotettu tai rahoitettu.</li> <li>▪ Direktiiviä ei sovelleta pitkäaikaishoitoon, jonka tarkoituksena on tukea päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevia henkilöitä. Soveltamisalaan eivät kuulu myöskään elinsiirtoja varten tapahtuva elinten luovutus ja saatavuus eivätkä jonkin jäsenvaltion alueella toteutettavat julkiset rokotusohjelmat.</li> <li>▪ Direktiivi vaikuttaa jäsenvaltioiden lainsäädäntöön ainoastaan rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvissä tilanteissa.</li> </ul>
	2 artikla; suhde muihin unionin säännöksiin
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direktiiviä sovelletaan rajoittamatta lukuisten muiden säädösten, kuten esimerkiksi sosiaaliturva-asetuksen soveltamista.</li> </ul>
	3 artikla; määritelmät
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terveydenhuollolla tarkoitetaan terveystalvueluita, joita terveydenhuollon ammattihenkilö antaa potilaalle hänen terveydentilansa arvioimiseksi, ylläpitämiseksi tai palauttamiseksi. Terveystalvueluihin luetaan mukaan lääkkeiden ja lääkinnällisten laitteiden määrääminen, toimittaminen ja tarjoaminen.</li> <li>▪ Vakuutusjäsenvaltiolla tarkoitetaan jäsenvaltiota, joka on toimivaltainen myöntämään vakuutetulle ennakkoluvan saada hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella sosiaaliturva-asetuksen mukaisesti.</li> <li>▪ Hoitojäsenvaltiolla tarkoitetaan jäsenvaltiota, jonka alueella terveydenhuolto tarjotaan potilaalle. Etälääketieteen yhteydessä katsotaan terveydenhuolto tar-</li> </ul>

Luku, sisältö	Keskeinen sisältö artikloittain
	<p>jotun siinä jäsenvaltiossa, johon terveydenhuollon tarjoaja on sijoittautunut.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rajat ylittävällä terveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuoltoa, joka on tarjottu tai määrätty muussa jäsenvaltiossa kuin vakuutusjäsenvaltiossa.</li> </ul>
<p>II LUKU</p> <p>Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevat jäsenvaltioiden velvollisuudet</p>	<p>4 artikla; hoitojäsenvaltion vastuu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rajat ylittävää terveydenhuoltoa on tarjottava jäsenvaltion lainsäädännön mukaisesti, hoitojäsenvaltion määrittämien laatua ja turvallisuutta koskevien vaatimusten mukaisesti sekä turvallisuusvaatimuksia koskevan unionin lainsäädännön mukaisesti.</li> <li>▪ Hoitojäsenvaltion on varmistettava, että <ul style="list-style-type: none"> <li>- potilaat saavat kansallisesta yhteyspisteestä pyynnöstä tiedot hoidon laatua ja turvallisuutta koskevista vaatimuksista, terveydenhuollon tarjoajien valvontaa ja arviointia koskevista säännöksistä sekä siitä, mihin terveydenhuollon tarjoajiin vaatimuksia sovelletaan. Kansallisten yhteyspisteiden on lisäksi annettava potilaille tiedot siitä, onko vammaisilla henkilöillä esteetön pääsy sairaaloihin.</li> <li>- terveydenhuollon tarjoajat antavat tiedot sen alueella tarjottavan terveydenhuollon saatavuudesta, laadusta ja turvallisuudesta. Lisäksi on varmistettava, että ne antavat selkeät laskut ja selkeät tiedot hinnoistaan sekä luvastaan tai rekisteröitymisestään ja vakuutusturvastaan.</li> <li>- potilaiden käytössä on valitusmenettelyjä ja että sen alueella annettavaa hoitoa varten on käytössä ammatilliset vastuuvakuutusjärjestelmät. Varmistettava on myös, että potilastietoja käsitellään kansallisten henkilötietojen suojaa koskevien säännösten mukaisesti. Potilaalla on oikeus kirjalliseen tai sähköiseen potilasasiakirjaan ja oikeus tutustua ainakin sen jäljennökseen.</li> <li>- Muista jäsenvaltioista tuleviin potilaisiin on sovellettava kansalaisuuden perustuvan syrjinnän kieltämistä koskevaa periaatetta. Tämän rajoittamatta, on hoitojäsenvaltiolla kuitenkin mahdollisuus toteuttaa hoidon saatavuutta koskevia toimenpiteitä, kun se on perusteltua yleistä etua koskevista pakottavista syistä. Toimenpiteiden tarkoituksena on varmistaa riittävä ja pysyvä terveydenhuollon saatavuus hoitojäsenvaltiossa. Muista jäsenvaltioista tuleviin potilaisiin on sovellettava samaa maksutaulukkoa kuin kotimaisiin potilaisiin. Vertailukelpoisen hinnan puuttuessa on oltava käytössä puolueettomin ja syrjimättömin perustein laskettu hinta.</li> </ul> </li> </ul> <p>5 artikla; vakuutusjäsenvaltion vastuut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vakuutusjäsenvaltion on varmistettava, että <ul style="list-style-type: none"> <li>- rajat ylittävä terveydenhuolto korvataan direktiivin kolmannen luvun mukaisesti.</li> <li>- potilaat saavat kansallisesta yhteyspisteestä pyynnöstä tiedot rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvistä oikeuksistaan. Oikeuksista tiedotettaessa on tehtävä selvä ero potilasdirektiiviin ja sosiaaliturva-asetukseen perustuvien oikeuksien välillä.</li> <li>- rajat ylittävään terveydenhuoltoon hakeutuvat potilaat voivat tutustua potilasasiakirjoihinsa ja saavat tarvittaessa jatkohoitoa.</li> </ul> </li> </ul> <p>6 artikla; rajat ylittävän terveydenhuollon kansalliset yhteyspisteet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jäsenvaltioiden on nimettävä rajat ylittävää terveydenhuoltoa varten yksi tai useampi kansallinen yhteyspiste. Kansallisten yhteyspisteiden tehtävänä on helpottaa rajat ylittävään hoitoon hakeutumista ja potilaiden tietoon perustuvaa valintaa. Niiden on helpotettava tietojen vaihtoa sekä tehtävä yhteistyötä toistensa ja komission kanssa.</li> </ul>
<p>III LUKU</p> <p>Rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaaminen</p>	<p>7 artikla; kustannusten korvaamisen yleiset periaatteet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vakuutusjäsenvaltion on varmistettava rajat ylittävää terveydenhuoltoa saavalle vakuutetulle aiheutuneiden kustannusten korvaaminen. Korvauksen edellytyksenä on, että kyseessä oleva terveydenhuolto kuuluu niihin etuuksiin, joihin vakuutettu on oikeutettu vakuutusjäsenvaltiossa.</li> <li>▪ Vakuutusjäsenvaltio määrittää, minkälaisesta terveydenhuollosta vakuutetulla on oikeus saada korvausta. Se määrittää myös korvauksen tason, riippumatta siitä, missä terveydenhuolto tarjotaan. Korvaus määräytyy aina vakuutusjäsenvaltion korvaussääntöjen mukaisena.</li> <li>▪ Rajat ylittävän terveydenhuollon kustannukset on korvattava enintään siihen</li> </ul>

Luku, sisältö	Keskeinen sisältö artikloittain
	<p>määrään saakka, jonka vakuutusjäsenvaltio olisi korvannut, jos kyseinen terveydenhuolto olisi tarjottu sen alueella. Korvaus ei kuitenkaan saa ylittää saadun terveydenhuollon tosiasiallisia kustannuksia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvien matka- ja majoituskustannusten korvaaminen on vakuutusjäsenvaltion harkittavissa. Liitännäiskustannukset maksetaan vakuutusjäsenvaltion kansallisen lainsäädännön mukaisesti. Korvauserusteiden tulee olla yhdenvertaiset vakuutusjäsenvaltion alueella ja rajat ylittävän terveydenhuollon osalta.</li> <li>▪ Yleisenä periaatteena on, että rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisen edellytyksenä ei voi pitää ennakkolupaa. Vakuutusjäsenvaltio voi kuitenkin rajoittaa rajat ylittävän terveydenhuollon korvaamista koskevien sääntöjen soveltamista yleistä etua koskevista pakottavista syistä.</li> </ul> <p>8 artikla; mahdollista ennakkolupaa edellyttävä terveydenhuolto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ennakkolupaa voidaan vaatia sellaiselta terveydenhuolloilta, joka edellyttää suunnitteluvaatimuksia ja potilaan yöpymistä sairaalassa tai pitkälle erikoistunutta ja kallista lääketieteellistä infrastruktuuria tai laitteistoa. Suunnitteluvaatimukset liittyvät hoidon riittävän saatavuuden varmistamiseen ja kustannusten hallintaan. Ennakkolupaa voidaan vaatia myös silloin, jos hoidosta aiheutuu potilaille tai väestölle erityinen riski, tai jos hoidon tarjoaja voisi aiheuttaa vakavaa huolta hoidon laadusta tai turvallisuudesta.</li> <li>▪ Jäsenvaltioiden on ilmoitettava komissiolle ne terveydenhuollon luokat, joihin se soveltaa ennakkolupajärjestelmää suunnitteluvaatimusten vuoksi.</li> <li>▪ Ennakkolupahakemuksen yhteydessä on varmistettava, täyttyvätkö sosiaaliturva-asetuksessa säädetyt ennakkoluvan edellytykset. Jos nämä edellytykset täyttyvät, on ennakkolupa myönnettävä sosiaaliturva-asetuksen nojalla, jollei potilas pyydä toisin.</li> <li>▪ Vakuutusjäsenvaltion on myönnettävä ennakkolupa, jos potilas on oikeutettu saamaan hakemaansa hoitoa, ja kun hoitoa ei objektiivisen lääketieteellisen arvioinnin perusteella voida tarjota sen alueella hyväksyttävässä määräajassa.</li> <li>▪ Vakuutusjäsenvaltio voi kieltäytyä myöntämästä ennakkolupaa, jos hoito voidaan tarjota potilaille sen alueella lääketieteellisesti hyväksyttävässä määräajassa. Vakuutusjäsenvaltio voi kieltäytyä myöntämästä ennakkolupaa myös seuraavista syistä. Hoitoon liittyy kohtuullisen varmasti potilasturvallisuusriski, suureen yleisöön kohdistuu hoidon vuoksi merkittävä turvallisuusvaara tai hoidon tarjoaja aiheuttaa vakavaa huolta hoidon laadusta ja turvallisuudesta.</li> </ul> <p>9 artikla; rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevat hallinnolliset menettelyt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jäsenvaltioiden on varmistettava, että rajat ylittävän terveydenhuollon käyttöä ja korvauksia koskevat päätökset annetaan kohtuullisessa määräajassa. Päätösten tulee olla asianmukaisesti perusteltuja ja niistä on oltava muutoksenhakumahdollisuus. Päätökset on myös voitava riitauttaa tuomioistuimenmenettelyssä.</li> </ul>
<p>IV LUKU</p> <p>Yhteistyö terveydenhuollon alalla</p>	<p>10 artikla; keskinäinen avunanto ja yhteistyö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jäsenvaltioiden on annettava toisilleen täytäntöön panemisessa tarvittavaa keskinäistä apua ja helpotettava rajat ylittävän terveydenhuollon tarjoamista koskevaa yhteistyötä alueellisella ja paikallisella tasolla.</li> <li>▪ Hoitojäsenvaltioiden on varmistettava, että muiden jäsenvaltioiden viranomaiset saavat pyynnöstä tiedon rekisteriin kirjattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeudesta ammatinharjoittamiseen. Tiedot vaihdetaan sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmän välityksellä.</li> </ul> <p>11 artikla; toisessa jäsenvaltiossa annettujen reseptien tunnustaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jäsenvaltion tulee varmistaa, että sen alueella voidaan käyttää toisessa jäsenvaltiossa annettua lääkemääräystä, jos kyseisellä lääkkeellä on myyntilupa sen alueella. Toisessa jäsenvaltiossa annetun lääkemääräyksen käyttöä voidaan rajoittaa ainoastaan, jos se on syrjimätöntä sekä välttämätöntä ja oikeasuhteista ihmisten terveyden turvaamiseksi, tai jos rajoitus pohjautuu perusteltuihin epäilyksiin lääkemääräyksen aitoudesta, sisällöstä tai ymmärrettävyydestä.</li> <li>▪ Komissio laati ei-kattavan luettelon seikoista, joiden on sisällyttävä resepteihin ja antaa sähköisten reseptien yhteen toimivuuden kehittämisessä noudatettavat suuntaviivat. Lisäksi komissio toteuttaa toimenpiteet, joilla helpotetaan lääkkeiden ja lääkinnällisten laitteiden oikeaa tunnistamista ja potilaille suun-</li> </ul>

Luku, sisältö	Keskeinen sisältö artikloittain
	<p>nattujen tietojen ymmärrettävyyttä.</p> <p>12–15 artiklat; eurooppalaiset osaamisverkostot, harvinaiset sairaudet, sähköiset terveyspalvelut ja terveysteknologian arviointia koskeva yhteistyö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 12–15 artikloissa säädetään vapaaehtoiseen osallistumiseen pohjautuvista verkostoista sekä siitä, miten komissio ja unioni tukevat niiden perustamista, toimintaa ja kehittämistä. Verkostojen avulla pyritään hyödyntämään Euroopan laajuisen yhteistyön mahdollisuudet pitkälle erikoistuneen terveydenhuollon, harvinaisten sairauksien, sähköisten terveyspalvelujen ja terveysteknologian arvioinnin osalta. (EUVL L 88, 12–15 artiklat)</li> </ul>
V LUKU Täytäntöönpano- ja loppusäännökset	<p>16 artikla; komitea</p> <p>17 artikla; siirretyn säädösvallan käyttäminen</p> <p>18 artikla; säädösvallan siirron peruuttaminen</p> <p>19 artikla; delegoitujen säädösten vastustaminen</p> <p>20 artikla; kertomukset</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Komissio laatii viimeistään 25.10.2015 kertomuksen potilasdirektiivin toiminnasta. Tämän jälkeen Euroopan parlamentille ja neuvostolle toimitettava kertomus laaditaan joka kolmas vuosi. Kertomuksessa on oltava tiedot potilasvirroista ja potilaiden liikkuvuuden rahoitusnäkökohdista sekä rajat ylittävän terveydenhuollon korvaamisen rajoittamisesta ja ennakkolupaa edellyttävää terveydenhuoltoa koskevien säännösten toimeenpanosta. Kertomuksessa on oltava myös tiedot eurooppalaisten osaamiskeskusten ja kansallisten yhteyspisteiden toiminnasta.</li> <li>▪ Komissio laatii arvioinnin jäsenvaltioissa käyttöön otetuista järjestelmistä ja käytännöistä. Jäsenvaltioiden on annettava komissiolle kaikki kertomuksen ja arvioinnin valmisteleminen vaadittavat tiedot.</li> </ul> <p>21 artikla; saattaminen osaksi kansallista lainsäädäntöä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jäsenvaltioiden on pitänyt panna direktiivi täytäntöön kansallisessa lainsäädännössään viimeistään 25.10.2013.</li> </ul> <p>22 artikla; voimaantulo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direktiivi on tullut voimaan kahdentenäksikymmentenä päivänä sen jälkeen, kun se on julkaistu Euroopan unionin virallisessa lehdessä.</li> </ul> <p>23 artikla; osoitus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direktiivi on osoitettu kaikille jäsenvaltioille.</li> </ul>

Lähteet: EUVL L 88, 4.4.2011; STM 2013, 13–18.

Olen tarkastellut tässä alaluvussa rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvää unionin lainsäädäntöä. Rajat ylittävän terveydenhuollon käytöstä ja sen korvaamisesta säädetään sosiaaliturva-asetuksessa ja potilasdirektiivissä. Sosiaaliturva-asetukseen perustuvat potilaan oikeudet ovat erilaiset kuin potilasdirektiiviin perustuvat oikeudet. Potilaan kannalta ei siis ole yhdentekevää, kumpaa säädöstä hänen saamaansa hoitoon sovelletaan. Kuvaan esimerkkinä tilannetta, jossa henkilö hakeutuu ennalta suunniteltuun hoitoon toiseen jäsenvaltioon.

Sovellettaessa sosiaaliturva-asetusta tulee henkilön hakea sairausvakuutuslaitokseltaan ennakkolupa hoidon kuluista vastaamiselle. Luvan saatuaan hän voi todistaa hoidon tarjoajalle oikeutensa sairaanhoitoetuksiin S2-lomakkeella. Tällöin hän maksaa hoidosta saman asiakasmaksun kuin hoitovaltion asukkaat, ja hänen asuinvaltionsa (= va-

kuutusjäsenvaltio) maksaa todelliset hoitokustannukset hoidon antaneelle valtiolle. Sosiaaliturva-asetuksen säännöksiin ei sisälly matka- ja majoituskustannusten korvauksia.

Sovellettaessa potilasdirektiiviä poikkeavat käytännöt edellä kuvatusta. Toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannusten korvaaminen ei pääsääntöisesti edellytä ennakkolupaa. Jäsenvaltio voi ottaa käyttöön ennakkolupajärjestelmän, mutta se voi vaatia ennakkolupaa vain direktiivissä säädettyjen hoitojen osalta. Henkilö maksaa kaikki hoidon kustannukset ja hakee jälkikäteen korvausta sairausvakuutuslaitokseltaan. Korvauksen saamisen edellytyksenä on, että kyseinen hoito kuuluu niihin etuuksiin, joihin hänellä on oikeus asuinvaltiossaan. Hoitokulut sekä matka- ja majoituskulut korvataan henkilön asuinvaltion korvaussääntöjen mukaisina.

### **2.3 Unionin tuomioistuin unionin oikeuden tulkitsijana**

Euroopan hiili- ja teräsyhteisön tuomioistuin, sittemmin Euroopan yhteisöjen tuomioistuin, perustettiin vuonna 1952. Sen tehtävänä on perustamisesta lähtien ollut varmistaa, että yhteisön oikeutta noudatetaan ja sovelletaan kaikissa jäsenvaltioissa yhdenmukaisesti, sekä ratkaista oikeuden soveltamisesta aiheutuneet riidat. (Curia 2011a) EU:n oikeus koostuu primäärioikeudesta ja sen perusteella asetetusta sekundaarisesta eli johdetusta oikeudesta. Primäärioikeus koostuu perustamissopimuksista muutoksineen ja lisäyksineen sekä liittymissopimuksista. Johdettu oikeus puolestaan koostuu asetuksista, direktiiveistä ja päätöksistä. (Ojanen 1998, 175) Asetuksia sovelletaan sellaisenaan kaikissa jäsenvaltioissa, ja ne sitovat kaikkia jäsenvaltioita heti voimaan tultuaan. Direktiivit puolestaan ovat lainsäädäntöohjeita, jotka edellyttävät täytäntöönpanoa kansallisessa lainsäädännössä tietyssä määräajassa. Kansalliset viranomaiset voivat valita täytäntöönpanon muodot ja keinot. Päätökset eivät ole yleistä lainsäädäntöä, vaan velvoittavat ai-noastaan niitä, joille ne on osoitettu. (Ruonala 2010, 57)

Euroopan rakentamisprosessin edistyminen ja uusien jäsenvaltioiden mukaantulo lisäsivät käsiteltävien kanteiden määrää, mikä johti uuden oikeusasteen perustamiseen. Euroopan yhteisöjen ensimmäisen oikeusasteen tuomioistuin perustettiin vuonna 1988. Vuonna 2004 perustettiin kolmas tuomioistuin, Euroopan unionin virkamiestuomioistuin. (Curia 2007) Tuomioistuinten nimet muuttuivat Lissabonin sopimuksen astuessa

voimaan. Nykyinen Euroopan unionin tuomioistuimien koostuu kolmesta tuomioistuimesta: unionin tuomioistuimesta, unionin yleisestä tuomioistuimesta ja virkamiestuomioistuimesta (Curia 2014a, 1). Olen koonnut alla olevaan taulukkoon tuomioistuinten kokoonpanot ja toimivallat.

TAULUKKO 3. EU:n tuomioistuimet sekä niiden kokoonpano ja toimivalta

Tuomioistuin	Kokoonpano	Toimivalta
Unionin tuomioistuin	28 tuomaria (yksi jokaisesta jäsenvaltiosta) ja 9 julkisasiamiestä jotka nimitetään jäsenvaltioiden hallitusten yhteisellä sopimuksella, toimikausi on kuusi vuotta	<p>Ennakkoratkaisumenettely kansallisten tuomioistuinten pyynnöstä</p> <p>Jäsenyysvelvoitteiden noudattamista jättämistä koskeva kanne; kantajana komissio tai toinen jäsenvaltio</p> <p>Kumoamiskanne; jäsenvaltioiden kanteet parlamentin tai neuvoston päätösten kumoamiseksi tai unionin toimielimen kanne toisen toimielimen päätöksen kumoamiseksi</p> <p>Laiminlyöntikanne; jäsenvaltioiden tai toisen toimielimen nostama kanne unionin toimielintä vastaan</p> <p>Muutoksenhaku (oikeuskysymyksen osalta); unionin yleisen tuomioistuimen ratkaisuja koskevat valitukset</p> <p>Uudelleentarkastelu; unionin yleisen tuomioistuimen unionin henkilöstöä koskevista päätöksistä nostetut kanteet</p>
Unionin yleinen tuomioistuin	28 tuomaria (yksi jokaisesta jäsenvaltiosta), jotka nimitetään jäsenvaltioiden hallitusten yhteisellä sopimuksella, toimikausi on kuusi vuotta	<p>Luonnollisten ja oikeushenkilöiden nostamat kanteet unionin toimielinten, muiden elinten ja laitosten toimia tai laiminlyöntiä vastaan</p> <p>Jäsenvaltioiden komissiota vastaan nostamat kanteet</p> <p>Jäsenvaltioiden neuvostoa vastaan nostamat kanteet (koskien valtioneuvostoa, kauppaa suojaavia toimenpiteitä tai täytäntönnäkötoimivallan harjoittamista)</p> <p>Kanteet unionin toimielinten ja niiden henkilöstön aiheuttamien vahinkojen korvaamiseksi</p> <p>EU:n tekemiin sopimuksiin liittyvät kanteet, kun sopimuksissa viitataan yleisen tuomioistuimen toimivaltaan</p> <p>Yhteisön tavaramerkkiä koskevat kanteet</p> <p>Virkamiestuomioistuimen ratkaisuja koskevat valitukset (oikeuskysymysten osalta)</p> <p>Yhteisön kasvilajikeviraston tai Euroopan kemikaaliviraston päätöksistä nostetut kanteet</p>
Virkamies-tuomioistuin	7 tuomaria, jotka neuvosto nimittää, toimikausi on kuusi vuotta	<p>EU:n ja sen henkilöstön väliset riidat</p> <p>Eurojustin, Europolin, Euroopan investointipankin ja sisämarkkinoiden harmonisointiviraston henkilöstöä koskevat riidat</p>

Lähteet: Curia 2014b, 1–2, Curia 2014c, 1–2, Curia 2014d, 1; Ruonala 2010, 45–46.



Tutkielmani dokumenttiaineiston muodostavat oikeustapaukset kuuluvat ennakkoratkaisumenettelyn piiriin. Kuten edellä olevasta taulukosta käy ilmi, on unionin tuomioistuin nykyisin toimivaltainen tuomioistuin ennakkoratkaisumenettelyssä. Ennen Lissabonin sopimuksen voimaan astumista kuuluivat ennakkoratkaisut yhteisöjen tuomioistuimen, toimivaltaan (Curia 2007, 3). Unionin tuomioistuin toimii erilaisissa kokoonpanoissa. Täysistunnossa ja 15 tuomarin muodostamassa suuressa jaostossa käsitellään tuomioistuimen poikkeuksellisen merkittävinä tai erityisen monimutkaisina pitämät asiat. Asian käsittelyä suuressa jaostossa voivat lisäksi pyytää asianosaisina olevat jäsenvaltiot tai unionin toimielimet. Muuten asiat käsitellään viiden tai kolmen tuomarin jaostoissa. (Curia 2014b, 1)

Ennakkoratkaisumenettelyn tarkoituksena on varmistaa unionin oikeuden tehokas ja yhdenmukainen soveltaminen ja tulkinta jäsenvaltioissa. Kansallinen tuomioistuin pyytää menettelyssä unionin tuomioistuimelta unionin oikeuden tulkintaa esimerkiksi voidakseen tarkastaa, onko kansallinen lainsäädäntö sopusoinnussa unionin oikeuden kanssa. Unionin tuomioistuin ei ratkaise kansallista riita-asiaa, vaan tulkitsee unionin oikeutta. Oikeudenkäyntiin voivat osallistua kaikki asianosaiset: jäsenvaltiot, kansallisen oikeudenkäynnin osapuolet ja komissio. Unionin tuomioistuin antaa tulkintansa tuomiossa tai perustellussa määräyksessä, jotka velvoittavat kansallista tuomioistuinta sen ratkaisussa vireillä olevan asian. Unionin tuomioistuimen ratkaisu velvoittaa myös muita kansallisia tuomioistuinta niiden käsitellessä samaa ongelmaa. (Curia 2014b, 1)

Ennakkoratkaisumenettelyssä tulee asia vireille kansallisen tuomioistuimen esittäessä unionin tuomioistuimelle unionin oikeusnormin tulkintaa. Samalla alkaa myös asian kirjallinen käsittely. Ennakkoratkaisupyynnöksi käännetään kaikille unionin kielille ja annetaan tiedoksi pääasian asianosaisille sekä jäsenvaltioille ja unionin toimielimille. Lisäksi julkaistaan ennakkoratkaisukysymystä koskeva tiedonanto Euroopan unionin virallisessa lehdessä. Tämän jälkeen on asian tiedoksi saaneilla kaksi kuukautta aikaa toimittaa unionin tuomioistuimelle kirjalliset huomautuksensa. Kirjallinen käsittely päättyy tähän. (Curia 2014b, 2)

Kirjallisen käsittelyn päätyttyä alkavat valmistelutoimet. Asianosaisia pyydetään ilmoittamaan kolmen viikon kuluessa, vaativatko he suullisen käsittelyn järjestämistä. Esittelevä tuomari laatii asiasta alustavan kertomuksen, jonka perusteella tuomioistuin päättää

julkisasiamiestä kuultuaan, missä ratkaisukokoonpanossa asiaa käsitellään. Lisäksi tuomioistuin päättää siitä, onko tarpeen ryhtyä asian selvittämistoimiin, ja onko järjestettävä asian suullinen käsittely. (Curia 2014b, 3–4)

Asiaa käsitellään suullisesti julkisessa istunnossa, jossa tuomarit ja julkisasiamies voivat esittää asianosaisille kysymyksiä. Julkisasiamies antaa muutaman viikon kuluttua unionin tuomioistuimelle ratkaisuehdotuksensa julkisessa istunnossa. Suullinen käsittely päättyy tähän ja asian käsittelyssä siirrytään tuomiovaiheeseen. (Curia 2014b, 3)

Esittelevä tuomari laatii tuomion luonnoksen, jonka pohjalta tuomarit neuvottelevat keskenään tuomiosta. Tuomarit tekevät ratkaisunsa enemmistöpäätöksellä. Unionin tuomioistuimessa ei ole käytäntönä esittää eriäviä mielipiteitä, vaan kaikki asian käsittelyyn osallistuneet tuomarit allekirjoittavat tuomion. Tuomiolauselma julistetaan julkisessa istunnossa, minkä jälkeen tuomio ja mahdollinen julkisasiamiehen ratkaisuehdotus ovat saatavilla internetissä CURIA-sivustolla. Useimmissa tapauksissa ne julkaistaan myöhemmin myös oikeustapauskokoelmassa. (Curia 2014b, 3) Olen koonnut ennakkoratkaisumenettelyn vaiheet ja toimenpiteet tiivistetysti taulukkoon 4.

#### TAULUKKO 4. Ennakkoratkaisumenettelyn vaiheet ja toimenpiteet

Asian käsittelyvaihe	Toimenpiteet
Kirjallinen vaihe	Kansallisen tuomioistuimen ennakkoratkaisun pyytämistä koskeva päätös Esittelevän tuomarin ja julkisasiamiehen nimittäminen Ennakkoratkaisupyynnön kääntäminen muille Euroopan unionin virallisille kielille Tiedoksianto asianosaisille, jäsenvaltioille ja unionin toimielimille Tiedoksianto Euroopan unionin virallisessa lehdessä (C-sarja) Asianosaisten, jäsenvaltioiden ja toimielinten kirjalliset huomautukset
Valmistelutoimet	Esittelevän tuomarin alustava kertomus Tuomareiden ja julkisasiamiesten yleiskokous Asian siirtäminen ratkaisukokoonpanolle Tarvittaessa asian selvittämistoimet
Suullinen vaihe	Tarvittaessa suullinen käsittely Julkisasiamiehen ratkaisuehdotus
Tuomio	Tuomareiden päätösneuvottelu Tuomio

Lähteet: mukailten Curia (2014b, 2–4)

Euroopan unionin tuomioistuin on monikielinen toimielin. Sen oikeudenkäyntikieliä voivat olla kaikki unionin viralliset kielet (Curia 2014a, 1), joita on nykyisin 24 kappaletta (EYVL 17, 6.10.1958, 385). Ennakkoratkaisumenettelyssä käytetään oikeudenkäyntikielenä ennakkoratkaisupyynnön tehneen kansallisen tuomioistuimen käyttämää

kieltä. Mahdollisesti järjestettävässä suullisessa käsittelyssä käytävät keskustelut tulkitaan simultaanisesti tilanteen vaatimille virallisille kielille, mutta tuomareiden päätösneuvottelu käydään ilman tulkkausta ranskaksi. Ranska on tuomioistuimen työkieli (Curia 2014b, 3)

Tuomio laaditaan ranskaksi ja käännetään oikeudenkäyntikielille sekä kaikille muille virallisille kielille, mikäli kyseessä on julkaistava ratkaisu. Ainoastaan oikeudenkäyntikielinen kieliversio on todistusvoimainen. Kunkin kielen käännösyksikkö tuottaa itsenäisesti oman versionsa ranskan kielellä laaditusta tekstistä, eikä eri versioita pääsääntöisesti yhdenmukaisteta. Versiot eivät välttämättä ole täydellisen identtisiä, koska asiat ilmaistaan eri kielillä hieman eri tavoin. Tulkintatilanteessa tuleekin tutustua ainoaan todistusvoimaiseen eli oikeudenkäyntikieliseen versioon. (Liiri 2008, 212, 227) Pалаan tähän kysymykseen tutkimuksen luotettavuusarvioinnissa.

Yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytäntö on vakiinnuttanut tietyt peruseriaatteen. Ne ovat välitön oikeusvaikutus, unionin oikeuden ensisijaisuus ja jäsenvaltion vahingonkorvausvastuu. Unionin oikeuden välitön oikeusvaikutus merkitsee sitä, että kansalaiset voivat vedota suoraan unionin oikeussääntöihin kansallisessa tuomioistuimessa. Unionin oikeuden ensisijaisuus taas merkitsee sitä, että sillä on etusija kansalliseen oikeuteen nähden. Kansallisilla lainsäätäjillä on velvoite pidäytyä luomasta EU:n oikeuden kanssa ristiriidassa olevaa lainsäädäntöä ja velvollisuus harmonisoida kansallinen lainsäädäntö EU:n oikeuden kanssa. Jäsenvaltioiden tuomioistuimilla on puolestaan velvollisuus olla soveltamatta EU:n oikeuden kanssa ristiriidassa olevaa kansallisen oikeuden säännöstä. Jäsenvaltion vahingonkorvausvastuu velvoittaa jäsenvaltion korvaamaan unionin oikeuden rikkomuksesta yksilölle aiheutuneet vahingot. (Curia 2011b, 6)

## **2.4 Tuomioistuimen päätösten toimeenpano kansallisella tasolla**

Unionin oikeuden ensisijaisuus ja siihen liittyvät kansallisten lainsäätäjien ja tuomioistuinten velvollisuudet ovat teoriassa selkeitä. Velvoitteiden toteutuminen käytännössä on kuitenkin oleellinen kysymys, jota haluan valottaa tässä rajat ylittävän terveydenhuollon osalta. Aiheesta tehtyjen tutkimusten perusteella eivät kaikki jäsenvaltiot ole olleet kovin halukkaita harmonisoida kansallisia säännöksiään ja muuttamaan toi-

mintakäytäntöjään tuomioistuimen linjausten mukaisiksi. Esittelen seuraavaksi tutkimustuloksia Saksan, Ranskan, UK:n ja Tanskan osalta.

Saksa muutti lainsäädäntöään viiden vuoden kuluttua Kohllin ja Deckerin tuomioiden julistamisesta vuonna 2003. Vakuutetuille henkilöille annettiin uudistuksessa oikeus hankkia avoterveydenhuollon palveluja maista, joissa sovelletaan asetusta (ETY) N:o 1408/71. Sairausvakuutuskassat korvaavat jälkikäteen palvelujen käytöstä aiheutuneet kustannukset. Sairaalahoidon korvattavuuden edellytyksenä pidettiin edelleen toimivaltaisen sairausvakuutuskassan myöntämää ennakkolupaa. Vakuutettujen hoitoon pääsyn helpottamiseksi uudistettiin lainsäädäntöä myös sairausvakuutuskassojen oikeuksien osalta. Niille annettiin oikeus tehdä sopimuksia ulkomaisten terveyspalvelujen tuottajien kanssa. (Greer & Rauscher 2011, 227; Obermaier 2008, 748)

Obermaier (2008, 737) totesi Saksan mukauttaneen kansallisen lainsäädäntönsä täysin tuomioistuimen päätöksiä vastaavaksi, mutta Greer ja Rauscher (2011, 227) pitivät lainsäädännön muutoksia minimaalisina. Muutokset helpottivat heidän mukaansa potilaiden liikkuvuutta paljon rajoitetummin kuin tuomioistuimen ratkaisuista voisi päätellä, koska kansalliset viranomaiset voivat kontrolloida potilaiden liikkumista sopimuskäytännön avulla.

Ranska luopui korvausten tiukasta alueellisuusperiaatteesta vuonna 2005. Sosiaaliturvalainsäädännön uudistuksen jälkeen on toisessa EU:n jäsenvaltiossa tai ETA-maassa saadun hoidon kustannukset korvattu samoin ehdoin kuin Ranskassa. Oikeus korvauksiin koskee hoitoja, jotka eivät vaadi sairaalassa yöpymistä. Sairaalahoidon kustannusten korvauksen edellytyksenä on edelleen toimivaltaiselta viranomaiselta saatu ennakkolupa. Ennakkolupa voidaan evätä, jos hoito ei kuulu Ranskassa korvattaviin etuuksiin tai, jos samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa saa Ranskassa ilman kohtuutonta viivettä. Myös Ranskan kansanterveyslakia uudistettiin vuosina 2004 ja 2006. Uudistusten jälkeen ovat toisiin jäsenvaltioihin ja ETA-maihin sijoittuneet klinisen kemian laboratoriot saaneet tarjota palvelujaan ranskalaisille potilaille samoin ehdoin kuin ranskalaiset laboratoriot. (Obermaier 2008, 743)

UK:ssa toteutettiin vuosina 2001 ja 2002 useita lakiuudistuksia. Vuonna 2001 laajennettiin NHS:n matkakorvauksia koskevat säännökset koskemaan myös ulkomailla hoidet-

tavia potilaita. Vuoden 2002 uudistuksissa valtuutettiin terveysministeri varmistamaan Englannin ja Walesin ulkopuolella saatavien terveyspalvelujen järjestäminen ja NHS säätiöt hoitamaan käytännön järjestelyt. Perusterveydenhuollon säätiöt ovat siitä lähtien voineet ostaa palveluja yksityisiltä ulkomaisilta palveluntuottajilta. Lainsäädännön muutosten lisäksi uudistettiin myös hallinnollisia ohjeita. Hallitus esitteli kokeiltavaksi mallin terveyspalvelujen sopimusperusteisesta hankkimisesta toisista jäsenvaltioista, ja terveysministeriö antoi julkisen terveydenhuollon paikallisille päälliköille ohjeet hankkeen hallinnoinnista. (Obermaier 2008, 746)

Obermaierin (2008, 737) mukaan liitti UK yhteisöjen tuomioistuimen linjaukset osittain lainsäädäntöönsä. Kun vertaa UK:n uudistuksia Saksan ja Ranskan säännöksissä toteutettuihin muutoksiin, on ero selvästi havaittavissa. UK:n uudistuksissa ei kansalaisille annettu mahdollisuutta saada korvauksia toisessa jäsenvaltiossa tai ETA-maassa saadun avohoidon kustannuksista. Tämä seikka saakin pohtimaan, vauhdittivatko uudistuksia yhteisöjen tuomioistuimen päätökset vai muut Obermaierin mainitsemat UK:n sisäiset tekijät.

NHS:n alimitoitettu budjetti oli johtanut siihen, että hoitojonot olivat keskeinen keino säännöstellä hoitoon pääsyä, minkä seurauksena odotusajat olivat UK:ssa pitkiä. Hallitus joutui kovan julkisen ja poliittisen painostuksen kohteeksi, kun Sunday Times käynnisti aggressiivisen lehdistökampanjan NHS:n ongelmista kesällä 2001. Toinen Obermaierin mainitsema lainsäädännöllisiä ja hallinnollisia muutoksia edistävä tekijä oli Labour-puolueen agendalla ollut NHS:n uudistaminen. Hallituksen suunnitelmissa oli NHS:n modernisointi ja markkinoistaminen. Laajan uudistussuunnitelman kehityskohteita olivat muun muassa hoitojonojen ja odotusaikojen lyhentäminen, potilaan valinta ja yhteistyö yksityissektorin kanssa. (Obermaier 2008, 746)

UK:n terveysministeriö uudisti terveyspalveluista vastuussa oleville päälliköille antamiin ohjeita vuonna 2007 – vuosi sen jälkeen, kun yhteisöjen tuomioistuin oli julistanut UK:n kansalaisen Wattsin asiassa tekemänsä ratkaisun. Päälliköitä ohjeistettiin pystyttämään potilaiden liikkuvuuden mahdollistava järjestelmä ja neuvomaan potilaita hakemaan ennakkolupaa ulkomaiselle hoidolle. UK:n lainsäädäntöä uudistettiin vasta myöhemmin. Vuonna 2010 vahvistetun säädöksen mukaan voidaan potilaille, jotka hakevut hoitoon ulkomaille ilman ennakkolupaa, maksaa korvaus tietyin ehdoin. Hei-

dän pitää olla oikeutettuja kyseiseen hoitoon Englannissa, ja hoidosta maksetaan korvaus englantilaisten taksojen mukaan. Korvaus peruuntuu, mikäli potilas vie asian oikeuteen tai valittaa komissiolle. (Greer & Rauscher 2011, 230–231)

Obermaierin (2008, 735) tutkimuksen lähtökohtana oli oletus, jonka mukaan kansallisilla oikeuslaitoksilla on merkittävä rooli yhteisön oikeuden ja yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisujen toimeenpanon valvojina. Ne voivat edistää integraatiota pakottamalla vastahakoiset hallitukset harmonisoimaan kansallisia säädöksiä yhteisön oikeuden kanssa yhteensopiviksi.

Tutkimuksen tulokset tukivat tutkimuksen lähtökohtana ollutta oletusta. Ranskan lainsäädännön uudistuksia oli edeltänyt vuosina 2000–2004 sarja oikeudenkäyntejä, joissa ranskalaiset tuomioistuimet perustivat ratkaisunsa yhteisöjen tuomioistuimen luomille periaatteille, jotka olivat ristiriidassa kansallisten säädösten kanssa. Ne määräsivät sairausvakuutuskassat korvaamaan muissa jäsenvaltioissa käytetyistä terveyspalveluista aiheutuneet kustannukset asiakkailleen. (Obermaier 2008, 743–745)

Kuten Obermaier toteaa, löytyy uudistusten taustalta toki muitakin muutosta edistäviä tekijöitä. Ranskan osalta hän (2008, 743) mainitsee komission Ranskaa vastaan nostamat kanteet, jotka koskivat jäsenyysvelvoitteiden noudattamatta jättämistä. Yhteisöjen tuomioistuin totesi vuonna 2004 antamassaan tuomiolauselmassa, ettei Ranskan tasavalta ole noudattanut EY 49 artiklan mukaisia velvoitteitaan. Ranska oli edellyttänyt, että muihin jäsenvaltioihin sijoittautuneilla kliinisen kemian laboratorioilla oli tarpeellisen toimiluvan saadakseen oltava toimipaikka Ranskan alueella. Lisäksi Ranska oli kieltäytynyt korvaamasta tutkimuksista aiheutuneita kustannuksia, jos ne oli tehty muihin jäsenvaltioihin sijoittautuneissa laboratorioissa. (Asia C-496/01)

Kansallisten tuomioistuinten merkittävä osuus lainsäädännön harmonisoinnissa yhteisön oikeuden kanssa tulee kaikkein selkeimmin esiin juuri Ranskassa. Siellä tuomioistuimet tekivät ratkaisunsa itsenäisesti. Sen sijaan UK:n ja Saksan tuomioistuimet pyysivät yhteisöjen tuomioistuimelta yhteisön oikeuden tulkintaa.

UK:n kansalaisen Wattsin asiaa käsitellyt ensimmäisen oikeusasteen tuomioistuin antoi tuomion, jossa todettiin, että NHS:n rahoittamat terveyspalvelut kuuluvat palvelujen

tarjoamisen vapauden soveltamisalaan. Tämä tuomio pakotti UK:n terveysministeriön muuttamaan julkisista terveyspalveluista vastuussa oleville päälliköille antamiaan ohjeita. (Obermaier 2008, 747) UK:n lainsäädäntöä uudistettiin kuitenkin vasta vuonna 2010 (Greer & Rauscher 2011, 230–231). Saksan lainsäädäntöä muutettiin ennen kuin yhteisöjen tuomioistuin oli ratkaissut kahden saksalaisen tuomioistuimen sille vuonna 2002 esittämät ennakkoratkaisukysymykset. Kumpikin tuomioistuin veti ennakkoratkaisupyynnönsä takaisin, koska uudet oikeustapaukset olivat selventäneet yhteisön oikeuden tulkintaa. (Obermaier 2008, 751)

Martinsen ja Vrangbæk (2008, 169–181) ovat tutkineet eurooppalaistumisprosessia ja Euroopan unionin vaikutusta Tanskan kansalliseen terveystalouteen. Tutkimuksen laadullisessa osuudessa he arvioivat yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisujen vaikutuksia. Tanskan lainsäädäntöä uudistettiin vuonna 2000. Uudistetun lainsäädännön perusteella voivat vakuutusryhmän kaksi valinneet tanskalaiset saada ulkomailla saadusta avohoidosta kiinteän taksan mukaisen korvauksen, joka maksetaan jälkikäteen. Vakuutusryhmän kaksi oli valinnut noin kolme prosenttia väestöstä. Korvauskäytäntö koski lisäksi kaikkia vakuutettuja, jotka hankkivat ulkomailla hammashoitoa, fysioterapiaa tai kiropraktisia hoitoja, koska ne eivät olleet ilmaisia myöskään vakuutusryhmän yksi valinneille tanskalaisille. Korvauskäytännön ulkopuolelle jäi kuitenkin suurin osa Tanskan terveyspalveluista, jotka tuotetaan vakuutetuille korvauksetta.

Luontaisuurituksiin perustuvan hoidon rajaaminen korvauskäytännön ulkopuolelle perustui Martinsenin ja Vrangbækin (2008, 178–179) mukaan palvelun käsitteen tulkintaan. Tanskan tulkitsemana palvelu oli palvelu perustamissopimuksen tarkoittamassa mielessä vain siinä tapauksessa, että asiakas maksoi sen käyttämisestä osan itse. Tapa, jolla kansalliset lainsäätäjät ja viranomaiset tulkitsevat tuomioistuimen päätöksiä, saattaa muodostaa veto-pisteen, joka voi rajoittaa integraation edistymistä (Martinsen & Vrangbæk 2008, 171–172).

Vuonna 2002 toteutettiin Tanskassa kaksi toisiinsa liittyvää uudistusta, hoitotakuu ja laajennettu hoitopaikan valinta (extended free choice). Uudistusten tultua voimaan ovat tanskalaiset voineet valita hoitopaikakseen tanskalaisen yksityissairaalan tai toisessa jäsenvaltiossa sijaitsevan sairaalan, mikäli julkinen sektori ei kykene tarjoamaan hoitoa kahden kuukauden kuluttua lähetteen saamisesta. Hoidon järjestämisaika lyhennettiin

yhden kuukauden mittaiseksi vuonna 2007. Sairaalaa ei kuitenkaan voi valita täysin vapaasti, vaan valinta tehdään niiden sairaaloiden joukosta, joiden kanssa toimivaltainen tanskalainen viranomais on tehnyt sopimuksen. (Martinsen & Vrangbæk 2008, 180)

Tanska luopui laajennetun hoitopaikan valinnan myötä tiukasta alueellisuusperiaatteesta. Martinsen ja Vrangbæk (2008, 180–181) pitävät sitä merkittävänä muutoksena, mutta toteavat unionin tuomioistuimen tulkintoilla olleen sittenkin vain rajallisesti vaikutusta Tanskan terveyspolitiikkaan. He myös ennakoivat vaikutusten lisääntyvän, koska Tanskan käytännöt eivät kaikin osin ole tuomioistuimen linjausten mukaisia. Esimerkiksi Tanskan kapea-alainen tulkinta palvelun käsitteestä ei ole yhteensopiva tuomioistuimen tulkinnan kanssa.



### 3 EUROOPPALAISTUMINEN MUUTTAA KANSALLISTA SÄÄNTELYÄ

EU:n jäsenvaltiot ovat halunneet varmistaa yksinomaisen toimivaltansa terveystalvelujen järjestämisessä. Toimivaltojen selkiyttämiseksi lisättiin Amsterdamin sopimukseen aikanaan suojalause (Kattelus & Saari 2006, 79), jota on sittemmin täydennetty Lissabonin sopimuksessa. Kansanterveyttä käsittelevän 168 artiklan 7 kohdassa (EUVL, 2010 C 83) todetaan seuraavasti: "Unionin toiminnassa otetaan huomioon jäsenvaltioiden velvollisuudet, jotka liittyvät niiden terveystalvitiikan määrittelyyn sekä terveystalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen. Jäsenvaltioiden velvollisuuksiin kuuluvat terveystalvelujen ja sairaanhoidon hallinnointi sekä niihin osoitettujen voimavarojen kohdentaminen."

Yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisut ovat kuitenkin vaatineet kansallisten säännösten muuttamista. Esimerkiksi Suomessa on Kela korvannut vuodesta 1998 lähtien toisissa jäsenvaltioissa ja ETA-maissa hankittua hoitoa kotimaisten sairausvakuutustaksojen mukaisesti (Saari & Kari 2006, 170). Korvauksista säädettiin vuoden 2005 alussa voimaan tullessa sairausvakuutuslaissa (2004, II osa, 2 luku, 6§, 2.mom.).

Tämän tutkimuksen yhtenä tavoitteena on vastata siihen, miten yhteisöjen tuomioistuin on osallistunut kansallisten säännösten muuttamiseen. Etsin vastausta kysymykseen soveltamalla teoreettista mallia kansallisen muutoksen logiikasta. Börzel ja Risse (2000) ovat kehittäneet mallin eurooppalaistumisen kansallisia vaikutuksia käsittelevän tutkimuskirjallisuuden pohjalta.

Seuraavassa alaluvussa määrittelen käsitteen eurooppalaistuminen. Sitä seuraavissa alaluvuissa tarkastelen kansallisen muutoksen logiikoiden lähtökohtia ja esittelen lopuksi teoreettisen mallin kansallisen muutoksen logiikoista.

#### 3.1 Eurooppalaistuminen

Eurooppalaistuminen on paljon käytetty käsite, jolla ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Termiä on käytetty monin tavoin kuvaamaan erilaisia ilmiöitä ja muutos-

prosesseja. Raunion ja Saaren (2006, 14–16) mukaan tarkoitetaan eurooppalaistumisella laajasti ottaen EU:n tai integraation vaikutusta kansalliseen politiikkaan. Jos halutaan korostaa prosessin poliittisuutta ja tavoitteellisuutta, voidaan käsitettä käyttää muodossa eurooppalaistaminen. Raunio ja Saari (2006, 15) toteavat Ladrechin olleen ensimmäinen eurooppalaistumisen varsinaisesti määritellyt tutkija.

Ladrech (1994, 69–72) määrittelee eurooppalaistumisen politiikkaa uudelleenorientoivaksi prosessiksi, jossa Euroopan yhteisön poliittisesta ja taloudellisesta dynamiikasta tulee enenevässä määrin osa kansallisen politiikan ja päätöksenteon organisaatiologiikkaa (organizational logic). Ladrech painottaa kansallisen politiikan ja päätöksenteon organisaatiologiikan uudelleenorientoitumista. Organisaatiologiikan muutoksella hän viittaa prosesseihin, joissa organisaatiot, kuten poliittiset puolueet, järjestäytyneet intressiryhmät, erilaiset hallintovirastot ja -yksiköt, mukautuvat Euroopan yhteisön taholta tuleviin uusiin sääntöihin ja toimintakäytäntöihin. Jäsenvaltiot muotoilevat kansallista politiikkaansa Euroopan yhteisön jäsenenä.

Olsen (2002, 921–924) puolestaan tunnistaa viisi erilaista eurooppalaistumiseksi kutsuttua ilmiötä. Käsitteen erilaiset sisällöt eivät ole hänen mielestään toisiaan poissulkevia, vaan pikemminkin toisiaan täydentäviä. Ne viittaavat erilaisiin, mutta toisiinsa läheisesti liittyviin ilmiöihin. Eurooppalaistuminen voidaan määritellä:

1. ulkoisten rajojen muutoksena,
2. Euroopan tasolla tapahtuvana instituutioiden kehittymisenä,
3. kansallisten hallintojärjestelmien sopeutumisena eurooppalaisiin instituutioihin ja politiikkaan,
4. poliittisen järjestelmän menettelytapojen vientinä ja
5. poliittisena yhdistymisprojektina

Ulkoisten rajojen muutoksessa on kyse hallintojärjestelmän alueellisesta ulottuvuudesta ja siitä, missä määrin Eurooppa maanosana muuttuu yhtenäiseksi poliittiseksi alueeksi. Eurooppalaistuminen tarkoittaa tässä mielessä Euroopan unionin laajentumista. (Olsen 2002, 923)

Euroopan tasolla tapahtuva instituutioiden kehittyminen puolestaan merkitsee yhteisen hallintojärjestelmän ja normatiivisen järjestyksen institutionalisoitumista. Viralliset hal-

lintoinstituutiot ja säännöt mahdollistavat kaikkia jäsenvaltioita koskevien, sitovien päätösten teon ja toimeenpanon sekä toimeenpanon laiminlyönnin. (Olsen 2002, 923)

Kansallisten hallintojärjestelmien sopeutumisessa eurooppalaisiin instituutioihin ja politiikkaan on kyse vallan ja vastuiden jakautumisesta eri hallinnontasojen kesken. Tällöin haetaan yhtenäisyyden ja erilaisuuden sekä keskitetyn koordinaation ja paikallisen autonomian välistä tasapainoa. Eurooppalaistuminen tarkoittaa kansallisten ja paikallisten hallintojärjestelmien sopeutumista eurooppalaiseen poliittiseen keskukseseen ja Euroopan laajuisiin normeihin. (Olsen 2002, 923–924) Tämä on Olsenin (2002, 932) mukaan yleisin tapa käyttää termiä eurooppalaistuminen.

Eurooppalaistuminen poliittisen järjestelmän menettelytapojen vientinä tarkoittaa Euroopalle tyypillisen poliittisen järjestelmän ja hallintokäytännön vientiä Euroopan rajojen ulkopuolelle. Tässä yhteydessä ovat tarkastelun kohteina suhteet Euroopan ulkopuolisiin toimijoihin ja instituutioihin sekä Euroopan asema laajemmassa maailmanjärjestyksessä. Eurooppalaistuminen merkitsee eurooppalaisten vaihtoehtojen vahvistumista kansainvälisellä foorumilla. (Olsen 2002, 924)

Viides Olsenin (2002, 924) eurooppalaistumiseksi tunnistamista ilmiöistä on poliittinen yhdistymisprojekti. Projektissa tavoitellaan yhdistynyttä ja vahvaa poliittista kokonaisuutta. Se, missä määrin Eurooppa muuttuu yhtenäisemmäksi ja vahvemmaksi poliittiseksi kokonaisuudeksi, on sidoksissa neljään edellä kuvattuun eurooppalaistumisen ilmiöön.

Risse, Cowles ja Caporaso (2001, 3) tarkoittavat eurooppalaistumisella erillisten hallintorakenteiden syntyä ja kehitystä Euroopan tasolla. Hallintorakenteisiin kuuluvat poliittiset, oikeudelliset ja sosiaaliset instituutiot, jotka virallistavat toimijoiden välisen vuorovaikutuksen. Näiden lisäksi kuuluvat hallintorakenteisiin virallisten sääntöjen luomiseen erikoistuneet politiikkaverkostot. Börzel ja Risse (2000, 3) yhtyvät tähän näkemykseen, joka vastanee pitkälti Olsenin esittämää Euroopan tasolla tapahtuvaa instituutioiden kehittymistä. Toisena vaihtoehtoisena eurooppalaistumisen käsitteen merkityksenä he mainitsevat edellä esitetyn Ladrechin määritelmän, joka vastaa sisällöltään kolmatta Olsenin kuvamaa eurooppalaistumiseksi kutsuttua ilmiötä.

Börzelin ja Rissen valinta perustuu käytännöllisiin syihin. Heidän mielenkiintonsa kohdistuu kahteen asiaan: prosessiin, jossa Euroopan integraatio saa aikaan kansallisen tason muutoksen ja tuon muutosprosessin lopputulokseen. Sovellan tutkielmassani Börzelin ja Rissen kehittämää teoreettista mallia kansallisen muutoksen logiikoista ja jaan heidän näkemyksensä eurooppalaistumisesta tämän tutkielman yhteydessä, vaikka pidänkin Olsenin esitystä kehittyneempänä. Tarkoitin siis eurooppalaistumisella erillisten hallintorakenteiden syntyä ja kehitystä Euroopan tasolla. Keskeiset hallintorakenteeseen kuuluvat oikeusinstituutiot tutkielmassani ovat unionin oikeus, unionin tuomioistuin unionin oikeuden tulkitsijana sekä oikeuskäytännön vakiinnuttamat periaatteet, joista merkittävimpiä ovat unionin oikeuden ensisijaisuus ja unionin oikeuden välitön oikeusvaikutus.

### **3.2 Kansallisen muutoksen logiikoiden lähtökohdat**

Börzel ja Risse (2000, 1–2) ovat kehittäneet eurooppalaistumisen kansallisia vaikutuksia käsittelevän tutkimuskirjallisuuden pohjalta hypoteeseja siitä, minkälaisissa olosuhteissa eurooppalaistumisen voidaan olettaa johtavan kansalliseen muutokseen. He kuvaavat kaksi erilaista muutosprosessia, joita he nimittävät kansallisen muutoksen logiikoiksi. Toisen logiikan lähtökohtana ovat rationalistinen institutionalismi ja seuraamusten logiikka, kun taas toisen perustana ovat sosiologinen institutionalismi ja soveliaisuuden logiikka.

Ennen kuin esittelen teoreettisen mallin kansallisen muutoksen logiikoista, esittelen lyhyesti niiden taustalla olevan tutkimussuuntauksen, uuden institutionalismin, sekä toiminnan logiikat, jotka ovat keskeinen osa Marchin ja Olsenin (1998, 948–952) uutta institutionalismia. Tämän tutkielman puitteissa ei ole mahdollista paneutua näihin kysymyksiin kovin syvällisesti. Olen kuitenkin pyrkinyt muodostamaan niistä edes pinta-puolisen käsityksen itselleni, ja uskon esitykseni helpottavan myös lukijaa kansallisen muutoksen logiikoiden hahmottamisessa.

Instituutiot ovat yhteiskuntaelämän perusta. Ne koostuvat virallisista ja epävirallisista säännöistä, valvonta- ja toimeenpanomekanismeista ja merkitysjärjestelmistä. Instituutiot määrittävät puitteet yksilöiden, yritysten, etujärjestöjen, kansallisvaltioiden ja mui-

den organisaatioiden toiminnalle ja vuorovaikutukselle. Instituutiot ovat sopimuksia, jotka ovat syntyneet kamppailujen ja neuvottelujen tuloksena. Ne kertovat luojiensa resursseista ja vaikutusvallasta ja vaikuttavat resurssien ja vallan jakautumiseen yhteiskunnassa. Instituutiot määrittävät sitä, miten ihmiset ymmärtävät maailmaa ja toimivat siinä. Ilman pysyviä instituutioita tulisi elämästä kaoottista ja vaikeaa. (Campbell 2004, 1)

Instituutiot tarjoavat ihmisille mahdollisuuksia sallimalla tiettyjä asioita, mutta rajoittavat valinnanmahdollisuuksia kieltämällä toisia asioita. Yksilöt edistävät päämääriään sääntöjä noudattaen, mutta toisaalta, koska instituutiot ovat muutettavissa, myös sääntöjä muokaten. Instituutiot voivat perustua päätöksiin tai olla historiallisen kehityksen tulosta. Esimerkiksi laki perustuu yksilöitävässä olevaan päätökseen, mutta kieli, tapakulttuuri ja uskomukset ovat muotoutuneet sekä vanhan perinteen omaksumisen että uudistamisen vaikutuksesta. (Paloheimo & Wiberg 2005, 47, 133)

Uusi institutionalismi on lähestymistapa, jossa on yhdistetty toiminnan yksilökeskeinen ja yhteisöllinen selittäminen. Siinä kiinnitetään huomio sekä toimiviin ihmisiin että yhteiskunnallisiin instituutioihin. (Paloheimo & Wiberg 2005, 47)

Termi uusi institutionalismi viittaa siihen, että on ollut olemassa vanhempi institutionalismi. Vanha institutionalismi kukoisti 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa, jolloin se edusti tutkimuksen valtavirtausta politiikan tutkimuksessa ja sosiologiassa. Sen sijaan se ei saavuttanut valta-asemaa taloustieteessä, vaan jäi uusklassisen taloustieteen syrjäyttämäksi (Lamberg, Ojala & Eloranta 1997, 16; Scott 2008, xi). 1900-luvulla, empirismin ja positivismin valtakaudella menetti institutionalismi keskeisen asemansa muillakin tieteenaloilla säilyttäen asemansa vain muutamilla tutkimuksen reuna-alueilla, kuten taloushistoriassa, työn sosiologiassa ja työsuhdeasioiden tutkimuksessa. Lopullisesti se syrjäytettiin organisaatiotutkimuksen saavutettua akateemisen tutkimuksen erityisalueen aseman 1940-luvulta lähtien. (Scott 2008, xi)

Uusi institutionalismi kehittyi vähitellen 1970-luvulta lähtien. Vanha ja uusi institutionalismi eivät kuitenkaan ole samanlaisia. Esimerkiksi March ja Olsen (1984, 738) kuvaavat uutta institutionalismia politiikan tutkimuksessa sekoitukseksi, jossa uudempaan politiikan tutkimuksen ei-institutionaaliseen suuntaukseen on liitetty aineksia vanhasta

institutionalismista. Samaan tapaan kuvaa Lamberg työtovereineen (1997, 17) uutta institutionaalista taloustiedettä. Siinä on kyse yrityksestä sisällyttää instituutiot ja organisaatiot ja niiden välinen vuorovaikutus uusklassiseen analyysiin.

Tässä tutkielmassa on tarkastelun kohteena uusi institutionalismi politiikan tutkimuksessa. Sen ymmärtämiseksi on olennaista tietää jotain vanhemmasta institutionalismista ja sen syrjäyttäneistä politiikan tutkimuksen suuntauksista, behavioralismista ja rationaalisen valinnan teoriasta. Peters (2005, 6–11) kuvaa viisi vanhalle institutionalismille tyypillistä piirrettä: legalismi (legalism), strukturalismi (structuralism), holismi (holism), historiallisuus (historical) ja analyysin normatiivisuus (normative analysis).

Legalismi tarkoittaa sitä, että tutkijoiden kiinnostuksen kohteena oli laki ja sen keskeinen rooli hallinnassa. Toinen tyypillinen piirre, strukturalismi puolestaan viittaa rakenteiden merkityksen korostamiseen. Vanha institutionalismi oletti rakenteiden määräävän käyttäytymistä, eikä yksilöiden toiminnalla nähty olevan vaikutusta tapahtumien kulkuun hallinnossa. Tämä oli yksi keskeinen behavioralistien kritiikin kohde heidän pyrkimässään uudistamaan politiikan tutkimusta. (Peters 2005, 6–8)

Vanha institutionaalinen tutkimus suuntautui poliittisen järjestelmän suurimpiin instituutioihin, kuten valtion järjestysmuotoon ja ylimpien valtioelinten suhteisiin. Sen sijaan järjestelmän muihin rakenteellisiin ulottuvuuksiin, jotka liittyvät valtion yhteiskuntaan, ei kiinnitetty huomiota. Myöhemmässä tutkimuksessa on kiinnitetty enemmän huomiota valtiollisten instituutioiden toimintaan kuin niiden perustuslailliseen asemaan. Lisäksi on pyrkimyksenä ollut kiinnittää huomiota poliittisen järjestelmän virallisten ulottuvuuksien lisäksi myös järjestelmän epävirallisiin piirteisiin. (Peters 2005, 8–9)

Vanhan institutionalismin piirissä tehtiin tietyn tyyppistä vertailevaa tutkimusta. Holismilla viitataan siihen, että vertailun kohteina olivat yksittäisten instituutioiden sijaan kokonaiset järjestelmät. Tällä oli vaikutuksensa tieteellisen työn kehitykseen. Holismi ohjasi analyysia nykyisen kaltaisesta vertailusta poikkeavaan suuntaan. Eri maiden järjestelmiä ei niinkään vertailtu, vaan kuvailtiin toinen toisensa perään. Kokonaisuun järjestelmiin keskittyminen vaikeutti yleistysten tekoa ja siten myös teorian muodostusta. (Peters 2005, 9–10)

Neljäs Petersin (2005, 10–11) kuvaama tyypillinen vanhan institutionalismin piirre on historiallisuus. Poliittisia järjestelmiä ja niiden sosioekonomisia ja kulttuurisia piirteitä pidettiin historiallisten kehityskulkujen tuloksina. Jotta tutkija kykenisi ymmärtämään tietyn maan poliittista järjestelmää, olisi hänen ymmärrettävä kehityskulut, joiden tuloksena järjestelmä on muotoutunut. Poliitiikan nähtiin kehittyvän vuorovaikutuksessa sosioekonomisen ympäristönsä kanssa ja vuorovaikutusta pidettiin kaksisuuntaisena. Toisin sanoen valtion katsottiin vaikuttavan yhteiskuntaan ja yhteiskunnan muotoilevan politiikkaa.

Viides vanhan institutionalismin tyypillisistä piirteistä on analyysin normatiivisuus. Kuvaileviin selostuksiin politiikasta liitettiin usein käsitys ”hyvästä hallinnosta”. Normatiivisuudesta tuli tieteenalan uudistajien hyökkäyksen kohde 1950- ja 1960-luvuilla. Positivismin hengessä haluttiin erottaa toisistaan tosiasiat ja arvot. Vanhan institutionalismin piirissä pidettiin normeja ja arvoja yhteiskuntaelämälle luonteenomaisina eikä tosiasioiden ja arvojen erottamista voitu hyväksyä. (Peters 2005, 11)

1950- ja 1960-luvuilla vaikutti politiikan tutkimukseen kaksi liikettä, behavioraalinen lähestymistapa ja rationaalisen valinnan teoria. Molemmat liikkeet muuttivat tieteenalaa merkittävästi. (Peters 2005, 12) Berndtsonin (2005, 68–69) mukaan alkoi politiikan tutkimuksen ”tieteellistymiskehitys” Yhdysvalloissa saavuttaen lakipisteensä toisen maailmansodan jälkeen. Poliitiikan tutkimuksen esikuvaksi omaksuttiin luonnontieteellinen tutkimus. Tältä pohjalta kehittyneestä tutkimuksesta käytettiin nimitystä behavioralismi tai politiikan behavioraalinen (käyttäytymistieteellinen) tutkimus.

Rationaalisen valinnan juuret taas ovat uusklassisessa taloustieteessä, joka syrjäytti toisen maailmansodan jälkeen 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa kehittyneen vanhan institutionaalisen koulukunnan taloustieteessä (Campbell, 2004, 10). Uusklassisessa taloustieteessä käytetty termi rationaalinen valinta kuvaa hyötyään maksimoivien ihmisten toimintaa valintatilanteissa (Lamberg ym. 1997, 43). Rationaalisen valinnan teoria on sittemmin levinnyt taloustieteestä muihin yhteiskuntatieteisiin. Poliitiikan tutkimukseen siirrettynä tarkastelee tutkimustraditio kansalaisten poliittista käyttäytymistä egoistisena ja rationaalisena toimintana (Berndtson 2005, 74).

Vaikka behavioraalinen ja rationaalisen valinnan teoriaan pohjautuva tutkimus ovat luonteeltaan erilaisia, on niillä myös yhteisiä piirteitä. Peters (2005, 12) pitää niiden yhteisinä ominaisuuksina kiinnostusta teoriaan ja metodologiaan, normatiivisuuden vastaista asennoitumista, metodologista individualismia ja poliittisen järjestelmän panospuolen (inputism) korostamista.

Politiikan tutkimuksen uudistajille ei enää riittänyt eri maiden poliittisten järjestelmien kuvaaminen ja tulkitseminen, vaan tutkimusta leimasi voimakas pyrkimys teorianmuodostukseen. Teorioilla haluttiin selittää erilaisia ilmiöitä ja poliittista käyttäytymistä. Säännönmukaisuuksien löytäminen, teorioiden kehittäminen ja teorioista johdettujen hypoteesien todentaminen vaativat aineiston hankinnassa ja analysoinnissa käytettävien menetelmien kehittämistä. Tutkimuksen tuli olla avointa ja toistettavaa. Tieteellisyyden korostamisen seurauksena haluttiin politiikan tutkimuksesta karsia pois normatiiviset ainekset. (Peters 2005, 12–13)

Metodologinen individualismi tarkoittaa yhteiskunnallisten ilmiöiden selittämistä yksilöiden toiminnasta käsin. Behavioralistisen tutkimuksen kohteina olivat yksilöt ja heidän käyttäytymisensä äänestäjinä, mielipiteiden omistajina tai poliittisina päätöksentekijöinä. Rationaalinen valinta puolestaan selitti poliittisia ilmiöitä hyötyään maksimoivien yksilöiden tekemien rationaalisten valintojen tuloksina. Molemmissa lähestymistavoissa korostui poliittisen järjestelmän tuotoksen sijaan panoksen osuus. Hallinnon virallisten instituutioiden ja politiikkaprosessin tutkimuksen sijaan pyrittiin tunnistamaan poliittisten mielipiteiden mahdollisia vaikutuksia. (Peters 2005, 14)

Behavioralistit kielsivät virallisten instituutioiden merkityksen hallinnon tuotosten määrittäjinä. Institutionalistit katsoivat politiikan kehittyvän vuorovaikutuksessa sosioekonomisen ympäristönsä kanssa, mutta behavioralistit näkivät vaikutussuhteen yksisuuntaisena. Heidän näkemyksensä mukaan muovaavat talous ja yhteiskunta politiikkaa ja poliittisia instituutioita. Rationaalisen valinnan edustajat pitivät instituutioita keinona yhdistää yksilöiden preferenssejä, mutta kielsivät institutionalistien näkemyksestä poiketen instituutioilla olevan suurta merkitystä yksilöiden preferenssien muodostumisessa. (Peters 2005, 14–15)



Uusi institutionalismi syntyi behavioralismin ja rationaalisen valinnan vastareaktiona. Poliitiikan tutkimuksessa oli tarve tuoda uudelleen esille joitakin vanhan institutionalismin piirteitä. March ja Olsen nimittivät tämän suuntauksen uudeksi institutionalismiksi (Peters 2005, 16). He korostivat poliittisten instituutioiden suhteellista autonomiaa, tehottomuuden mahdollisuuksia historiassa ja symbolisen toiminnan tärkeyttä politiikan ymmärtämisessä (March & Olsen 1984, 734).

Poliittisten instituutioiden autonomia ilmenee Marchin ja Olsenin mukaan niiden kausaalisessa asemassa muuhun yhteiskuntaan nähden. Poliitikka ei ole riippuvainen ainoastaan taloudellisista ja sosiaalisista tekijöistä, vaan myös siitä, miten poliittiset instituutiot on muotoiltu. Poliittisten instituutioiden autonomisuus tarkoittaa toisaalta sitä, että poliittisia ilmiöitä ei voida pitää yksilöiden käyttäytymisen yhdistettyinä seuraamuksina. Sen sijaan politiikan tuotoksia voidaan pitää organisaatorakenteen ja soveliaan käyttäytymisen sääntöjen muovaamina. Autonomisuus tarkoittaa myös sitä, ettei poliittisten toimijoiden preferenssejä, vallan jakautumista ja pelisääntöjen asettamia rajoituksia voida selittää poliittisen järjestelmän ulkopuolisilla tekijöillä. Arvostukset ja merkitykset eivät ole pysyviä, vaan poliittiset instituutiot ja poliittiset kokemukset muovaavat niitä. Poliittiset instituutiot vaikuttavat resurssien ja vallan jakautumiseen ja vaikutusvaltaiset toimijat vaikuttavat politiikan pelisääntöjen, kuten valtiosäännön, lakien ja sopimuksien kehittymiseen. (March & Olsen 1984, 735–740)

March ja Olsen (1984, 737) kritisoivat aikansa politiikan tutkimuksen teorioita historiallisen tehokkuuden oletuksesta. Käyttäytymisen, instituutioiden ja poliittisten puolueiden oletettiin heidän mukaansa kehittyvän tehokkaiden historiallisten prosessien kautta. Tehokas historiallinen prosessi johtaa nopeasti ainutlaatuiseen tasapainotilaan, joka on riippuvainen vallitsevista ympäristön olosuhteista, mutta riippumaton esimerkiksi instituutioiden historiasta. Teorioihin sisältyi optimointioletus, jonka mukaisesti prosessi johtaa vääjäämättömästi lopputulokseen, joka on optimaalinen ja ainutlaatuinen.

March ja Olsen (1984, 737) puolestaan pitivät mahdollisena historiallista tehottomuutta. Voi olla, ettei tasapainotilaa ole olemassa. Tai sellainen on olemassa, mutta prosessi voi olla liian hidaskas. Sen seurauksena ympäristö muuttuu ennen tasapainotilan saavuttamista, jolloin myös tavoiteltava tasapainotila muuttuu. Olettaessaan prosessit nopeiksi poliittisen käyttäytymisen teorit eivät kiinnittäneet huomiota ohimeneviin ilmiöihin, jotka

ovat vähemmän ennustettavia ja enemmänkin seurausta asiaan liittyvien prosessien yksittäisistä piirteistä. Prosessi voi myös johtaa useaan eri tasapainotilaan yhden ainutlaatuisen lopputuloksen sijaan. Sen kaltaiset kehityskulut ovat teorioiden näkökulmasta tuloksiltaan epämääräisiä ja vaikeasti käsiteltäviä.

March ja Olsen (1984, 735–741) kritisoivat aikansa politiikan tutkimuksen teorioita myös välineellisyydestä ja politiikan tuotosten etusijalle asettamisesta. Päätöksentekoa ja resurssien allokointia pidettiin heidän mielestään poliittisen elämän ytimenä, ja toiminnan tarkoitus nähtiin sen tuotoksissa. Poliitiikan tutkimus joko jätti huomiotta symbolisen toiminnan tai tulkitsi symbolit manipulatiivisiksi pyrkimyksiksi kontrolloida politiikan tuotoksia ja peittää todelliset poliittiset mielipiteet. Vanhemmat teorit poliittisista instituutioista olivat kuvanneet poliittisen päätöksenteon prosessiksi, jossa kehityy tarkoituksen, suunnan, identiteetin ja yhteenkuuluvuuden kokemus. Poliitiikka oli väline valistaa kansalaisia ja edistää kulttuurisia arvoja. Näitä ajatuksia halusivat March ja Olsen tuoda takaisin politiikan tutkimukseen. He korostivat symbolisen toiminnan tärkeyttä politiikan ymmärtämisessä. Poliitiikka synnyttää ja vahvistaa tulkintoja elämästä. Yksilöt voivat kehittää itseään, yhteisöjään ja yhteistä hyvää politiikan keinoin.

Uusi institutionalismi ei ole yhtenäinen tutkimussuuntaus, vaan siihen sisältyy erilaisia lähestymistapoja, joilla on paljon yhtäläisyyksiä, mutta myös eroja. Peters (2005, 18–19) tunnistaa neljä instituutioihin liitettyä käsitystä, joista eri lähestymistapojen edustajat ovat yksimielisiä. Ensinnäkin, instituutioita pidetään yhteiskunnan ja hallintojärjestelmän rakenteellisina piirteinä. Tämä rakenne voi olla virallinen, kuten lainsäädäntäjärjestelmä tai hallintovirasto. Epävirallisia rakenteita taas ovat esimerkiksi keskinäisessä vuorovaikutuksessa olevien organisaatioiden verkostot tai yhteisesti jaetut normit.

Toinen instituutioihin yleisesti liitetty ominaisuus on jonkinasteinen pysyvyys. Instituutioiden pysyvät piirteet tekevät käyttäytymisestä ennustettavaa. Instituutioilla on myös jonkinlainen yksilöiden käyttäytymistä rajoittava vaikutus. Tämä on kolmas Petersin mainitsemista uuden institutionalismin eri lähestymistapojen yhteisistä käsityksistä. Neljäntenä instituutioihin liittyvänä ominaispiirteenä hän pitää sitä, että instituutioiden jäsenet kokevat jakavansa keskenään yhteisiä arvoja ja merkityksiä. Yhteisesti jaetut arvot ja merkitykset ovat Petersin mukaan keskeisiä Marchin ja Olsenin uudessa institutionalismissa. (Peters 2005, 18–19)

Hall ja Taylor (1996, 936) nimeävät uuden institutionalismin suuntaukset seuraavasti: rationaalisen valinnan (rational choice) institutionalismi, sosiologinen (sociological) institutionalismi ja historiallinen (historical) institutionalismi. Tämä vaikuttaisi olevan melko yleinen tapa luokitella uusinstitutionaalisen analyysin versioita. Kirjoittajat käyttävät kuitenkin erilaisia termejä, kun on kyse sosiologisesta institutionalismista, Esimerkiksi Immergut (1998, 14–16) nimeää sen organisaatioteoreettiseksi (organization theory) institutionalismiksi ja Campbell (2004, 2–3) organisaationaaliseksi (organizational) institutionalismiksi.

Peters (2005 19–20, 107) tunnistaa politiikan tutkimuksessa kuusi erilaista uuden institutionalismin suuntausta. Seitsemäntenä suuntauksena hän esittelee sosiologien parissa kehittyneen sosiologisen institutionalismin, josta on omaksuttu paljon vaikutteita politiikan tutkimukseen. Uudemmassa kirjoituksessaan hän (Peters 2011, 79–81) keskittyy kolmeen hallinnan näkökulmasta tärkeimpänä pitämäänsä lähestymistapaan: normatiiviseen, historialliseen ja rationaalisen valinnan institutionalismiin. Hän nimittää normatiiviseksi institutionalismiksi Marchin ja Olsenin edustamaa suuntausta, joka hänen (2005, 26) mukaansa heijastelee monin tavoin sosiologian ja organisaatioteorian piirissä muotoiltua institutionalismia.

Uuden institutionalismin suuntausten moninaisuus ja osittainen päällekkäisyys tekee kansallisen muutoksen logiikoiden lähtökohtien kuvaamisen haasteelliseksi. Tehtävän haasteellisuutta lisää se, että eri kirjoittajat toteavat Marchin ja Olsenin edustavan eri suuntauksia. Hall ja Taylor (1996, 939) toteavat heidän edustavan historiallista institutionalismia, Campbell (2004, 18) sosiologista institutionalismia ja Peters, kuten edellä kävi ilmi, normatiivista institutionalismia. March ja Olsen (1998, 958) itse sanovat edustavansa historiasidonnaista (history-dependent) institutionalismia, joka painottaa soveliaan toiminnan logiikkaa ja historian tehottomuutta.

Börzel ja Risse toteavat lähtökohtina kuvaamilleen kansallisen muutoksen logiikoille olevan rationalistisen institutionalismin ja siihen sisältyvän seuraamusten logiikan sekä sosiologisen institutionalismin, joka painottaa soveliaisuuden logiikkaa. Tässä kohtaa jouduin yllättävän tulkintaongelman eteen. Mitä he tarkoittavat sosiologisella institutionalismilla? Koska Börzel ja Risse (2000, 1–2, 6–8) viittaavat tässä yhteydessä ainoastaan Marchin ja Olsenin kirjoitukseen, tulkituin aluksi heidän tarkoittavan sosiologisella

institutionalismilla nimenomaan Marchin ja Olsenin lähestymistapaa. Jouduin kuitenkin muuttamaan tulkintaani, koska he viittaavat samaan Marchin ja Olsenin kirjoitukseen toiminnan logiikoista myös rationalistisen institutionalismin ja seuraamusten logiikan yhteydessä. Tästä päättelen, että nimenomaan Marchin Olsenin kuvaamat toiminnan logiikat ovat kansallisen muutoksen logiikoiden lähtökohtina keskeisempiä kuin ne uuden institutionalismin suuntaukset, joihin nämä toiminnan logiikat liittyvät. Esittelen seuraavaksi toiminnan logiikat, jotka liitetään rationalistiseen ja sosiologiseen institutionalismiin.

Toiminnan lähtökohtana pidetty logiikka on Marchin ja Olsenin (1998, 948–952) mukaansa yksi keskeisistä kysymyksistä, joka jakaa sosiaalisen ja poliittisen dynamiikan tutkijat kahteen leiriin. Kummankin tradition logiikka on rakenteeltaan individualistinen. Toisin sanoen niissä on kyse yksilön toiminnasta. Yksilön toimintaa ohjaa joko oletettujen seuraamusten logiikka (logic of expected consequences) tai soveliaisuuden logiikka (logic of appropriateness).

Oletettujen seuraamusten logiikan mukaan arvioivat inhimilliset toimijat valintojensa vaikutuksia henkilökohtaisille tai kollektiivisille tavoitteilleen tietoisina siitä, että muut toimivat samalla tavalla. Olosuhteissa, joissa on hyötyä toiminnan koordinoinnista, ajatellaan poliittisen järjestyksen syntyvän rationaalisten, henkilökohtaisia intressejään tavoittelevien toimijoiden keskinäisissä neuvotteluissa. Poliittista integraatiota voidaan pitää neuvotteluissa syntyneiden sopimusten joukkona. Toimintojen yhteensovittaminen ja yhteensovittamisen tapa (esimerkiksi kuka omaksuu kenenkin järjestelmän) on riippuvainen ristiriitaisia intressejä omaavien ja vaihtelevin resurssein varustettujen toimijoiden neuvotteluasemasta. (March & Olsen, 1998, 949)

March ja Olsen (1998, 949–950) esittävät oletettujen seuraamusten logiikastaan myös monimutkaisemman version, jossa toimijat eivät ole yksilöitä, vaan rationaalisten toimijoiden muodostamia koalitioita. Koalitioiden sisäisiä ja koalitioiden välisiä neuvotteluja käydään samanaikaisesti eri tasoilla. Poliitiikkaa pidetään tässä lähestymistavassa yksilöllisten preferenssien kokoamisena kollektiiviseksi toiminnaksi muodostamalla koalitioita, neuvottelemalla ja tekemällä vaihtokauppoja.

Tämän logiikan mukaan pidetään historiaa laskelmoivien toimijoiden vuorovaikutuksen tuloksena. Toimintaa voidaan selittää tunnistamalla sen seuraamuksiin liitetyt odotukset. Käyttäytymiseen puolestaan voidaan vaikuttaa tarjoamalla merkittäviä kannustimia. (March & Olsen, 1998, 950)

Jos toiminta liitetään yksinomaan oletettujen seuraamusten logiikkaan, jää huomioimatta identiteettien, sääntöjen ja instituutioiden merkittävä osuus inhimillisen käyttäytymisen muotoilijoina. Soveliaisuuden logiikka ottaa ne huomioon. Sen mukaan noudattavat poliittiset toimijat sosiaalisesti konstruoituja, yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä sääntöjä sekä toimintakäytäntöjä. Inhimillisten toimijoiden ajatellaan noudattavan sääntöjä, jotka yhdistävät tietyt identiteetit tiettyihin tilanteisiin. Toimintaan sisältyy sekä identiteetin omaksuminen että tuohon identiteettiin tietyissä tilanteissa liitettyjen odotusten täyttäminen. Toimijan pyrkimykset liitetään mieluummin identiteettiin ja säännön valintaan kuin intresseihin ja rationaalsiin oletuksiin. Toimintaa voidaan selittää määrittelemällä omaksutut identiteetit ja tilanteelle annettu merkitys. Käyttäytymiseen puolestaan voidaan vaikuttaa tarjoamalla vaihtoehtoisia tulkintoja itsestä ja tilanteesta. (March & Olsen, 1998, 951–952)

Vaikka inhimillisen toiminnan voidaan ajatella perustuvan joko seuraamusten laskelmointiin tai sääntöihin, eivät edellä esitetyt logiikat ole Marchin ja Olsenin (1998, 952) mukaan täysin toisiaan poissulkevia. Tämän vuoksi poliittista toimintaa ei voida selittää yksinomaan kummankaan logiikan ehdoilla, vaan toimintaan liittyy yleensä aineksia kummastakin logiikasta.

Poliittisilla toimijoilla on intressinsä, joiden perusteella he arvioivat toiminnan oletettuja seuraamuksia. Mutta heillä on myös identiteetteihinsä ja poliittisiin instituutioihin juurtuneet sääntönsä. Toimijat laskelmoivat seuraamuksia ja noudattavat sääntöjä, ja hallitseva logiikka valikoituu tilanteen mukaan. Logiikan valikoitumista on selitetty Marchin ja Olsenin mukaan eri tavoin. Yhtenä esimerkkinä voisi olla tilanne, jossa toimijoiden preferenssit ja toiminnan odotetut seuraukset ovat selkeitä, mutta identiteetit tai säännöt epäselviä. Toimintaa ohjaa silloin seuraamusten logiikka. Päinvastaisessa tilanteessa ohjaa toimintaa soveliaisuuden logiikka. (March & Olsen 1998, 952)

### 3.3 Teorettinen malli kansallisen muutoksen logiikoista

Börzel ja Risse (2000, 1) ovat kehittäneet eurooppalaistumisen kansallisia vaikutuksia käsittelevän tutkimuskirjallisuuden pohjalta hypoteeseja siitä, minkälaisissa olosuhteissa eurooppalaistumisen voidaan olettaa johtavan kansalliseen muutokseen. Ensimmäinen edellytys kansallisen tason muutokselle on heidän mukaansa jonkinasteinen ristiriita Euroopan tason ja kansallisen tason prosessien, politiikkojen tai instituutioiden välillä. Tämä ristiriita synnyttää mukautumispainetta, joka on välttämätön, mutta ei riittävä edellytys muutokselle. Sen lisäksi tarvitaan joitakin mukautumispaineeseen vastaavia helpottavia tekijöitä, jotka voivat olla toimijoita tai instituutioita.

Börzel ja Risse (2000, 1–2) ovat kuvanneet kaksi erilaista muutosprosessia, joita he nimitävät kansallisen muutoksen logiikoiksi. Toisen logiikan lähtökohtana ovat rationalistinen institutionalismi ja seuraamusten logiikka, kun taas toisen perustana ovat sosiologinen institutionalismi ja soveliaisuuden logiikka. Logiikat eroavat lähtökohdiltaan, ne painottavat erilaisia muutosta helpottavia tekijöitä ja johtavat muutokseen erilaisten mekanismien kautta.

Rationalistiseen institutionalismiin ja seuraamusten logiikkaan perustuvassa mallissa tuottaa eurooppalaistuminen uusia mahdollisuuksia ja rajoituksia omia etujaan tavoitteleville sosiaalisille ja poliittisille toimijoille. Muutoksen edellytyksenä on, että toimijat kykenevät käyttämään hyväkseen uudet mahdollisuudet. Muutosta helpottavat viralliset instituutiot, jotka tarjoavat materiaalisia tai muita resursseja mahdollisuuksien hyödyntämiseen. Toinen muutosta helpottava tekijä on vähäinen veto-oikeuksien käyttämättömyys. Uudet mahdollisuudet ja rajoitukset johtavat vaikutusvallan uusjakoon (redistribution of resources) kansallisella tasolla, jolloin joillekin toimijoille tarjoutuu lisää vaikutusmahdollisuuksia muiden toimijoiden vaikutusmahdollisuuksien vastaavasti kaantuessa. Vaikutusvallan uusjaon seurauksena saavat jotkin toimijat uudenlaisia valtuuksia (differential empowerment). Eurooppalaistuminen johtaa kansalliseen muutokseen juuri näiden uudenlaisten valtuuksien kautta. (Börzel & Risse 2000, 1–2, 5–6, 10)

Sovellan tutkimuksessani rationalistiseen institutionalismiin ja seuraamusten logiikkaan pohjautuvaa teorettista mallia. Se ohjaa osaltaan sekä tutkimuksen kysymyksenasettelua että aineiston analyysiä.

Sosiologiseen institutionalismiin ja soveliaisuuden logiikkaan pohjautuvassa mallissa tuottaa eurooppalaistuminen uusia normeja, ajatuksia ja kollektiivisia käsityksiä. Mitä enemmän ne ovat ristiriidassa kansallisten normien kanssa, sen vaikeampi niitä on liittää kansallisiin käytäntöihin muuttamatta kansallisia normeja. Muutosta helpottavat tällöin kansallisella tasolla toimivat muutosagentit, jotka suostuttelevat toisia määrittelemään uudelleen intressinsä ja identiteettinsä. Muutosagentteja voivat olla esimerkiksi episteemiset yhteisöt, jotka tuottavat tieteellistä tietoa poliittisen päätöksenteon tueksi tai jaettuihin arvoihin ja uskomuksiin perustuvat verkostot. Muutosagenttien ohella helpottavat muutosta myös konsensuksen muodostamista edistävä poliittinen kulttuuri ja muut epäviralliset instituutiot. Kansallisen tason muutos tapahtuu sosialisointin ja sosiaalisen oppimisen kautta. Prosessi johtaa uusien normien sisäistämiseen ja uusien identiteettien kehittymiseen ja edelleen kansalliseen muutokseen. (Börzel & Risse, 2000, 2, 7–10)

Börzelin ja Rissen (2000, 2) mukaan eivät edellä kuvatut kansallisen muutoksen logiikat ole toinen toisiaan poissulkevia. Ne ovat monesti meneillään samanaikaisesti tai liittyvät mukautumisen eri vaiheisiin. Olen koonnut Börzeliä ja Risseä mukailleen tiivistetyn yhteenvedon kansallisen muutoksen logiikoista taulukkoon 5.

Taulukko 5. Kansallisen muutoksen logiikat

Mallin lähtökohta	Rationalistinen institutionalismi, seuraamusten logiikka	Sosiologinen institutionalismi, soveliaisuuden logiikka
Muutoksen edellytys	Ristiriita Euroopan tason ja kansallisen tason välillä	
Ristiriidan seuraukset	Mukautumispaine kansallisella tasolla	
Eurooppalaistuminen tuottaa	Uudet mahdollisuudet ja rajoitukset	Uudet normit, ajatukset ja kollektiiviset käsitykset
Muutosta helpottavat tekijät	Viralliset instituutiot ja vähäiset veto-oikeudet	Muutosagentit ja yhteistoiminnalliset epäviralliset instituutiot
Muutosmekanismi	Vaikutusvallan uusjako	Sosialisointi ja sosiaalinen oppiminen
Muutosmekanismista seuraa	Uudenlaiset valtuudet	Normien sisäistäminen ja uusien identiteettien kehittyminen
Lopputulokset	Kansallinen muutos	

## 4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

### 4.1 Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat

Tämän laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä on teoriaohjaava sisällönanalyysi. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 95–99) jaottelevat laadullisen analyysin muodot kolmeen ryhmään sen mukaan, missä määrin teoria ohjaa aineiston hankintaa ja analyysia sekä tutkimustulosten raportointia. Aineistolähtöisessä analyysissä on aineiston hankinta vapaata suhteessa teoriaosan jo tiedettyyn tietoon tutkittavasta ilmiöstä. Analyysi on aineistolähtöistä, mikä tarkoittaa pelkistetyimmillään teorian rakentamista empiirisestä aineistosta lähtien (Eskola & Suoranta 2001, 19). Analyysiyksiköt eivät ole etukäteen suunniteltuja, vaan ne valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä raportoidaan tutkimustulokset aineistolähtöisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–99)

Teoriaohjaavassa analyysissä on aineiston hankinta aineistolähtöisen analyysin tapaan vapaata suhteessa teoriaosan jo tiedettyyn tietoon tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston analyysi on kaksiosainen: aineistolähtöinen ja teoriaohjaava. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta teoria toimii apuna analyysin etenemisessä. Tutkijan ajatteluprosessissa vaihtelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit, joita hän pyrkii yhdistelemään. Teoriaohjaavassa analyysissä raportoidaan tutkimustulokset teoriaohjaavasti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–99)

Teorialähtöinen analyysi nojaa johonkin teoriaan, malliin tai auktoriteetin esittämään ajatteluun. Aineiston hankinta ja analyysi sekä tutkimustulosten raportointi on teorialähtöistä. Tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetty sanelee sen, miten aineisto hankitaan ja miten tutkittava ilmiö käsitteenä määritellään. Myös analyysiä ohjaa valmis aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys. Tämän tyyppisessä tutkimuksessa on usein kyse teorian testaamisesta uudessa kontekstissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97–99)

Tämän tutkimuksen laadullinen analyysi on muodoltaan teoriaohjaavaa. Analysoin aineistoa ensin aineistolähtöisesti, mutta käytän teoriaa apuna analyysin etenemisessä.



Sovellan analyysissä Börzelin ja Rissen kehittämää teoreettista mallia kansallisen muutoksen logiikasta. Soveltamani mallin lähtökohtina ovat rationalistinen institutionalismi ja seuraamusten logiikka.

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Tuomen ja Sarajärven (2009, 92–110) mukaan voidaan sisällönanalyysillä tarkoittaa yksittäistä metodia tai väljää teoreettista kehystä, joka on liitettävissä erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysille ominaisia menetelmiä ovat luokittelu, teemoittelu, tyypittely ja pelkistäminen. Käytän sisällönanalyysiä väljänä teoreettisena kehyksenä, jonka puitteissa käytän teemoittelua, tyypittelyä ja pelkistämistä. Kuvaan aineiston analyysin yhteydessä, mitä näillä menetelmillä yleensä, ja erityisesti tässä tutkimuksessa tarkoitetaan ja tavoitellaan.

## **4.2 Tutkimusaineiston hankinta**

Tutkimukseni asiakirja-aineisto koostuu yhteisöjen tuomioistuimen tuomioista. Ne ovat vastauksia kansallisten tuomioistuinten esittämiin ennakkoratkaisukysymyksiin, joilla on pyritty selvittämään kansallisten säädösten ja yhteisön oikeuden yhteensopivuutta. Kansallisten tuomioistuinten käsiteltävinä olleet riita-asiat puolestaan liittyvät rajat ylittävään terveydenhuoltoon. Riita on koskenut terveystalvelujen käytöstä aiheutuneiden kustannusten korvattavuutta tai korvattavuuden edellytyksenä pidetyn ennakkoluvan myöntämisen tai epäämisen ehtoja.

Hain tuomiot Euroopan unionin tuomioistuimen verkkosivustolla olevasta oikeuskäytäntötietokannasta maaliskuun alussa vuonna 2011. Tuomioistuimen tekstien internetversiot ovat käytettävissä maksutta. Ne ovat luonteeltaan väliaikaisia, ja ne julkaistaan lopullisessa muodossaan unionin tuomioistuimen oikeustapauskokoelmassa. Painettu versio on todistusvoimainen ja syrjäyttää internetversion, mikäli tekstit eroavat toisistaan. (Curia 2011, 3) Palaan tähän kysymykseen tutkimuksen luotettavuustarkastelussa.

Haun ajallisena rajauksena oli 17.6.1997–28.2.2011. Alkuajankohta perustuu siihen, että tietokantaan sisältyivät 17.6.1997 lähtien annetut tuomiot. Hakukone on sittemmin uusittu. Uudella hakukoneella voi hakea tekstejä huomattavasti aikaisempaa laajemmin,

aina vuodesta 1954 lähtien. Huomasin uudistuksen sattumalta vuoden 2011 lopulla, mutta en lähtenyt enää siinä vaiheessa laajentamaan jo melko pitkälle työstämääni aineistoa. Haun päätepisteen valinta perustuu potilasdirektiivin hyväksymisajankohtaan. Halusin saada aineistooni kaikki potilasdirektiiviä edeltäneet oikeustapaukset. Potilasdirektiivi on ohjannut myös aineistolle asettamiani rajoja. Mukaanottokriteerit ovat seuraavat: lähtökohtana on tilanne, jossa henkilö aikoo matkustaa tai on matkustanut vakuutusjäsenvaltiostaan toiseen jäsenvaltioon tarkoituksenaan käyttää terveysterveyspalveluja, ja kyseessä olevat terveysterveyspalvelut kuuluvat potilasdirektiivin soveltamisalaan.

Tein tekstihaun seuraavilla sanoilla: *toise% %altio% sair%hoi%*. Hakutuloksia oli 81 tapausta, joista mukaanottokriteerit täytti 11 tapausta. Suurin osa poissuljetuista tapauksista ei liittynyt rajat ylittävään terveydenhuoltoon, vaan esimerkiksi verotukseen, jäsenyysselvointteiden noudattamatta jättämiseen, sukupuolten väliseen tasa-arvoon tai sijoittautumisvapauteen. Jätin aineiston ulkopuolelle kaksi rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvää tapausta (C-326, IKA ja C-145/03, Keller) sen vuoksi, että henkilö ei ollut matkustanut tarkoituksenaan käyttää terveysterveyspalveluja toisessa jäsenvaltiossa, vaan oli sairastunut siellä tilapäisen oleskelunsa aikana. Yhden tapauksen (C-208/07, von Chamier-Glisczinski) hylkäsin sen vuoksi, että siinä oli kyse päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevaa henkilöä tukevasta pitkäaikaishoidosta, joka ei kuulu potilasdirektiivin soveltamisalaan. Aineistooni kuului tässä vaiheessa 11 oikeustapausta.

Tein vielä toisen tekstihaun sanalla *terveydenhoi%*. Hakutuloksia oli 127 tapausta, joista mukaanottokriteerit täytti 10 tapausta. Niiden joukosta puuttui kaksi aikaisemmassa haussa löytynyttä tapausta, mutta mukana oli yksi uusi tapaus, joka ei sisällynyt aikaisemman haun tulokseen. Lisäsin aineistooni vielä tämän uuden tapauksen, joten aineistoni oikeustapausten lopullinen lukumäärä on 12 kappaletta. Koska kolmessa tapauksessa on kyse kahdesta kansallisessa tuomioistuimessa vireillä olevasta riita-asiasta, on aineistoon liittyvien kansallisten oikeudenkäyntien määrä yhteensä 15 kappaletta.

Ennakkoratkaisukysymykset on lähetetty yhdeksästä jäsenvaltiosta: Luxemburgista, Belgiasta, Alankomaista, Ranskasta, Saksasta, Yhdistyneestä kuningaskunnasta, Espanjasta, Kreikasta ja Bulgariasta. Luxemburgilaiset tuomioistuimet ovat käynnistäneet ennakkoratkaisumenettelyistä kaksi, ja alankomaalaiset tuomioistuimet kolme. Muilla

jäsenvaltioilla on yksi tapaus kullakin. Tuomiot on annettu vuosina 1998–2010. Tapaukset on koottu liitteeseen 2.

### 4.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutustuin aineistoon aluksi lukemalla. Luetun ymmärtämistä vaikeutti asiakirjoissa käytetty juristien kieli, joten tarvittiin useita lukukertoja, ennen kuin aineiston kokonaisuus ja tuomioiden sisäinen logiikka alkoivat hahmottua. Tässä vaiheessa aloin pohtia aineiston rajaamista. Rajaaminen osoittautui yllättävän vaikeaksi tehtäväksi, koska aineistosta löytyi paljon asioita, joita olisi kiinnostavaa tutkia. Juuri uusien kiinnostavien asioiden löytyminen laadullisen tutkimuksen aineistosta saa aloittelevan tutkijan hämilleen. Yhden tutkimuksen puitteissa ei kuitenkaan voi tutkia kuin tarkkaan rajattua kapeata ilmiötä, jonka rajaamista ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92)

Rajasin ja litteroin tapauskohtaisesti muusta aineistosta erilleen seuraavat asiat: kansallisessa tuomioistuimessa vireillä oleva asia, ennakkoratkaisukysymykset, tuomioistuimen ratkaisu, keskeiset jäsenvaltioiden huomautukset ja tuomioistuimen perustelut ratkaisulle. Litteroinnin yhteydessä kirjasin myös ennakkoratkaisupyynnön jäsenvaltion ja sen terveydenhuollon rahoitusmallin, asian käsittelyn keston kansallisella tasolla ja yhteisöjen tuomioistuimessa sekä huomautuksensa esittäneiden jäsenvaltioiden lukumäärän ja ratkaisukokoonpanoon osallistuneiden tuomareiden lukumäärän. Rajauksen ja litteroinnin jälkeen oli mahdollista edetä aineiston analyysiin.

Aloitin aineiston analysoinnin alustavalla teemoittelulla. Teemoittelu tarkoittaa aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan. Teemoittelu ja luokittelu ovat periaatteessa toistensa kaltaisia tekniikoita, mutta teemoittelussa painotetaan sitä, mitä kustakin teemasta on sanottu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93) Toteutin aineiston järjestämisen teemoittain Excel-taulukossa, jossa sarakkeet oli varattu teemoille ja rivit oikeustapauksille. Tämä työvaihe alustavine huomioineen ja johtopäätöksineen helpotti analysoitavien ilmiöiden löytämistä. Alustava teemoittelu tässä tutkimuksessa vastanneekin Ruusuvooren, Nikanderin ja Hyvärisen (2010, 11–12) kuvaamaa luokittelua.

Luokittelua voidaan heidän mukaansa pitää aineiston tuntemista ja haltuunottoa tukevana osatehtävänä, jonka tavoitteena on analysoitavien teemojen ja ilmiöiden löytäminen.

Analysoitavien ilmiöiden hahmottaminen johti tutkimuskysymysten kriittiseen tarkasteluun. Tällainen aikaisemman tutkimusvaiheen arviointi ja tarkentaminen on ominaista laadulliselle tutkimukselle, jossa tutkimuksen vaiheet liittyvät tiiviisti toisiinsa ja ovat osittain päällekkäisiä (Ruusu vuori ym. 2010, 12). Alun perin asettamani ensimmäinen tutkimuskysymys oli muotoiltu seuraavasti: ”Minkälaisia tapauksia yhteisöjen tuomioistuimella on ollut ratkaistavanaan?” Kysymys osoittautui nyt liian yleisluontoiseksi, joten asetin sen tilalle kaksi yksityiskohtaisempaa kysymystä.

Toiseksi uudelleenarviointia vaativaksi asiaksi osoittautui myöhemmin analyysin aikana aineiston rajaus. Jäsenvaltioiden huomautukset on kirjattu tuomioihin vaihtelevalla tarkkuudella, joten en pystyisi aineiston perusteella analysoimaan niitä kaikkia jäsenvaltioita tasapuolisesti huomioiden. Toisaalta kyseiset huomautukset eivät myöskään ole keskeisiä kysymyksiä tutkimuksen tarkoituksen kannalta, joten päädyin jättämään ne analyysin ulkopuolelle. Samasta syystä jätin analyysin ulkopuolelle myös huomautuksensa esittäneiden jäsenvaltioiden lukumäärän ja ratkaisukokoonpanoon osallistuneiden tuomareiden lukumäärän.

Kuvaan seuraavaksi aineiston analyysiä tutkimuskysymyksittäin. Kolmen ensimmäisen kysymyksen osalta oli analyysi aineistolähtöistä. Hain vastausta kysymyksiini käyttämällä sisällönanalyysille ominaisia menetelmiä: teemoittelua, tyypittelyä ja pelkistämistä.

Ensimmäinen tutkimuskysymys koskee tyypillistä oikeustapauksiin liittyvää tapahtumien kulkua. Käytin tässä yhteydessä analyysimenetelminä teemoittelua ja tyypittelyä. Eskolan ja Suorannan (2001, 181–182) mukaan tyypittelyssä on kyse aineiston ryhmitelystä tyypeiksi eli ryhmiksi samankaltaisia tarinoita, jotka parhaimmillaan kuvaavat aineistoa laajasti, mutta taloudellisesti. He erottavat kolme tapaa muodostaa tyyppiä: yhden tapauksen sisältävä tyyppi esimerkkinä laajemmasta aineiston osasta, yhdistetty, mahdollisimman yleinen tyyppi ja mahdollisimman laaja tyyppi, jossa mukaan otettavat asiat eivät välttämättä esiinny kaikissa tapauksissa. Tavoitteenani oli aluksi löytää yhdistetty, mahdollisimman yleinen tyyppi. Pian kuitenkin huomasin, ettei aineistosta löy-

dy yhtä mahdollisimman yleistä tyyppiä. Sen vuoksi päädyin etsimään mahdollisimman laajaa tyyppiä, jossa mukaan otettavat asiat eivät välttämättä esiinny kaikissa tapauksissa.

Tyypittely edellyttää aineiston teemoittelua (Eskola & Suoranta 2001, 181), toisin sanoen aineistosta täytyy jäsentää mukaan otettavat teemat. Mukaan ottamani teemat käyvät ilmi alla olevasta taulukosta, jossa on esimerkkejä tyypittelyä varten järjestetystä aineistosta.

Taulukko 6. Esimerkkejä tyypittelyä varten järjestetystä aineistosta

Asia	Ennakkolupa	Hoito	Korvaus	Pääasian kantaja ja vastaaja	Proessin kesto kansallisella ja EY:n tasolla
C-158/96 Kohll	Evättiin	Toteutui	Ei korvattu	Yksityishenkilö Sairausvakuutuskassa	Yli kaksi vuotta Noin kaksi vuotta
C-385/99 Müller-Fauré	Ei hakenut	Toteutui	Ei korvattu	Yksityishenkilö Sairausvakuutuskassa	Lähes neljä ja puoli vuotta Yli kolme ja puoli vuotta
C-56/01 Inizan	Evättiin	Ei toteutunut	Ei hakenut	Yksityishenkilö Sairausvakuutuskassa	Noin puolitoista vuotta Yli kaksi ja puoli vuotta
C-156/01 ANOZ	Ei hakenut	Toteutui	Ei korvattu	Sairausvakuutuskassa Yksityishenkilö	Lähes neljä vuotta Yli kaksi vuotta
C-372/04 The Queen Wattsin hakemuksesta	Evättiin	Toteutui	Ei korvattu	Kuningatar yksityishenkilön hakemuksesta Perusterveydenhuollosta vastaava säätiö ja terveysministeri	Lähes kaksi vuotta Lähes kaksi vuotta
C-466/04 Herrera	Myönnettiin	Toteutui	Hoito korvattiin, haki korvauksia myös matkustamiskustannuksista	Yksityishenkilö Julkiset terveystalvet, SCS	Noin yksi vuosi Yli puolitoista vuotta

Tyypillisen ohella oli mielenkiintoista tarkastella systemaattisesti myös tyypillisestä poikkeavaa. Mielenkiintoisimmaksi teemaksi hahmottui tässä mielessä teema pääasian kantaja ja vastaaja eli kansallisen oikeudenkäynnin asianosaiset.

Siirryn seuraavaksi kuvaamaan aineiston analyysiä toisen tutkimuskysymyksen osalta. Etsin vastausta siihen, miten yhteisön oikeuden tulkinta on tarkentunut. Analyysin kohteena ovat tuomiolauselmat. Rajasin tässä vaiheessa analyysin ulkopuolelle tuomiolauselmien osat, joissa on kyse asetuksen N:o 1408/71 22 artiklan ja perustamissopimuksen artikloiden 49, 50 ja 152 yhteensopivuudesta sekä ylemmän oikeusasteen kansalliselle

tuomioistuimelle antamien ohjeiden sitovuudesta. Nämä ovat oikeusopillisiä kysymyksiä, jotka eivät ole keskeisiä tämän tutkimuksen kysymyksenasettelun näkökulmasta.

Pelkistin tuomiolauselmat niiden käsittelyn helpottamiseksi ja järjestin pelkistetyt ilmaukset teemoittain. Teemat hahmottuivat mielessäni vähitellen aineistoa lukiessani seuraavanlaisiksi: ennakkolupa korvattavuuden edellytyksenä, ennakkoluvan epäämisen kriteerit, vakuutetuille maksettavat korvaukset, palvelujen tarjoamisen vapauden rajoittamisen oikeasuhteisuus ja muut kysymykset.

Taulukossa 5 on esitetty esimerkkejä tuomiolauselmien pelkistämisestä. Pelkistäminen tarkoittaa tutkimukselle epäolellaisen informaation karsimista pois aineistosta. Pelkistämällä saadaan tutkimustehtävän kannalta olennainen informaatio joko tiivistettyä tai pilkottua osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109) Olen tavoitellut sekä informaation tiivistymistä että sen osiin pilkkoutumista.

Taulukko 7. Esimerkkejä tuomiolauselmien pelkistämisestä

Asia	Tuomiolauselman alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
C-158/96 Kohll	Sellainen kansallinen sääntely, jonka mukaan toisessa jäsenvaltiossa toimivan hammaslääkärin suorittamista oikomispalveluista aiheutuvien kulujen korvaaminen sen jäsenvaltion korvaustaksan mukaisesti, jossa asianomainen on vakuutettu, edellyttää vakuutetun sosiaaliturvalaitoksen antamaa ennakkolupaa, on EY:n perustamissopimuksen 59 ja 60 artiklan vastainen.	Toisessa jäsenvaltiossa saadun avohoidon korvattavuuden edellytyksenä ei saa pitää ennakkolupaa.  Kansallinen sääntely on yhteisön oikeuden vastainen.
C-385/99 Müller-Fauré ja van Riet	EY:n perustamissopimuksen 59 artiklaa (josta on muutettuna tullut EY 49 artikla) ja EY:n perustamissopimuksen 60 artiklaa (josta on muutettuna tullut EY 50 artikla) on tulkittava siten, että niiden vastaisena ei ole pidettävä pääasiassa kyseessä olevan kaltaista jäsenvaltion lainsäädäntöä, jonka mukaan henkilön on pitänyt toisaalta saada sairausvakuutuskassaltaan ennakkolupa, jotta järjestelmä vastaisi sellaisesta sairaalahoidosta, joka on saatu jossakin muussa kuin vakuutetun sairausvakuutuskassan jäsenvaltiossa hoitopalvelujen tarjoajalta, jonka kanssa vakuutetun sairausvakuutuskassa ei ole tehnyt sopimusta, ja jonka mukaan toisaalta luvan myöntäminen edellyttää, että se on ollut vakuutetun hoidon kannalta tarpeen. Ennakkolupa voidaan kuitenkin hylätä tällä perusteella ainoastaan, jos potilas voi saada ajoissa samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa sellaisessa laitoksessa, jonka kanssa vakuutetun sairausvakuutuskassa on tehnyt sopimuksen.	Toisessa jäsenvaltiossa annettavan, vakuutetun hoidon kannalta tarpeellisen sairaalahoidon kustannusten korvaamiselta voidaan edellyttää ennakkolupaa.  Lupa saadaan evätä, jos samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa on saatavilla ajoissa sopimusjärjestelmään kuuluvassa laitoksessa.

Esimerkitapauksissa liittyvät pelkistettyjen ilmausten ensimmäiset osat teemaan ennakkolupa korvattavuuden edellytyksenä. Müller-Faurén ja van Rietin tapauksessa liittyy toinen osa pelkistettyä ilmausta teemaan ennakkoluvan epäämisen kriteerit. Kohllin

esimerkin pelkistetyn ilmauksen toista osaa en tarvitse tämän tutkimuskysymyksen yhteydessä, mutta se tulee käyttöön myöhemmin analysoidessani aineistoa kolmannen ja neljännen tutkimuskysymyksen yhteydessä.

Kolmas tutkimuskysymys koskee pääasioiden kantajien tavoitteiden toteutumista. Pysin aineiston perusteella päättämään, mitkä olivat heidän tavoitteensa, ja toteutuivatko ne vai eivät. Analyysimenetelmänä käytin tässä yhteydessä teemoittelua. Etsin, mitä aineistosta ilmenee seuraavista teemoista: kansallisessa tuomioistuimessa vireillä oleva asia, kansallisen tuomioistuimen toimet ja kannanotot, tuomiolauselma sekä kansalliselle tuomioistuimelle annetut ohjeet ja tehtävät. Käytin analyysissä aikaisemmin laatimiani tuomiolauselmien pelkistettyjä ilmauksia. Alla olevassa taulukossa 8 on esimerkkinä Müller-Faurén tapauksen teemoittain järjestetty aineisto ja kustakin teemasta tekemäni tulkinta.

Taulukko 8. Teemoittain järjestetty aineisto ja siitä tehty tulkinta

Asia	Kansallisessa tuomioistuimessa vireillä oleva asia	Kansallisen tuomioistuimen toimet ja kannanotot	Tuomiolauselman pelkistetty ilmaus	Kansalliselle tuomioistuimelle annetut tehtävät ja ohjeet
C-385/99 Müller-Fauré	Alankomaalaiselle Müller-Faurélle oli annettu hammashoitoa Saksassa. Hän vaati sairausvakuutuskassaa korvaamaan hänelle 7444,59 Saksan markkaa (3806,35 €) hoidosta aiheutuneina kuluina. Kassa hylkäsi korvausvaatimuksen ja hylkäävästä päätöksestä tehdyn valituksen. Müller-Fauré nosti kanteen tuomioistuimessa.	Vain osa hoidoista, 221,03 €, olisi kuulunut kansallisten säännösten mukaan korvattaviin hoitoihin. Müller-Fauré perustelee Saksasta hankkimaansa hoitoa sellaisilla seikoilla, joilla ei voida perustella ilman kassan lupaa saadun hoidon korvaamista. Asetuksen n:o 1408/71 22 artiklan soveltamisedellytykset eivät täyty, koska Müller-Faurén terveydentila ei edellyttänyt välitöntä hoitoa eikä asiassa ole osoitettu, että kyseessä olevaa hoitoa ei valittajan terveydentila huomioon ottaen voitu antaa Alankomaissa siinä ajassa, joka on ”tavallisesti välttämätöntä”.	Toisessa jäsenvaltiossa saadun avohoidon kustannusten korvaamiselta ei saa edellyttää ennakkolupaa.  Kansallinen sääntely on yhteisön oikeuden vastainen.	Yhteisöjen tuomioistuin muistuttaa, että ainoastaan jäsenvaltioilla on valta päättää vakuutettujen sairausvakuutuksen kattavuudesta. Silloin kun vakuutetut menevät hoidettavaksi ilman ennakkolupaa muuhun jäsenvaltioon kuin siihen, jossa heidät vakuuttanut sairausvakuutuskassa toimii, he eivät voi vaatia, että hoitokustannuksista vastattaisiin yli sen, mitä heille taataan sen jäsenvaltion sairausvakuutuksesta, jossa heidät on vakuutettu.
Tulkinta	Tavoitteena on saada sairausvakuutuskassalta korvaus toisessa jäsenvaltiossa syntyneistä hoitokuluista.	Kansallinen tuomioistuin on maksanut etukäteen kielteisen kannan korvausten maksamiseen.	Kansallinen tuomioistuin ei voi soveltaa yhteisön oikeuden vastaisia kansallisia säännöksiä.	Todennäköisesti Müller-Fauré sai korvaukset, mutta vain niistä hoidoista, jotka kuuluvat kansallisten säännösten mukaan korvattaviin hoitoihin.

Edellä olen kuvannut aineiston analyysiä kolmen ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta. Analyysi on tähän asti ollut aineistolähtöistä. Haen neljännellä tutkimuskysymyksellä vastausta siihen, millä tavoin yhteisöjen tuomioistuin on osallistunut kansallisten säännösten muuttamiseen. Tässä vaiheessa analyysiä otin avuksi Börzelin ja Rissen esittämän kansallisen muutoksen logiikan, jonka lähtökohtina ovat rationalistinen institutionalismi ja seuraamusten logiikka. Tämä teoreettinen malli ohjasi analyysiä. Luin ja tulkitsin teoreettista mallia ja aineistoa rinnakkain etsien aineistosta seuraavia mallin osatekijöitä:

- Ristiriita Euroopan tason ja kansallisen tason instituutioiden välillä
- Ristiriidan synnyttämä mukautumispaine
- Eurooppalaistumisen tuottamat uudet mahdollisuudet ja rajoitukset
- Muutosta helpottavat tekijät: viralliset instituutiot ja vähäiset veto-oikeudet
- Vaikutusvallan uusjako kansallisella tasolla
- Vaikutusvallan uusjaosta seuraavat uudenlaiset valtuudet
- Kansallinen muutos



## **5 TUTKIMUSTULOKSET**

### **5.1 Tyypillinen tapahtumien kulku**

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli löytää tyypillinen oikeustapauksiin liittyvä tapahtumien kulku. Etsin aineistosta mahdollisimman laajaa tyyppiä, joka kuvaisi aineistoa laajasti, mutta taloudellisesti.

Tyypittelyn tuloksena löytyi seuraavanlainen tapahtumien kulku:

Henkilö on mennyt hoitoon toiseen jäsenvaltioon ennakkolupaa hakematta tai saatuaan ennakkolupahakemukseensa kielteisen päätöksen. Sen jälkeen hän on hakenut sairausvakuutuskassaltaan tai muulta toimivaltaiselta laitokselta korvausta hoidosta aiheutuneista kustannuksista. Saatuaan sitten kielteisen päätöksen korvaushakemukseensa, hän on riitauttanut asiansa tuomioistuimessa. Asian käsittely on kestänyt kansallisella tasolla ja yhteisöjen tuomioistuimessa useita vuosia, pisimmillään Vanbraekelin tapauksessa noin 11,5 vuotta ja lyhimillään Kohllin, Peerboomsin, Leichtlen ja Wattsin tapauksissa noin 4 vuotta.

Edellä kuvatun tyypillisen tapahtumien kulun piiriin sisältyy 11 tapausta aineiston 15 tapauksesta. Neljä tyypillisen tapahtumien kulun ulkopuolelle jäänyttä tapausta (Inizan, Elchinov, Herrera ja ANOZ) poikkesivat jollain tavalla kaikista muista tapauksista. ANOZ on ainoa tapaus, jossa kansallisessa oikeudenkäynnissä on koko muusta aineistosta poiketen kantajana toimivaltainen laitos. Kaikissa muissa tapauksissa on asia riitautettu yksityishenkilön toimesta. Luen tähän joukkoon myös Wattsin asian, jossa kuningatar on kantajana yksityishenkilön hakemuksesta.

### **5.2 Yhteisön oikeuden tulkinnan tarkentuminen**

Yhteisön oikeuden tulkinta on tarkentunut tapaus tapaukselta. Oikeuden tulkinnan tarkentuessa ovat jäsenvaltioiden mahdollisuudet pitää hoidon korvattavuuden edellytyksenä ennakkolupaa vähentyneet ja ennakkoluvan epäämisen kriteerit täsmentyneet. Poti-

laille maksettavien korvausten osalta on muotoutunut kaksi rinnakkaista järjestelmää, jotka perustuvat joko asetuksen (ETY) N:o 1408/71 tai perustamissopimuksen tulkintaan. Perustamissopimuksen tulkintaan perustuva korvaus voi tietyissä tilanteissa olla potilaan kannalta edullisempi kuin sosiaaliturva-asetuksen mukainen korvaus. Oikeuden tulkinnan tarkentuminen on myös konkretisoitunut jossain määrin palvelujen tarjoamisen vapauden rajoittamisen oikeasuhteisuutta sekä selventänyt sosiaaliturva-asetuksen määräysten soveltamista eläkeläisiin, jotka asuvat muussa kuin eläkettä maksavassa jäsenvaltiossa.

En esitä oikeuden tulkinnan tarkentumista tapauskohtaisesti aikajärjestyksessä, vaan lukijalle helpommin avautuvana yhteenvetona, jota kommentoin tapauskohtaisesti. Alla olevassa taulukossa 9 on oikeuden tulkinnan tarkentuminen esitetty analyysissä käyttämiäni teemojen mukaisesti ryhmiteltynä.

Taulukko 9. Yhteisön oikeuden tulkinnan tarkentuminen

Teema	Yhteisön oikeuden tulkinta
Ennakkolupa korvattavuuden edellytyksenä	Riippumatta siitä, miten terveyspalvelut on järjestetty tai rahoitettu, ei ennakkolupaa saa pitää korvattavuuden edellytyksenä, kun kyseessä on <ul style="list-style-type: none"> <li>- hoitotarvikkeiden hankinta</li> <li>- avohoito</li> </ul> Ennakkolupaa voidaan pitää korvattavuuden edellytyksenä, kun kyseessä on <ul style="list-style-type: none"> <li>- sairaalahoido</li> </ul>
Ennakkoluvan epäämisen kriteerit	Ennakkoluvan epäämisen kriteerit ovat yhdenmukaiset tulkittaessa perustamissopimuksen 49 ja 50 artikloita ja asetusta (ETY) N:o 1408/71. <p>EY 49 ja EY 50; Lupa voidaan evätä ainoastaan silloin kun samanlaista tai potilaan kannalta tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa saadaan ajoissa siinä jäsenvaltiossa, jossa hän asuu.</p> <p>(ETY) N:o 1408/71; Ennakkolupaa ei voida evätä silloin, kun kyseessä oleva hoito kuuluu sen jäsenvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin, jonka alueella asianomainen asuu, ja kun samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa ei voida saada ajoissa tässä jäsenvaltiossa.</p> <p>Hoidon tehokkuuden arvioinnin on perustuttava kansainvälisesti tutkittuun tietoon.</p> <p>Arvioitaessa sitä, voiko potilas saada hoitoa ajoissa, on lähtökohtana pidettävä lääketieteellistä tutkimusta ja huomioitava potilaan kokonaistilanne.</p>
Vakuutetuille maksettavat korvaukset	Vakuutetulla on oikeus korvauksiin niistä hoidoista, jotka kuuluvat vakuutusjäsenvaltiossa korvattaviin hoitoihin. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoito voi kuulua jäsenvaltiossa korvattavien hoitojen joukkoon, vaikka sitä ei voida antaa kyseisessä jäsenvaltiossa.</li> </ul> <p>Kun ennakkolupa on evätty perusteettomasti, on vakuutetulla oikeus saada korvaus ennakkoluvan evänneeltä laitokselta. Hänellä ei ole kuitenkaan oikeutta täysimääräiseen korvaukseen. Vakuutetulle maksettavan korvauksen määrä voi vaihdella tulkittavan oikeuden mukaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asetuksen (ETY) N:o 1408/71 22 artikla; jos vakuutusjäsenvaltion korvaus-</li> </ul>

	<p>järjestelmä on hoitojäsenvaltion järjestelmää edullisempi, on niiden välisen erotuksen mukaisen lisäkorvauksen maksaminen harkinnanvaraista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EY 59 (muutettuna 49) artikla; lisäkorvaus on maksettava.</li> </ul> <p>Hoitoon liittyvien liitännäisten kustannusten korvaaminen voi vaihdella tulkittavan oikeuden mukaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asetuksen (ETY) N:o 1408/71 22 artikla; vakuutetulla on oikeus korvauksiin vain sairaalahoidon osalta.</li> <li>- EY 49 (ent. EY 59) artikla; matkustamisesta aiheutuvat liitännäiset kustannukset on korvattava samoin perustein kuin kansallisesti.</li> </ul>
Palvelujen tarjoamisen vapauden rajoittamisen oikeasuhteisuus	<p>Ulkomailla sijaitsevassa yksityissairaalassa aiheutuneiden hoitokulujen korvaamiselle ei voida asettaa ehdotonta ikärajaa.</p> <p>Toisessa jäsenvaltiossa ilman ennakkolupaa saadun sairaalahoidon korvattavuutta ei saa sulkea pois kaikissa tapauksissa.</p>
Muut kysymykset	<p>Eläkkeensaajan, joka asuu muussa kuin eläkettä maksavassa jäsenvaltiossa, ja on rekisteröitynyt asuinpaikkansa laitokseen, on saatava asuinpaikkansa laitokselta ennakkolupa eläkettä maksavassa jäsenvaltiossa annettavaan hoitoon.</p> <p>Kylpylähoitoon liittyvien kustannusten korvattavuuden edellytyksenä ei voi pitää sitä, että hoitoa ei aloiteta ennen liitännäisten kustannusten korvattavuutta koskevan oikeudenkäynnin päättymistä.</p>

Kommentoin seuraavaksi yhteisön oikeuden tulkinnan tarkentumista yksittäisten oikeustapausten näkökulmasta. Etenen kommentoinnissa yllä olevan taulukon teemojen mukaisessa järjestyksessä.

Luxemburgin järjestelmässä maksoivat vakuutetut saamansa hoidon ja hakivat sen jälkeen korvausta sairausvakuutuskassaltaan. Toisessa jäsenvaltiossa hankittujen hoitopalvelujen kustannuksista sai kuitenkin korvausta vain siinä tapauksessa, että vakuutettu oli saanut sairausvakuutuskassaltaan ennakkoluvan. Decker oli ostanut silmälasit belgialaiselta optikolta, ja Kohllin alaikäinen tytär oli käynyt hampaiden oikomishoidossa Saksassa. Kummankin korvausvaatimus hylättiin, koska heillä ei ollut sosiaaliturvalaitoksen antamaa ennakkolupaa. Deckerin ja Kohllin tapauksissa annetut tuomiot on annettu samana päivänä 28.4.1998. Yhteisöjen tuomioistuin totesi ratkaisuisaan Luxemburgin kansallisen sääntelyn perustamissopimuksen vapaata liikkuvuutta koskevien artikloiden vastaiseksi.

Ennakkolupavaatimus tuli arvioitavaksi uudelleen alankomaalaisten Müller-Faurén ja van Rietin tapauksessa. Alankomaiden sosiaaliturvajärjestelmä poikkesi luxemburgilaisesta järjestelmästä siinä, että vakuutetut eivät maksaneet saamastaan hoidosta, vaan saivat hoidon ilmaiseksi palvelun tuottajalta, jonka kanssa heidän sairausvakuutuskassansa oli tehnyt sopimuksen. Müller-Fauré oli hoidattanut hampaitaan saksalaisen

hammaslääkärin vastaanotolla, ja van Rietille oli tehty niveltähystys ja kyynärluun lyhennys Belgiassa. Van Rietin hoitoon sisältyi sekä sairaalassa että sairaalan ulkopuolella tehtyjä toimenpiteitä. Kummallakaan ei ollut sairausvakuutuskassan myöntämää ennakkolupaa.

Tuomioistuin totesi vuonna 2003 antamassaan tuomiossa, että toisessa jäsenvaltiossa saadun laitoshoidon ulkopuolisen hoidon kustannusten korvaamiseen vaadittava ennakkolupa on perustamissopimuksen 59 ja 60 artikloiden vastainen silloinkin, kun on otettu käyttöön luontoisetuusjärjestelmä. Sen sijaan ennakkolupaa voidaan pitää toisessa jäsenvaltiossa annettavan sairaalahoidon kustannusten korvaamisen edellytyksenä, kuten tuomioistuin oli todennut jo aikaisemmin vuonna 2001 asiassa Smits ja Peerbooms antamassaan tuomioissa.

Ennakkoluvan edellyttäminen ei kuitenkaan ollut näiden Alankomaiden kansalaisten asiassa ainoa keskeinen kysymys. Keskeistä oli myös se, milloin ennakkolupa voidaan evätä ja milloin sitä ei voi evätä. Käsittelen seuraavaksi yhteisöjen tuomioistuimen määrittelemiä ennakkoluvan epäämisen kriteereitä.

Ennakkoluvan epäämisen kriteerit ovat yhdenmukaiset tulkittaessa perustamissopimuksen 49 (entinen 59) ja 50 (entinen 60) artikloita ja asetusta (ETY) 1408/71. Epäämisen kriteerinä on kummassakin tapauksessa samanlaisen tai tehokkuudeltaan samanasteisen hoidon saatavuus ajoissa. Tuomioistuin on hienosäätänyt tätä tulkintaa tapauskohtaisesti kulloinkin kyseessä olevaan tapaukseen liittyvien erityispiirteiden mukaisesti.

Tuomioistuin linjasi ennakkoluvan epäämisen kriteereitä ensin asiassa Smits ja Peerbooms tulkiten perustamissopimuksen 59 ja 60 artikloita. Smits oli saanut saksalaisella klinikalla Parkinsonin tautiin kategorista kliinistä hoitoa. Peerbooms, joka joutui liikenneonnettomuuden seurauksena koomaan, oli ollut hoidettavana itävaltalaisessa sairaalassa ja saanut siellä intensiivistä neurostimulaatioterapiaa. Hoitoja ei pidetty alankomaalaisessa ammattikunnassa ”tavanomaisina”, eikä siitä syystä myöskään korvattavien hoitojen piiriin kuuluvina hoitoina. Tuomioistuin totesi antamassaan ratkaisussa, että hoidon ”tavanomaista” luonnetta on tulkittava siten, että lupaa ei saa evätä tällä perusteella, jos kysymyksessä olevaa hoitoa on tutkittu riittävästi, ja se on todettu päteväksi kansainvälisessä lääketieteessä. Toisaalta lupaa saadaan evätä, jos potilas voi saada ajois-

sa samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa sopimusjärjestelmän piiriin kuuluvassa laitoksessa.

Myöhemmin ranskalaisen Inizanin tapauksessa vuonna 2003 tulkitsi tuomioistuimien asetuksen (ETY) 1408/71 22 artiklaa. Inizanin sairausvakuutuskassa oli kieltäytynyt vastaamasta kustannuksista, jotka aiheutuisivat saksalaisessa sairaalassa annettavasta poikkitieteellisestä kivunlievityshoidosta. Tuomioistuimen tulkinta oli yhdenmukainen sen aikaisemmin esittämän perustamissopimuksen artikloiden tulkinnan kanssa. Lupaa ei saa evätä, kun samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa ei voida saada ajoissa jäsenvaltiossa, jossa potilas asuu.

Asetus (ETY) 1408/71 oli tulkinnan kohteena myös Yhdistyneessä kuningaskunnassa asuvan Wattsin tapauksessa. Wattsille oli tehty lonkan tekonivelleikkaus Ranskassa. Hän oli saanut kielteisen päätöksen ennakkolupahakemukseensa, ja olisi joutunut odottamaan paikallisessa sairaalassa annettavaa hoitoa. Tuomioistuimen vuonna 2004 antaman ratkaisun mukaan voidaan ennakkolupa evätä sillä perusteella, että sairaalahoitoon pääsyä koskee odotusaika. Tällöin on kuitenkin osoitettava, että odotusaika ei ylitä aikaa, joka on lääketieteellisesti perusteltu, jotta hoidon hyöty ja tehokkuus turvataan. Lääketieteellisessä arvioinnissa on otettava huomioon potilaan tilanne kokonaisuudessaan ja kaikki hänen terveydentilaansa liittyvät tekijät.

Edellä olen kommentoinut yhteisön oikeuden tulkinnan tarkentumista korvattavuuden edellytyksenä pidettävän ennakkoluvan ja sen epäämisen kriteerien näkökulmasta. Seuraavaksi siirryn käsittelemään analyysin kolmatta teemaa, vakuutetuille maksettavia korvauksia.

Vakuutetut voivat vaatia korvausta vain korvattavien hoitojen piiriin kuuluvien hoitojen kustannuksista. Tuomioistuimien viittasi tähän Müller-Faurén ja van Rietin tapauksessa tulkittaessaan perustamissopimuksen 59 ja 60 artikloita sekä Inizanin tapauksessa tulkittaessaan asetusta (ETY) 1408/71. Ennakkolupaharkinnassa on lähtökohtana se, että hoito kuuluu jäsenvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin. Hoito voi kuitenkin kuulua jäsenvaltiossa korvattaviin hoitoihin, vaikka sitä ei voida antaa kyseisessä jäsenvaltiossa. Tuomioistuimien esitti tällaisen tulkinnan edellä mainitusta asetuksesta bulgarialaisen

Elchinovin tapauksessa, jossa annettu tuomio on aineiston myöhäisin ja annettu vuonna 2010.

Elchinov oli saanut saksalaisella klinikalla huipputeknologiaa vaativaa hoitoa, jota ei voinut saada Bulgariassa. Bulgarian lainsäädännössä oli etuuksista säädetty luettelona, jossa määriteltiin korvattavat hoitotyypit, mutta ei määritelty yksityiskohtaisesti käytettäviä hoitomenetelmiä. Jos hoitomenetelmä vastaa luettelossa mainittuja hoitotyyppejä, se kuuluu niiden etuuksien joukkoon, joiden korvattavuudesta on säädetty, vaikka hoitoa ei voida antaa kyseisessä jäsenvaltiossa.

Korvauksen määrä voi vaihdella tulkittavan oikeuden mukaan. Belgialaisen Vanbraekelin puolisolle Descampsille, joka oli kuollut oikeudenkäynnin ollessa kesken, oli tehty ennakkoluvan epäämisestä huolimatta ortopedinen leikkaus ranskalaisessa sairaalassa. Ennakkoratkaisupyynnössä oli kyse siitä, pitääkö vakuutetulle aiheutuneet kulut korvata vakuutus- vai hoitojäsenvaltion järjestelmän mukaisesti, kun ennakkolupa on alun perin evätty perusteettomasti. Belgian lainsäädännön mukainen korvausprosentti oli vakuutetun kannalta Ranskan korvausprosenttia edullisempi.

Tuomioistuin antoi asiassa sekä asetuksen (ETY) 1408/71 että perustamissopimuksen 59 (muutettuna 49) artiklan mukaisen tulkinnan vuonna 2001. Asetus ei edellytä eikä estä järjestelmien välisen erotuksen mukaisen lisäkorvauksen maksamista. Sen sijaan perustamissopimuksen mukaisen tulkinnan mukaan on lisäkorvaus maksettava.

Hoitoon liittyvät liitännäiset kustannukset ovat toinen kysymys, jossa maksettavan korvauksen määrä voi vaihdella tulkittavan oikeuden mukaan. Wattsin tapauksessa, jota sivusin jo ennakkoluvan epäämisen kriteerien yhteydessä, oli kyse matkustamisesta aiheutuvien liitännäisten kustannusten korvaamisesta. Asetuksen (ETY) 1408/71 mukaan on potilaalla oikeus korvauksiin vain sairaalahoidon osalta, mutta EY 49 artiklan tulkinta edellyttää matkustamisesta aiheutuvien liitännäisten kustannusten korvaamista samoin perustein kuin kansallisesti.

Saksalainen Leichtle oli ollut kylpylähoidossa Ischian saarella Italiassa. Hänen kohdallaan liitännäiset kustannukset olivat kylpylähoidosta aiheutuneita asumiseen, ruokaan, matkoihin, kylpylähoidomaksuihin ja lääkärin loppulausuntoon liittyviä kustannuksia.

Tuomioistuin totesi vuonna 2004 antamassaan ratkaisussa, ettei toisessa jäsenvaltiossa saatavaan kylpylähoitoon liittyvien kustannusten korvaamiselle saa asettaa erilaisia edellytyksiä kuin kansallisesti.

Tuomioistuin vahvisti Wattsin tapauksessa esittämänsä asetuksen (ETY) 1408/71 tulokinnan vuonna 2006 espanjalaisen Herreran asiassa antamassaan ratkaisussa. Herrera oli saanut toimivaltaiselta laitokselta luvan mennä sen lukuun sairaalahoitoon Ranskaan. Herrera vaati toimivaltaista laitosta korvaamaan myös matkoista hänelle ja saattajana toimineelle perheen jäsenelle aiheutuneet matka- oleskelu- ja ateriakulut. Kyseisen asetuksen mukaan on vakuutetulla kuitenkin oikeus saada korvauksia vain sairaalassa aiheutuneiden oleskelu- ja ateriakulujen osalta. Näiden korvauskysymysten jälkeen siirryttiin seuraavaksi käsittelemään neljäntä teemaa, palvelujen tarjoamisen vapauden rajoittamisen oikeasuhteisuutta.

Yhteisöjen tuomioistuin on määritellyt yleisen edun mukaiset pakottavat syyt, joiden vuoksi palvelujen tarjoamisen vapauden rajoittamista voidaan pitää perusteltuna. Rajoituksen on kuitenkin oltava oikeasuhteinen sillä tavoiteltuun päämäärään nähden. Rajoituksen oikeasuhteisuutta linjattiin ensin vuonna 2007 kreikkalaisen Stamatelakin ja myöhemmin bulgarialaisen Elchinovin tapauksissa.

Stamatelakin puoliso Stamatelakis, joka kuoli oikeudenkäynnin ollessa kesken, oli ollut hoidettavana yksityisessä sairaalassa Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Hänen vakuutuslaitoksensa kieltäytyi korvaamasta hoidosta aiheutuneita kuluja, koska Kreikan lainsäädännön mukaan toisessa jäsenvaltiossa sijaitsevassa yksityissairaalassa hoitoa saaneen henkilön oli maksettava kulut ilman oikeutta korvaukseen. Ainoa poikkeus koski alle 14-vuotiata lapsia. Tuomioistuin katsoi, että Kreikan lainsäädännössä vahvistettu kieltäminen oli muotoiltu niin ehdottomaksi, ettei sitä voida pitää sopivana tavoitellun päämäärän kannalta. Päämäärä olisi voitu saavuttaa toteuttamalla vähemmän rajoittavia ja paremmin palvelujen tarjoamisen vapautta noudattavia toimenpiteitä, kuten ottamalla käyttöön ennakkolupajärjestelmä tai vahvistamalla hoitoja koskeva korvausasteikko.

Elchinov puolestaan sai hoitoa saksalaisella klinikalla ennen kuin hän oli saanut sairausvakuutuskassaltaan vastauksen ennakkolupahakemukseensa. Sairausvakuutuskassa kieltäytyi myöntämästä haettua lupaa, mikä merkitsi sitä, että Elchinov ei saisi korvaus-

ta hoidon kustannuksista. Bulgarian lainsäädäntö salli toisessa jäsenvaltiossa annetun hoidon korvaamisen vain silloin, kun vakuutettu oli saanut tähän ennakkoluvan. Tuomioistuin totesi, ettei kyseinen säännös vastaa oikeasuhteisuuden vaatimuksia. Säännös, jolla jätetään kaikissa tapauksissa korvattavuuden ulkopuolelle ilman ennakkolupaa annettu sairaalahoito, vie kiireellistä hoitoa tarvinneelta vakuutetulta mahdollisuuden siihen, että kyseinen hoito korvataan, vaikka korvattavuuden edellytykset täyttyisivätkin.

Lopuksi käsittelemme muita kysymyksiä, joiden osalta yhteisöjen oikeuden tulkinta on tarkentunut aineiston oikeustapausten myötä. Van der Duinin ja ANOZ:in tapauksissa oli kyse siitä, sovelletaanko asetuksen (ETY) 1408/71 22 artiklan säännöksiä muussa kuin eläkkeen maksamisesta vastaavassa jäsenvaltiossa asuviin eläkkeensaajiin, jotka ovat rekisteröityneet asuinpaikkansa laitokseen. Lisäksi alankomaalainen tuomioistuin halusi selvyyttä siihen, mikä on toimivaltainen laitos myöntämään ennakkoluvan eläkkeen maksamisesta vastaavassa jäsenvaltiossa annettavalle sairaalahoidolle.

Riidan aiheena oli alankomaalaisen sairausvakuutuskassan ANOZ:in kieltäytyminen vastaamasta kuluista, joita Ranskassa ja Espanjassa asuville Alankomaiden kansalaisille oli aiheutunut Alankomaissa saadusta sairaalahoidosta. Tuomioistuimen antaman ratkaisun mukaan on asuinpaikan laitos toimivaltainen laitos myönnettäessä etuuksia tällaisessa tilanteessa oleville sosiaalivakuutetuille.

Toinen muiden kysymysten teeman alueelle jäänyt asia liittyy saksalaisen Leichtlen tapaukseen. Leichtle oli riitauttanut tuomioistuimessa kielteisen päätöksen, jonka hän oli saanut Ischian saarella annettavaan kylpylähoitoon liittyvien kustannusten korvattavuutta koskevaan hakemukseensa. Hän oli mennyt kyseiseen hoitoon ennen oikeudenkäynnin päättymistä, minkä vuoksi hänelle ei Saksan lainsäädännön mukaan voitu myöntää korvauksia. Tuomioistuin totesi kansallisen lainsäädännön tältä osin yhteisön oikeuden vastaiseksi.

### **5.3 Pääasioiden kantajien tavoitteiden toteutuminen**

Aineiston 15 oikeudenkäynnissä, joissa 14 on kantajana yksityishenkilö, on yhtä poikkeusta lukuun ottamatta kyse toisessa jäsenvaltiossa käytetyistä terveystalveista ai-



heutuneiden kustannusten korvaamisesta. Poikkeava tapaus on Inizan, joka saatuaan ennakkolupa-anomukseensa kielteisen päätöksen, ei mennyt hoitoon, vaan riitautti kielteisen päätöksen. Hänen tavoitteenaan oli hylkäävän päätöksen kumoaminen. Muiden kolmentoista henkilön tavoitteena oli saada toimivaltaiselta laitokselta korvaus syntyneistä hoitokustannuksista. Ainut kantajan ominaisuudessa mukana oleva sairausvakuutuskassa ANOZ puolestaan pyrki vapautumaan sen maksettavaksi määräytyistä korvauksista.

Aineiston perusteella voi päätellä, että tavoitteensa saavuttivat todennäköisesti viisi henkilöä ja sairausvakuutuskassa. Kaksi henkilöä saavutti todennäköisesti tavoitteensa vain osittain, osan jäädessä toteutumatta. Kolmen henkilön tavoite jäi todennäköisesti kokonaan toteutumatta. Neljässä tapauksessa ei ole mahdollista päätellä kansallisen oikeudenkäynnin lopputulosta.

Taulukossa 10 on esitetty yhteenveto pääasioiden kantajien tavoitteiden toteutumisesta. Tapaukset, joissa tuomioistuin oli todennut kansallisen sääntelyn yhteisön oikeuden vastaiseksi, erottuvat muista lihavoituina.

Taulukko 10. Päätelmät pääasioiden kantajien tavoitteiden toteutumisesta

Todennäköisesti tavoite toteutui	Todennäköisesti tavoite ei toteutunut	Toteutumista ei voi päätellä aineiston perusteella
<b>Kohll</b>	Smits	Watts
<b>Decker</b>	Van der Duin	Herrera
Vanbraekel	Inizan	<b>Stamatelaki</b>
Peerbooms		<b>Elchinov</b>
<b>Müller-Fauré</b> ; niiden hoitojen osalta, jotka kuuluivat kansallisten säännösten mukaan korvattaviin hoitoihin	Müller-Fauré; niiden hoitojen osalta, jotka eivät kuuluneet kansallisten sääntöjen mukaan korvattaviin hoitoihin	
<b>Van Riet</b> ; avohoitojen osalta	Van Riet; sairaalahoidon osalta	
ANOZ		
<b>Leichtle</b>		

Komentoin päätelmiäni ensin niiden tapausten osalta, joissa pääasian kantajien tavoitteet todennäköisesti toteutuivat. Kohllin, Deckerin, Müller-Faurén, van Rietin ja Leichtlen tapauksissa totesi yhteisöjen tuomioistuin kansallisen sääntelyn yhteisön oikeuden vastaiseksi. Neljässä ensin mainitussa tapauksessa oli yhteisön oikeuden vastaista pitää avohoidon tai hoitotarvikkeiden korvattavuuden edellytyksenä ennakkolupaa. Leichtlen tapauksessa taas oli yhteisön oikeuden vastaista asettaa toisessa jäsenvaltiossa saatavaan

kylpylähoitoon liittyvien kustannusten korvaamiselle erilaiset edellytykset kuin kansallisesti. Lisäksi todettiin yhteisön oikeuden vastaiseksi sellainen vaatimus, että kylpylähoitoa ei saa aloittaa ennen siihen liittyvien kustannusten korvattavuutta koskevan oikeudenkäynnin päättymistä.

Vanbraekelin ja Peerboomsin tapauksessa oli ennakkolupa evätty perusteettomasti. Alankomaalainen ANOZ taas ei ollut toimivaltainen sairausvakuutuskassa Espanjassa asuvan ja asuinpaikkansa laitokseen rekisteröityneen alankomaiden kansalaisen osalta. Ennakkolupa Alankomaissa annettavaan hoidon kuluista vastaamiselle olisi pitänyt haakea espanjalaiselta sairausvakuutuskassalta.

Seuraavaksi kommentoin tapauksia, joissa pääasioiden kantajien tavoitteet eivät todennäköisesti toteutuneet. Ennakkoluvan epäämisen kriteerit täyttyvät Smitsin ja Inizanin tapauksissa sekä myös van Rietin tapauksessa sairaalahoidon osalta. Sen vuoksi he eivät voi vaatia ennakkolupa- tai korvaushakemuksiinsa saamiensa kielteisten päätösten kumoamista. Müller-Fauré voi vaatia korvauksia vain niistä hoidoista, jotka kuuluvat kansallisten säännösten mukaan korvattaviin hoitoihin. Muiden hoitojen osalta ei korvauksia voi vaatia. Van der Duinin tapauksessa on kyseessä Ranskassa asuvasta ja ranskalaiseen sairausvakuutuskassaan rekisteröityneestä Alankomaiden kansalaisesta, jota oli hoidettu alankomaalaisessa sairaalassa. Hoidon kuluista vastaamiselle olisi pitänyt haakea ennakkolupa toimivaltaiselta ranskalaiselta sairausvakuutuskassalta.

Lopuksi kommentoin vielä niitä neljää tapausta, joissa ei ole mahdollista päätellä kansallisen oikeudenkäynnin lopputulosta. Syynä tähän on kolmessa tapauksessa se, että yhteisöjen tuomioistuin on jättänyt kansallisen tuomioistuimen arvioitavaksi jonkin asian, mikä on keskeinen lopullisen ratkaisun kannalta. Yhden tapauksen osalta on syynä tapauksen taustatietoja niukasti kuvaava tuomio.

Wattsin tapauksessa jäi arvioitavaksi, olisiko hän päässyt hoitoon ajoissa. Elchinovin osalta taas jäi arvioitavaksi, vastasiko hänen saamansa hoito kansallisessa luettelossa mainittuja korvattavia hoitotyyppisiä. Herreran tapauksessa oli kansallinen tuomioistuin pyytänyt asetuksen (ETY) N:o 1408/71 tulkintaa vakuutetun oikeudesta saada korvausta hänelle itselleen ja saattajana toimineelle henkilölle aiheutuneista matka-, oleskelu- ja ateriakustannuksista. Asetuksessa annetaan oikeus korvaukseen vain vakuutetulle itsel-

leen sairaalassa aiheutuneista oleskelu- ja ateriakuluista. Yhteisöjen tuomioistuin viittasi tuomiolauselman ulkopuolella mahdollisuuteen soveltaa ratkaisussa perustamissopimuksen 49 artiklaa, jonka mukainen ratkaisu olisi päinvastainen kuin ennakkoratkaisupyynnössä kysytty asetuksen n:o 1408/71 tulkinta edellyttäisi. Sitä, käyttikö kansallinen tuomioistuin tämän mahdollisuuden, ei tämän aineiston pohjalta voi sanoa. Stamatelakin osalta ei kansallisen tuomioistuimen ratkaisua voi päätellä, koska tuomiosta ei käy ilmi hänen hoitoonsa liittyviä yksityiskohtia lukuun ottamatta sitä, että hoito annettiin ulkomailla sijaitsevassa yksityissairaalassa.

#### 5.4 Yhteisöjen tuomioistuimen osallistuminen kansallisten säännösten muuttamiseen

Neljännellä tutkimuskysymyksellä hain vastausta siihen, miten yhteisöjen tuomioistuin on osallistunut kansallisten säännösten muuttamiseen. Sovelsin analyysissä Börzelin ja Rissen kehittämää, rationalistiseen institutionalismiin ja seuraamusten logiikkaan pohjautuvaa teoreettista mallia kansallisen muutoksen logiikasta. Teoreettisen mallin ja aineiston rinnakkaisen lukemisen ja tulkinnan tulos on koottu alla olevaan taulukkoon.

Taulukko 11. Teoreettisen mallin ja aineiston yhtymäkohdat

Teoreettisen mallin osatekijä	Aineistosta löytynyt yhtymäkohta
Ristiriita	Euroopan tasolla on tavoitteena ihmisten, tavaroiden ja palvelujen vapaa liikkuvuus.  Jäsenvaltiot rajoittavat vapaata liikkuvuutta järjestämällä terveyspalvelut ja myöntämällä sairausetuudet kansalaisilleen omien rajojensa sisäpuolella.
Mukautumispaine	Kansalaiset käyttävät terveyspalveluja toisissa jäsenvaltioissa ja riitauttavat ennakkolupa- ja korvaushakemusten epäämisen tuomioistuimessa.
Eurooppalaistumisen tuottamat uudet mahdollisuudet ja rajoitukset	Kansallisen tason toimijoilla on mahdollisuus vedota suoraan yhteisön oikeuteen kansallisessa tuomioistuimessa.  Kansalliset viranomaiset eivät voi tätä estää.  Decker, Kohll, Leichtle ja Watts vetosivat perustamissopimuksen artikloihin. Watts vetosi myös asetukseen N:o 1408/71.
Muutosta helpottavat tekijät	Ennakkoratkaisumenettely on muutosta helpottava virallinen instituutio.  Kansallinen tuomioistuin pyytää ennakkoratkaisumenettelyssä yhteisöjen tuomioistuimelta yhteisön oikeuden tulkintaa voidakseen esimerkiksi tarkastaa, onko kansallinen lainsäädäntö yhteensopiva yhteisön oikeuden kanssa.  Tutkimuksen aineistossa oli kuusi tapausta, joissa yhteisöjen tuomioistuin totesi kansallisen sääntelyn olevan yhteisön oikeuden vastainen.

	Jäsenvaltiot voivat esittää yhteisöjen tuomioistuimelle huomautuksensa, mutta niillä ei ole veto-oikeuden käyttömahdollisuutta tuomioistuimen ratkaisun suhteen.
Muutosmekanismi: vaikutusvallan uusjako	Vedotessaan kansallisessa tuomioistuimessa yhteisön oikeuteen ovat yksittäiset kansalaiset voineet ohittaa kansalliset viranomaiset ja kyseenalaistaa kansalliset säännökset.
Uudenlaiset valtuudet	Yhteisöjen tuomioistuimen ennakkoratkaisumenettelyssä antama tuomio velvoittaa kansallista tuomioistuinta. Kansallinen tuomioistuin on pääasian ratkaisussa sidottu tulkintaan, jonka yhteisöjen tuomioistuin antaa yhteisön oikeuden säännöksistä.  Kansallinen tuomioistuin on velvollinen varmistamaan yhteisön oikeussääntöjen täyden vaikutuksen. Sen ei tarvitse odottaa, että yhteisön oikeuden kanssa ristiriitaiset kansalliset säännökset poistetaan, vaan sen tulee tarvittaessa olla soveltamatta niitä.
Kansallinen muutos	Kansallinen muutos merkitsisi kansallisten säännösten muuttamista yhteisön oikeuden kanssa yhteen sopiviksi.  Tutkimuksen aineistossa ei ole tietoja mahdollisista kansallisten säännösten muutoksista.

Jonkinasteinen ristiriita Euroopan tason ja kansallisen tason prosessien, politiikkojen tai instituutioiden välillä on mallin mukaan ensimmäinen edellytys kansallisen tason muutokselle. Tässä tutkimuksessa koskee ristiriita vapaata liikkuvuutta. Euroopan tasolla on tavoitteena ihmisten, tavaroiden ja palvelujen vapaa liikkuvuus. Jäsenvaltiot ovat kuitenkin rajoittaneet vapaata liikkuvuutta järjestämällä terveyspalvelut ja myöntämällä sairausetuudet kansallisten rajojensa sisäpuolella.

Jäsenvaltioiden rajoituksista huolimatta ovat kansalaiset käyttäneet terveyspalveluja toisissa jäsenvaltioissa ja riitauttaneet ennakkolupa- ja korvaushakemustensa epäämiset tuomioistuimessa. Kansalaisten käyttäytyminen on synnyttänyt mukautumispainetta, joka on välttämätön edellytys muutokselle. Kansalaiset ovat myös hyödyntäneet eurooppalaistumisen tuottamaa mahdollisuutta vedota kansallisessa tuomioistuimessa suoraan yhteisön oikeuteen. Tätä mahdollisuutta käytti tutkimuksen aineistossa neljä pääasian kantajaa. Vedotessaan kansallisessa tuomioistuimessa yhteisön oikeuteen, ovat yksittäiset kansalaiset voineet ohittaa kansalliset viranomaiset ja kyseenalaistaa kansalliset säännökset, eivätkä kansalliset viranomaiset ole voineet sitä estää. Asetelmassa on kyse vaikutusvallan uusjaosta, mikä on soveltamani mallin muutosmekanismi.

Kansallisen muutoksen edellytyksenä on, että toimijat kykenevät käyttämään hyväkseen eurooppalaistumisen tuottamat mahdollisuudet. Siihen tarvitaan muutosta helpottavia tekijöitä, joita voivat olla viralliset instituutiot ja vähäinen veto-oikeuden käyttömahdol-

lisuus. Ennakkoratkaisumenettely on tässä tutkimuksessa kansallista muutosta helpottava virallinen instituutio. Kansalliset tuomioistuimet ovat voineet pyytää yhteisöjen tuomioistuimelta yhteisön oikeuden tulkintaa ja tarkastaa, onko kansallinen lainsäädäntö yhteensopiva yhteisön oikeuden kanssa. Jäsenvaltiot ovat voineet esittää tuomioistuimelle huomautuksensa, mutta niillä ei ole ollut veto-oikeuden käyttömahdollisuutta tuomioistuimen ratkaisujen suhteen.

Etukäteisenä oletuksenani oli, että yhteisöjen tuomioistuinta voidaan pitää malliin sisältyvänä kansallista muutosta helpottavana virallisena instituutiona. Analyysin tulos tukee tätä oletusta, mutta tuomioistuin ei helpota kansallista muutosta yksin, vaan osana ennakkoratkaisumenettelyä. Yhteisöjen tuomioistuimella on keskeinen rooli ennakkoratkaisumenettelyssä, koska sillä on yksinoikeus tulkita yhteisön oikeutta, ja koska sen antama tuomio sitoo ennakkoratkaisukysymyksen esittänyttä kansallista tuomioistuinta.

Aineistosta löytyi kuusi tapausta, joissa yhteisöjen tuomioistuin on osallistunut kansallisten säännösten muuttamiseen. Tuomioistuin totesi näissä tapauksissa kansallisen sääntelyn yhteisön oikeuden vastaiseksi. Kansalliset tuomioistuimet eivät voi soveltaa yhteisön oikeuden kanssa ristiriitaisia kansallisia säännöksiä. Yhteisöjen tuomioistuimen valtuuttamina niiden tulee olla soveltamatta voimassa olevia kansallisia säännöksiä ja perustaa pääasioissa tekemänsä ratkaisut yhteisön oikeuteen.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään käsitteitä validiteetti ja reliabiliteetti. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2008, 226) Käsitteet ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä ja ne soveltuvat huonosti laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin (Ruusuvoori ym. 2010, 26–27; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136).

Menetelmäkirjallisuudessa on esitetty vaihtoehtoisia käsitteitä, jotka soveltuvat paremmin laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Raunio (1999, 330) puhuu analyysin arvioitavuudesta ja toistettavuudesta. Arvioitavuuden ja toistettavuuden vaatimukset edellyttävät, että tutkimusraportissa on esitettävä analyysin tulosten lisäksi kaikki ne tutkimuksen vaiheet, joiden kautta tuloksiin on päädytty. Tutkimuksen tulee olla kenen hyvänsä pätevän tutkijan arvioitavissa ja toistettavissa.

Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat tarkkojen mittavälineiden sijaan analyysin systemaattisuuden ja tulkinnan luotettavuuden kriteerit. Tutkimusraportissa avataan kaikki tutkimuksen kuluessa tehdyt valinnat, rajaukset ja analyysin etenemistä ohjaavat periaatteet. Tulkinnan luotettavuutta voidaan lisätä kuvaamalla lukijalle aineiston kokonaisuus ja ne aineiston osat, joille päähavainnot rakentuvat. (Ruusuvoori ym. 2010, 27)

Olen kuvannut neljännessä luvussa tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat sekä tutkimusaineiston hankinnan ja analyysin. Aineiston hankinnan osalta olen perustellut haun ajallisen rajauksen sekä kuvannut oikeustapauksille asettamani mukaanottokriteerit. Lisäksi olen yksilöinyt aineiston ulkopuolelle jättämäni oikeustapaukset ja esittänyt perustelut niiden hylkäämiselle.

Aineiston analyysin osalta olen pyrkinyt kuvaamaan ja perustelemaan kaikki tekemäni rajaukset ja analyysin etenemistä ohjaavat periaatteet. Olen myös antanut lukijalle esi-

merkkejä siitä, miten olen toteuttanut analyysin kunkin tutkimuskysymyksen osalta. Toivon tämän helpottavan lukijaa analyysin systemaattisuuden ja tulkinnan luotettavuuden arvioinnissa.

Ruusuvuori (2010, 27) työtovereineen toteaa validiteetin arvioinnin tarkoittavan laadullisessa tutkimuksessa aineiston ja siitä tehtävien tulkintojen käyppyyden arviointia. Tutkijan tulisi arvioida muun muassa sitä, onko hän valinnut sellaisen aineiston, jonka pohjalta hän voi vastata tutkimuskysymyksiinsä.

Aineiston valinta on osoittautunut ongelmalliseksi neljännen tutkimuskysymyksen osalta. Hain neljännellä tutkimuskysymyksellä vastausta siihen, miten yhteisöjen tuomioistuin on osallistunut kansallisten säännösten muuttamiseen. Tutkimuksen tuloksena oli, että tuomioistuin on osallistunut kansallisten säännösten muuttamiseen tulkitsemalla yhteisön oikeutta ja toteamalla kuudessa tapauksessa kansallisen säännöksen yhteisön oikeuden vastaiseksi. Tämä edellyttäisi kansallisten säännösten muuttamista, koska kansallisilla lainsäätäjillä on velvollisuus harmonisoida kansallinen lainsäädäntö EY/EU:n oikeuden kanssa.

Tutkimuksen aineistossa ei ole tietoja mahdollisista kansallisten säännösten muutoksista, joten joudun siltä osin tukeutumaan tutkimuksen taustakirjallisuuteen. Tutkimuksen kokonaisuus olisi ollut onnistuneempi, jos olisin kerännyt kirjallisuuskatsauksen avulla toisen aineiston tuomioistuimen ratkaisujen kansallisesta toimeenpanosta.

Arvioin lopuksi vielä tutkimusaineiston luotettavuutta. Aineisto koostuu yhteisöjen tuomioistuimen tuomioiden suomenkielisistä internetversioista. Tuomioistuimen tekstien internetversiot ovat luonteeltaan väliaikaisia, ja ne julkaistaan lopullisessa muodossaan yhteisöjen/unionin tuomioistuimen oikeustapauskokoelmassa. Painettu versio on todistusvoimainen ja syrjäyttää internetversion, mikäli tekstit eroavat toisistaan. (Curia 2011c, 5)

Aineistoni luotettavuuden varmistamiseksi kävin kesällä 2012 vertaamassa tuomioiden verkkoversioita painettuihin versioihin Eduskunnan kirjastossa. En lukenut tuomioita kokonaisuudessaan, vaan aineiston analyysiin rajaamieni asioiden osalta. Tekstien rinnakkainen lukeminen oli siitä huolimatta työlästä, ja edellytti asiointia käsikirjastossa

useampana päivänä. Sain käyttööni tarvittavat niteet yhtä lukuun ottamatta. Puuttuva nide 2010 I - 08889 olisi sisältänyt asiassa C-173/09, Elchinov annetun tuomion. Tarkistin puuttuvan niteen saatavuutta vielä lokakuussa 2012. Toimitusvaikeuksien vuoksi se ei ollut vielä silloinkaan saatavissa.

En löytänyt eroavuuksia tekstien internetversioiden ja painettujen versioiden välillä. Myös käännösvirhe, jonka olin löytänyt tuomion C-157/99 tuomiolauselmasta, esiintyi samanlaisena molemmissa tekstiversioissa. Lähetin CURIA-sivuston yhteydenotosta käännösvirhettä koskevan palautteen. Lehdistö- ja tiedotusasioiden Pohjoismaiden yksikön päällikkö kiitti palautteestani ja kertoi välittäneensä viestini edelleen suomen kielen käännösyksikön päällikölle. Suomenkielen käännösyksiköstä ei ole kommentoitu palautettani.

Virheellisesti käännetyssä tekstiosuudessa oli kyse ennakkoluvan epäämisen kriteereistä. Alla olevassa taulukossa 12 on vertailtavissa suomenkielinen teksti ja saman tekstin englannin-, ruotsin-, saksan- ja hollanninkieliset versiot. Oikeudenkäyntikieli on hollanti. Kyse ei ole siitä, että asia ilmaistaan eri kielillä eri tavoin, vaan siitä, että suomenkielisen tekstin merkityssisältö poikkeaa kaikista muista.

TAULUKKO 12. Suomenkielinen teksti verrattuna samaan tekstiin muilla kielillä

Teksti suomeksi	Teksti muilla kielillä
<p>-hoidon "tavanomaista" luonnetta koskevaa edellytystä tulkitaan siten, että <b>lupa saadaan evätä</b> tällä perusteella ainoastaan, jos kysymyksessä olevaa hoitoa on tutkittu riittävästi ja todettu päteväksi kansainvälisessä lääketieteessä</p>	<p>-the requirement that the treatment must be regarded as "normal" is construed to the effect that <b>authorisation cannot be refused</b> on that ground where it appears that the treatment concerned is sufficiently tried and tested by international medical science,</p> <p>-kravet att behandlingen skall vara av "sedvanlig" karaktär tolkas på sådant sätt att <b>ansökan om tillstånd inte kan avslås</b> med den motiveringen, när det framgår att den ifrågavarande behandlingen är tillräckligt beprövad och erkänd av den internationella medicinska vetenskapen,</p> <p>-die Voraussetzung der "Üblichkeit" der Behandlung so ausgelegt wird, dass <b>die Genehmigung ihretwegen nicht versagt werden kann</b>, wenn es sich erweist, dass die betreffende Behandlung in der internationalen Medizin hinreichend erprobt und anerkannt ist,</p> <p>-het vereiste van de "gebruikelijkheid" van de behandeling aldus wordt uitgelegd, dat <b>de toestemming niet uit dien hoofde kan worden geweigerd</b> wanneer blijkt dat de betrokken behandeling door de international medische wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk is bevonden,</p>



Syksyllä 2013 jouduin arvioimaan aineistoni laatua aivan uudesta näkökulmasta. Tutustuin tuolloin Paunio-oikeustieteen alaan kuuluvaan väitöskirjatutkimukseen, johon sisältyi minulle merkittävä uusi tieto. Unionin oikeus on todistusvoimaista kaikilla unionin virallisilla kielillä, mutta unionin tuomioistuimen tuomiot ovat todistusvoimaisia vain oikeudenkäyntikielillä (Paunio 2011, 5; Liiri 2008, 212).

Tieto oli hämmentävä, koska yhdessäkään lukemassani tuomioistuimen ratkaisuihin liittyvässä kirjoituksessa ei viitata millään tavoin asiakirjojen kieleen. Hämmentävä tieto tuntui vievän pohjan pois koko tutkimukselta, ja katkaisi kirjoitustyöni muutamaksi kuukaudeksi. Asiaa pohdittuani olen kuitenkin päätenyt saattamaan työni loppuun asti. Tutkimuksen aineistona ovat tuomioiden suomenkieliset internetversiot, joiden yhdenmukaisuuden painettujen versioiden kanssa olen tarkastanut Elchinovin tapausta lukuun ottamatta. Tutkimusraportin lukijan on syytä tiedostaa, että suomenkieliset versiot eivät ole todistusvoimaisia.

Edellä kerrotun vuoksi en ole enää pitänyt mielekkäänä etsiä oikeustapauskokoelman suomenkielistä nidettä 2010 I - 08889. Elchinovin asiassa annetun tuomion lopullista todistusvoimaista versiota pitäisi lukea bulgariankielisestä painoksesta, koska oikeudenkäyntikieli on bulgaria.

Potilasdirektiivin johdanto-osan mukaan on direktiivin yhtenä tarkoituksena vahvistaa säännöt potilaiden liikkuvuuden varmistamiseksi unionin tuomioistuimen vahvistamien periaatteiden mukaisesti (EUVL L 88, 4.4.2011, 46). En ole havainnut ristiriitaisuuksia potilasdirektiivin ja aineistoni välillä.

Elchinovin asiassa 5.10.2010 annettu tuomio ei ehtinyt direktiiviehdotukseen. Siihen viitataan ainoastaan direktiivin johdanto-osassa seuraavasti: "Jos etuuskien luettelossa ei tarkasti määritetä sovellettavaa hoitomenetelmää vaan siinä määritetään hoitotyypit, vakuutusjäsenvaltio ei saisi kieltäytyä antamasta ennakkolupaa tai myöntämästä korvauksella sillä perusteella, että hoitomenetelmää ei ole saatavilla sen alueella, vaan sen olisi arvioitava, vastaako haettu tai saatu rajatylittävä hoito etuuksia, joista säädetään sen lainsäädännössä." (EUVL L 88, 4.4.2011, 49)

Olen edellä tarkastellut tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuteen liittyvät tekijät ja tutkimusetiikka kietoutuvat tiiviisti toisiinsa (Kylmä & Juvakka 2007, 146; Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Näin ollen voidaan monia edellä esitettyjä luotettavuuteen liittyviä tekijöitä tarkastella myös eettisinä kysymyksinä. Tutkimuksen eettisiin vaatimuksiin kuuluu muun muassa se, että tutkimus raportoidaan huolellisesti (Hirsijärvi ym. 2008, 26; Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Tähän olen pyrkinyt kuvaamalla tutkimustulosten lisäksi kaikki ne tutkimuksen vaiheet, joiden kautta olen päätenyt tuloksiin. Lisäksi olen kuvannut tutkimuksen kuluessa tehdyt valinnat, rajaukset ja analyysin etenemistä ohjaavat periaatteet.

Tutkimuksen eettisten vaatimusten mukainen raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Tästä syystä on myös tutkimuksen puutteet tuotava julki. (Hirsijärvi ym. 2008, 26) Kuvasin edellä luotettavuustarkastelun yhteydessä aineiston valintaan ja laatuun liittyviä puutteita. Tutkimuksen aineistoon ei sisälly tietoja kansallisten säännösten muutoksista, vaan olen niiden osalta joutunut tukeutumaan tutkimuksen taustakirjallisuuteen. Aineiston laatua taas heikentää se, että tuomioiden suomenkieliset versiot eivät ole todistusvoimaisia.

Myös tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys (Hirsijärvi ym. 2008, 24; Kylmä & Juvakka 2007, 144; Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Ottaen huomioon, että pro gradu - tutkielma pitäisi pystyä tekemään kohtuullisen ajan kuluessa, ei oma aiheen valintani ole kaikkein onnistunein. Valitsin aiheen, johon minulla ei ollut riittäviä tiedollisia valmiuksia, vaan aloitin tutkielman teoreettiseen viitekehykseen sisältyviin asioihin tutustumisen aakkosista. Olen käyttänyt tutkielman tekemiseen kohtuuttomasti aikaa.

Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden nimettömyyttä korostetaan menetelmäkirjallisuudessa (Hirsijärvi ym. 2008, 27; Kylmä & Juvakka 2007, 149; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Tässä tutkimuksessa ei ole tutkimukseen osallistuvia henkilöitä. Tutkimusaineistona ovat yhteisöjen tuomioistuimen tuomiot, jotka ovat julkisia ja siten kaikkien saatavilla. Oikeustapauksiin liittyvien henkilöiden nimet esiintyvät yleisesti kansainvälisessä kirjallisuudessa.

## 6.2 Tulosten tarkastelu

Tarkastelen seuraavaksi tutkimuksen tuloksia pääasioiden kantajien ja yleisemminkin jäsenvaltioiden kansalaisten sekä jäsenvaltioiden ja soveltamani teoreettisen mallin näkökulmista. Korvausten hakeminen oikeusteitse on merkinnyt pääasioiden kantajien kannalta vuosikausia kestävä prosessia, jonka lopputulos on ollut epävarma. Yhteisöjen tuomioistuin on ratkaisullaan pyrkinyt turvaamaan palvelujen tarjoamisen vapauden, mistä potilaat palvelujen käyttäjinä ovat todennäköisesti monessa tapauksessa hyötynneet.

Yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisut ovat lisänneet jäsenvaltioiden kansalaisten valinnan mahdollisuuksia yli kansallisten rajojen. Kansalaiset voivat ratkaisujen perusteella hankkia hoitotarvikkeita tai hakeutua avohoitoon toisen jäsenvaltion alueella ilman ennakkolupaa. Heillä on myös oikeus saada korvaus aiheutuneista kustannuksista oman maansa sosiaaliturvajärjestelmästä. Korvausten saamisen edellytyksenä on kuitenkin kyseisten hoitotarvikkeiden tai hoidon kuuluminen heidän kotimaassaan säädettyihin etuuksiin.

Jäsenvaltioiden näkökulmasta ovat tuomioistuimen ratkaisut rajoittaneet niiden mahdollisuuksia pitää ennakkolupaa toisessa jäsenvaltiossa käytettyjen terveyspalvelujen korvattavuuden edellytyksenä. Ne voivat edellyttää ennakkolupaa ainoastaan toisessa jäsenvaltiossa saadun sairaalahoidon osalta. Yhteisöjen tuomioistuin on myös määritellyt ennakkoluvan myöntämisen ja epäämisen kriteerit, mikä rajoittaa jäsenvaltioiden itsestä harkintaa lupahakemusten käsittelyssä.

Ennakkoratkaisumenettelyyn johtaneet prosessit ovat yhtä poikkeusta lukuun ottamatta käynnistyneet alun perin yksittäisten kansalaisten aloitteesta. Yksittäiset kansalaiset ovat näin voineet ohittaa kansalliset viranomaiset ja kyseenalaistaa kansalliset säännökset. Tuomioistuin ei kuitenkaan ole kyseenalaistanut jäsenvaltioiden toimivaltaa määrittellä sairautetuudet tai järjestää ja tarjota kansalaisilleen terveyspalvelut. Se on todennut, että ainoastaan jäsenvaltioilla on valta päättää vakuutettujen sairausvakuutuksen kattavuudesta (esimerkiksi asia C-385/99, Müller-Fauré ja van Riet, kohta 98).

Tuomioistuin ei myöskään ole puuttunut siihen, miten terveystalvet ja sairaanhoito tulisi järjestää ja tarjota. Se kuuluu edelleen jäsenvaltioiden yksinomaiseen toimivaltaan. Jäsenvaltioiden on kuitenkin tätä toimivaltaa käyttäessään noudatettava yhteisön oikeutta ja otettava huomioon muun muassa vapaan liikkuvuuden toteutuminen. Tässä mielessä ovat tuomioistuimen ratkaisut merkinneet, kuten Kattelus ja Saari (2006, 84) toteavat, kansallisen liikkumavaran uudelleen määrittelyä.

Tarkastelen vielä tutkimuksen tuloksia soveltamani teoreettisen mallin näkökulmasta. Tarkastelun kohteena on ensinnäkin vähäinen veto-oikeuden käyttömahdollisuus, joka on toinen malliin sisältyvistä muutosta helpottavista tekijöistä. Toisena tarkastelun kohteena on kansallisten tuomioistuinten osuus muutoksen helpottajana.

Totesin edellä luotettavuuspohdinnassa, että tutkimukseni aineisto ei kata kansallista muutosta. Sen tavoittamiseksi joudun tukeutumaan tutkimuksen taustakirjallisuuteen, mistä löytyy selkeitä viitteitä siitä, että veton käyttöä on aiheellista tarkastella ennakkoratkaisumenettelyä laajemmassa yhteydessä. Ennakkoratkaisumenettelyssä ovat jäsenvaltiot voineet esittää huomautuksensa, mutta niillä ei ole ollut veto-oikeutta tuomioistuimen ratkaisuihin. Veton käyttö on ollut mahdollista vasta myöhemmin, nimittäin tuomioistuimen ratkaisujen kansallisen toimeenpanon yhteydessä.

Yhteisön/unionin tuomioistuimen päätökset toimeenpannaan kansallisella tasolla, missä kansalliset lainsäätäjät tulkitsevat niiden merkitystä. Kansallisella tasolla tehty tulkinta saattaa rajoittaa merkittävästi tuomioistuimen ratkaisujen vaikutusta kansalliseen lainsäädäntöön ja terveystalviikkaan. Tällaiseen tulokseen päätyivät Martinsen ja Vrangbæk (2008, 171–172) tutkimuksessaan, jonka kohteena olivat eurooppalaistumisprosessi ja Euroopan unionin vaikutus Tanskan kansalliseen terveystalviikkaan. Tanskan tulkinnan mukaan palvelu oli palvelu perustamissopimuksen tarkoittamassa mielessä vain siinä tapauksessa, että asiakas maksoi sen käyttämisestä osan itse. Tulkinta rajasi korvauskäytännön ulkopuolelle suurimman osan tanskalaisista, koska terveystalvet tuotetaan vakuutusryhmän yksi valinneille vakuutetuille luontaisuuorituksina.

Myös Greerin ja Rauscherin (2011, 227–231) tutkimuksen tulokset kertovat toimeenpanovajeesta. Tutkimuksen kohteena olivat Saksan ja UK:n reaktiot tuomioistuimen ratkaisuihin. Lainsäädäntöä muutettiin hitaasti. Saksassa vakuutetut saivat oikeuden hank-

kia avoterveydenhuollon palveluja toisista jäsenvaltioista vuonna 2003, viiden vuoden kuluttua Kohllin ja Deckerin tuomioiden julistamisesta. UK:n lainsäädännössä vastaava uudistus toteutettiin vasta vuonna 2010.

Toimeenpanovaje kansallisella tasolla saattaakin olla hoidon laatu- ja turvallisuuskysymysten lisäksi yksi syy siihen, miksi potilasdirektiivi tarvittiin. Komissio valvoo potilasdirektiivin toimeenpanoa kansallisella tasolla (EUVL L 88, 20 artikla).

Lopuksi tarkastelen kansallisten tuomioistuinten osuutta muutoksen helpottajina. Soveltamassani mallissa tuottaa eurooppalaistuminen uusia mahdollisuuksia ja rajoituksia omia etujaan tavoitteleville sosiaalisille ja poliittisille toimijoille. Uutena mahdollisuutena voidaan tulkintani mukaan pitää kansallisen tason toimijoiden mahdollisuutta vedota kansallisessa tuomioistuimessa suoraan yhteisön oikeuteen. Pääasian kantaja käytti mahdollisuutta hyväkseen vain neljässä oikeustapauksessa, mutta kansalliset tuomioistuimet ovat pyytäneet yhteisöjen tuomioistuimelta yhteisön oikeuden tulkintaa kaikissa aineistoni oikeustapauksissa.

Edellä todetusta voi päätellä, että kansallisilla tuomioistuimilla on merkittävä rooli muutoksen helpottajina. Obermaier (2008, 735) ilmaisee saman asian toisin sanoin. Hänen mukaansa on kansallisilla oikeuslaitoksilla merkittävä rooli yhteisön oikeuden ja yhteisöjen tuomioistuimen ratkaisujen toimeenpanon valvojina. Ne voivat edistää integraatiota pakottamalla vastahakoiset hallitukset harmonisoimaan kansallisia säädöksiä yhteisön oikeuden kanssa yhteensopiviksi.

Miksi kansalliset tuomioistuimet ovat halunneet käydä vuoropuhelua yhteisöjen tuomioistuimen kanssa? Rationalistiseen institutionalismiin ja seuraamusten logiikkaan perustuva malli ei anna vastausta tähän kysymykseen.

### **6.3 Päätelmät ja jatkotutkimusaiheet**

Tutkimuksen tulokset havainnollistavat sitä, miten vaikeaa on ylläpitää selkeää rajaa eurooppalaisen ja kansallisen politiikan välillä. Ihmisten, tavaroiden, palvelujen ja pääoman vapaa liikkuvuus ovat keskeinen osa sisämarkkinoiden toimintaa, ja vapaa liikku-

vuus turvataan EU:n perussopimuksessa. Terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestäminen kuuluvat jäsenvaltioiden yksinomaiseen toimivaltaan. Niiden on kuitenkin tätä toimivaltaa käyttäessään noudatettava yhteisön/unionin oikeutta. Yhteisön oikeus ulottui tutkimuksen aineistona olevien oikeustapausten myötä kansalliselle tasolle yksittäisten kansalaisten aloitteesta.

Sovelsin tutkimuksessani Börzelin ja Rissen kehittämää teoreettista mallia kansallisen muutoksen logiikasta. Soveltamani mallin lähtökohtina ovat rationalistinen institutionalismi ja seuraamusten logiikka. Tutkimuksen tulosten mukaan voidaan ennakkoratkaisumenettelyä pitää malliin sisältyvänä kansallista muutosta helpottavana virallisena instituutiona. Malli ei kuitenkaan anna vastausta siihen, miksi kansalliset tuomioistuimet ovat halunneet käydä vuoropuhelua yhteisöjen tuomioistuimen kanssa.

Börzel ja Risse (2000, 2) ovat kuvanneet myös toisenlaisen kansallisen muutoksen logiikan, jonka perustana ovat sosiologinen institutionalismi ja soveliaisuuden logiikka. He eivät pidä lähtökohdiltaan erilaisia kansallisen muutoksen logiikoita toisiaan poisulkevinä. Pikemminkin ovat niissä kuvatut erilaiset muutosprosessit usein meneillään samaan aikaan tai ne liittyvät mukautumisen eri vaiheisiin. Tämän tutkimuksen jatkona olisikin kiinnostavaa tutkia, onko osa muutosprosessista ymmärrettävissä paremmin sosiologiseen institutionalismiin ja soveliaisuuden logiikkaan perustuvan teoreettisen mallin avulla.

## LÄHTEET

### Virallislähteet

Asia C-496/01. Euroopan yhteisöjen komissio vastaan Ranskan tasavalta.

EUVL 2010 C 83. Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen konsolidoitu toisinto.

EUVL L 88, 4.4.2011. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9 päivänä maaliskuuta 2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa, 45–65.

EUVL L 166, 30.4.2004. Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 883/2004, annettu 29 päivänä huhtikuuta 2004, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta.

EUVL L 284, 30.10.2009. 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.

EYVL 17, 6.10.1958. Asetus N:o 1, Euroopan talousyhteisössä käytettäviä kieliä koskevista järjestelyistä; sellaisena kuin se on muutettuna useilla liittymisasiakirjoilla, 358.

EYVL 1992 C 224. Treaty on European Union, together with the complete text of the Treaty establishing the European Community.

EYVL 1997 C 340. Euroopan yhteisön perustamissopimus (Konsolidoitu toisinto 1997).

EYVL 2002 C 325. Euroopan yhteisön perustamissopimus (Konsolidoitu toisinto).

Sairausvakuutuslaki 2004. 21.12.2004/1224. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/laki/alkup/2004/20041224>. (Luettu 26.1.2013)

### Kirjallisuus

Anon. 2006a. Boundless patient treatment in the Euregio Rhein-Waal. Poster. Cross-Border Activities – Good Practice for Better Health. Workshop of the Project “Evaluation of border regions in the European Union (EUREGIO)”, 20/21 January 2006, Bielefeld. Saatavissa: [http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-045-boundless\\_patient\\_treatment.descr.pdf](http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-045-boundless_patient_treatment.descr.pdf) (Luettu 18.5.2013).

Anon. 2006b. (Integration) Zorg op Maat – (I)ZOM. Poster. Cross-Border Activities – Good Practice for Better Health. Workshop of the Project “Evaluation of border regions in the European Union (EUREGIO)”, 20/21 January 2006, Bielefeld. Saatavissa: [http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-047-\(i\)zom.descr.pdf](http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-047-(i)zom.descr.pdf) (Luettu 18.5.2013).

Anon. 2006c. Health Card International – GCi. Poster. Cross-Border Activities – Good Practice for Better Health. Workshop of the Project “Evaluation of border regions in the European Union (EUREGIO)”, 20/21 January 2006, Bielefeld. Saatavissa: [http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-325-health\\_card\\_international.descr.pdf](http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-325-health_card_international.descr.pdf) (Luettu 18.5.2013).

Anon. 2006d. Contracting Belgian Health Care. Poster. Cross-Border Activities – Good Practice for Better Health. Workshop of the Project “Evaluation of border regions in the European Union (EUREGIO)”, 20/21 January 2006, Bielefeld. Saatavissa: [http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-334-contracting\\_belgian\\_health\\_care.descr.pdf](http://www.euregio.nrw.de/project-descriptions/id-334-contracting_belgian_health_care.descr.pdf) (Luettu 18.5.2013).

Berndtson Erkki 2005 (1992). *Politiikka tieteenä. Johdatus valtio-opilliseen ajatteluun*. 10. painos. Hallinnon kehittämiskeskus Edita, Helsinki.

Busse Reinhard, Wörz Markus, Foubister Thomas, Mossialos Elias & Berman Philip 2006. Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCESS). Final Report. Saatavissa: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2003/action1/docs/2003\\_1\\_22\\_frep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_22_frep_en.pdf) (Luettu 18.5.2013).

Börzel Tanja A. & Risse Thomas 2000. When Europe Hits Home: Europeanization and Domestic Change. *European Integration online Papers (EIoP)* 4 (15). Saatavissa: <http://eiop.or.at/eiop/texte/2000-015.htm>. (Luettu 17.7.2011).

Campbell John L. 2004. *Institutional Change and Globalization*. Princeton University Press, Princeton.

Curia 2007. Euroopan yhteisöjen tuomioistuin: historia, rakennukset, symbolit. Euroopan yhteisöjen julkaisutoimisto. Saatavissa: [http://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2008-11/fi\\_historique.pdf](http://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2008-11/fi_historique.pdf) (Luettu 15.1.2011).

Curia 2011a. Yleisesittely. Saatavissa: [http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2\\_6999/](http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2_6999/) (Luettu 15.1.2011).

Curia 2011b. Unionin tuomioistuin. Saatavissa: [http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2\\_7024/](http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2_7024/) (Luettu 15.1.2011).

Curia 2011c. Tietokannan sisältö. Saatavissa: [http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2\\_14954/?portal=j\\_55&printView=true](http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2_14954/?portal=j_55&printView=true) (Luettu 19.1.2011).

Curia 2014a. Yleisesittely – Euroopan unionin tuomioistuin. Saatavissa: [http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2\\_6999/](http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2_6999/) (Luettu 15.6.2014)

Curia 2014b. Esittely – Unionin tuomioistuin. Saatavissa: [http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2\\_7024/](http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2_7024/) (Luettu 15.6.2014)

Curia 2014c. Esittely – Unionin yleinen tuomioistuin. Saatavissa:



[http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2\\_7033/](http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2_7033/) (Luettu 15.6.2014)

Curia 2014d. Esittely – Unionin virkamiestuomioistuin. Saatavissa:  
[http://curia.europa.eu/jcms/jcms/T5\\_5230/](http://curia.europa.eu/jcms/jcms/T5_5230/) (Luettu 15.6.2014)

Eskola Jari & Suoranta Juha 2001 (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5. painos. Vastapaino. Tampere.

Euroopan komissio 2012. Työllisyys, sosiaaliasiat ja osallisuus. Usein kysyttyä – Korvaushakemukset ja –lomakkeet. Saatavissa:  
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=857&langId=fi&intPageId=980> (Luettu 11.3.2012).

Euroopan komissio 2013. Työllisyys, sosiaaliasiat ja osallisuus. Viralliset asiakirjat. Saatavissa: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fi&catId=868> (Luettu 10.2.2013)

Ginneken Ewout van & Busse Reinhard 2011. Cross-border health care data. Teoksessa: Wismar Matthias, Palm Willy, Figueras Josep, Ernst Kelly & van Ginneken Ewout 2011. Cross-border health care in the European Union. The European observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 289–340.

Glinos Irene A., Baeten Rita & Boffin Nicole 2006. Cross-border contracted care in Belgian hospitals. Teoksessa Rosenmöller Magdalene, McKee Martin & Baeten Rita (toim.). Patient Mobility in the European Union, Learning from experience. The European observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 97–118.

Glinos Irene A., Baeten Rita, Helble Matthias & Maarse Hans 2010. A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place* 16, 1145–1155.

Greer Scott L. & Rauscher Simone 2011. Destabilization rights and restabilization politics: policy and political reactions to European Union healthcare services law. *Journal of European Public Policy* 18 (2), 220–240.

Hall Peter A. & Taylor Rosemary C. R. 1996. Political Science and the Three New Institutionalisms. *Political Studies* XLIV, 936–957.

Harant Philippe 2006. Hospital cooperation across French borders. Teoksessa Rosenmöller Magdalene, McKee Martin & Baeten Rita (toim.). Patient Mobility in the European Union, Learning from experience. The European observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 157–177.

Hermans Herbert E. G. M. 2000. Cross-border health care in the European Union: recent legal implications of “Decker and Kohl”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6, 4, 431–439.

Hirsijärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2008 (1997). Tutki ja kirjoita. 13.–14. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Hämäläinen Riitta-Maija, Koivusalo Meri & Ollila Eeva 2004. EU Policies and Health. STAKES Themes 1/2004. STAKES, Helsinki.

Immergut Ellen M. 1998. The Theoretical Core of the New Institutionalism. *Politics and Society* 26, 5–34. Saatavissa: <http://pas.sagepub.com>. (Luettu 7.6.2009)

Kaila Heidi 2004. Ajankohtaista eurooppaoikeutta - Aktuellt inom europarätten. Potilaiden vapaa liikkuvuus Euroopan unionissa - kansalliset sosiaaliturvajärjestelmät sisämarkkinalogiikan puristuksessa. *Defensor Legis* 4, 721–736.

Kari Matti, Kattelus Mervi & Saari Juho 2008. Sosiaalinen Eurooppa murroksessa. Euroopan unionin sosiaali- ja terveyspolitiikka. Eurooppatiedotus No 191/2008. Ulkoasianministeriön Eurooppatiedotus, Helsinki

Kattelus Mervi & Saari Juho 2006. Terveyspolitiikan eurooppalaistuminen - reflektio-prosessi sisämarkkinoiden tasapainottamisen välineenä. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(1), 73–88.

Kylmä Jari & Juvakka Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki.

Ladrech Robert 1994. Europeanization of Domestic Politics and Institutions: The Case of France. *Journal of Common Market Studies* 32 (1), 69–88.

Lamberg Juha-Antti, Ojala Jari & Eloranta Jari 1997. Uusinstitutionalismi ja taloushistoria. Kollektiivisen valinnan ja liiketoiminnan kustannusten problematiikka. Teoksessa: Lamberg Juha-Antti & Ojala Jari (toim.). Uusi institutionaalinen taloushistoria. Johdanto tutkimukseen. Atena Kustannus Oy, Jyväskylä, 15–47.

LIGA NRW (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen) 2008. Evaluation of Border Regions in the European Union (EUREGIO). Final Report. LIGA, Fokus 1. LIGA NRW, Düsseldorf.  
Saatavissa: [http://www.euregio.nrw.de/files/final\\_report\\_euregio\\_en.pdf](http://www.euregio.nrw.de/files/final_report_euregio_en.pdf) (Luettu 18.5.2013).

Liiri Kari 2008. Havainnot Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen käännöspalvelusta. Teoksessa: Foley Richard, Salmi-Tolonen Tarja, Tukiainen Iris & Vehmas Birgitta (toim.). Kielen ja oikeuden kohtaamisia. Heikki E. S. Mattilan juhla-kirja. Talentum, Helsinki, 207–227.

Lähdesmäki T., Hurme P., Koskimaa R., Mikkola L. & Himberg T. Menetelmäpolkuja humanisteille. Jyväskylän yliopisto, humanistinen tiedekunta.  
<http://www.jyu.fi/mehu>. (Viitattu 06.07.2014)

March James G. & Olsen Johan P. 1984. The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. *The American Political Science Review* 78, 734–749.

March James G. & Olsen Johan P. 1998. The Institutional Dynamics of International Political Orders. *International Organization* 52 (4), 943–969.

Martinsen Dorte Sindbjerg & Vrangbæk Karsten 2008. The Europeanization of Health Care Governance: Implementing the Market Imperatives of Europe. *Public Administration* 86 (1), 169–184.

Miettinen Sari 2011. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. *Acta Universitatis Tamperensis* 1625. Tampereen yliopisto.

Mäkinen Mia 2008. Delivery of European cross-border healthcare and the relevance and effects of EU regulations and juridical processes with reference to delivery of drugs and blood donor information material. *Annales Universitatis Turkuensis D* 790.

Nebling Thomas & Schemken Hans-Willi 2006. Cross-border contracting: the German experience. Teoksessa Rosenmöller Magdalene, McKee Martin & Baeten Rita (toim.). *Patient Mobility in the European Union, Learning from experience*. The European observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 137–156.

Obermaier Andreas J. 2008. The National Judiciary – Sword of European Court of Justice Rulings: The Example of the Kohl/Decker Jurisprudence. *European Law Journal* 14 (6), 735–752.

OECD 2011. Improving estimates of exports and imports of health services and goods under the SHA framework. Final report june 2011. Saatavissa: [http://www.oecd.org/document/48/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_48724272\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/48/0,3746,en_2649_37407_48724272_1_1_1_37407,00.html) (Luettu 1.5.2012).

OECD 2013. Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. Saatavissa: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm> (Luettu 17.5.2014)

OECD, Eurostat & WHO 2011. A System of Health Accounts, OECD Publishing. Saatavissa: [http://www.who.int/nha/sha\\_revision/sha\\_2011\\_final1.pdf](http://www.who.int/nha/sha_revision/sha_2011_final1.pdf) (Luettu 16.6.2013).

Ojanen Tuomas 1998. Euroopan yhteisöjen tuomioistuin – yhdentymisen hienosääätäjä. Teoksessa: Raunio Tapio & Wiberg Matti (toim.). *Päätöksenteko Euroopan unionissa. Selkeä johdatus monimutkaiseen vallankäyttöön*. Gaudeamus Kirja. Oy Yliopistokustannus University Press Finland, Tampere, 171–193.

Olsen Juhan P. 2002. The Many Faces of Europeanization. *Journal of Common Market Studies* 40 (5), 921–952.

Palm Willy & Glinos Irene A. 2010. Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination. Teoksessa: Mossialos Elias, Permanand Govin, Baeten Rita & Hervey Tamara (toim.) *Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy*. The European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge University Press, 509–560.

Paloheimo Heikki & Wiberg Matti 2005. *Politiikan perusteet*. WSOY, Porvoo.

Paunio Elina 2011. *Beyond Words: The European Court of Justice and Legal Certainty in Multilingual EU Law*. University of Helsinki, Faculty of Law.

Peters B. Guy 2005. Institutional Theory in Political Science. The 'New Institutionalism'. Continuum, London, New York.

Peters B. Guy 2011. Institutional Theory. Teoksessa: Bevir Mark (toim.). The SAGE Handbook of Governance. SAGE Publications Ltd, London, 78–90.

Raunio Kyösti 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Gaudeamus, Helsinki.

Raunio Tapio & Saari Juho 2006. Johdanto: kymmenen vuotta Euroopan unionissa. Teoksessa: Raunio Tapio & Saari Juho (toim.) Eurooppalaistuminen. Suomen sopeutuminen Euroopan integraatioon. Gaudeamus Kirja. Oy Yliopistokustannus University Press Finland, Helsinki, 9–40.

Risse Thomas, Cowles Maria Green & Caporaso James 2001. Europeanization and Domestic Change: Introduction. Teoksessa: Cowles Maria Green, Caporaso James & Risse Thomas (toim.) Transforming Europe. Europeanization and Domestic Change. Cornell University Press, Ithaca, 1–20.

Rosenmöller Magdalene, McKee Martin, Baeten Rita & Glinos Irene A. 2006. Patient mobility: the context and issues. Teoksessa: Rosenmöller Magdalene, McKee Martin & Baeten Rita (toim.). Patient Mobility in the European Union, Learning from experience. The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 1–7.

Ruonala Marko 2010. EU-perusteos. Ulkoasiainministeriön Eurooppatiedotus nro 192/2008.

Ruusuvuori Johanna, Nikander Pirjo & Hyvärinen Matti 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa: Ruusuvuori Johanna, Nikander Pirjo & Hyvärinen Matti (toim.). Haastattelun analyysi. Vastapaino, Tampere, 9–36.

Saari Juho & Kari Matti 2006. Sosiaali- ja terveystaloudellinen politiikka: nopeasti muuttunut poliittikalohko. Teoksessa: Raunio Tapio & Saari Juho (toim.). Eurooppalaistuminen. Suomen sopeutuminen Euroopan integraatioon. Gaudeamus Kirja. Oy Yliopistokustannus University Press Finland, Helsinki, 140–180.

Schemken Hans-Willi & Wolf Ulrike 2006. Working Group 1: Patient Mobility Julkaisussa: Brand Helmut, Hollederer Alfons, Ward Gudula & Wolf Ulrike (toim.). Cross-Border Activities – Good Practice for Better Health. Workshop of the Project "Evaluation of border regions in the European Union (EUREGIO)", 20/21 January 2006, Bielefeld. Wissenschaftliche Reihe, Band 21. lögd, Bielefeld, 52–56. Saatavissa: [http://www.euregio.nrw.de/files/wr21\\_euregio-workshop\\_text.pdf](http://www.euregio.nrw.de/files/wr21_euregio-workshop_text.pdf) (Luettu 6.5.2014).

Scott W. Richard 2008. Institutions and organizations. Ideas and interests. Sage Publications, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore.

Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen, tiivistelmä 2012. Saatavissa: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/social\\_protection/c10521\\_fi.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10521_fi.htm) (Luettu 11.3.2012).

STM 2013. Arviomuistio rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6556944&name=DLFE-25815.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6556944&name=DLFE-25815.pdf) (Luettu 29.6.2014)

Suñol R, Garel P & Jacquerye A 2009. Cross-border care and healthcare quality improvement in Europe: the MARQuIS research project. *Quality & Safety in Health Care* 18, i3–i7.

The Gallup Organization 2007. Cross-border health services in the EU. Flash EB nro 210. Saatavissa: [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossbordereurobaro\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossbordereurobaro_en.pdf) (Luettu 12.11.2010).

Tuomi Jouni & Sarajarvi Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Wismar Matthias, Palm Willy, van Ginneken Ewout, Busse Reinhard, Ernst Kelly & Figueras Josep 2011. The Health Service Initiative: supporting the construction of a framework for cross-border health care. Teoksessa: Wismar Mathias, Palm Willy, Figueras Josep, Ernst Kelly & van Ginneken Ewout (toim.). *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies. The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 1–22.*

## KESKEINEN AINEISTON OIKEUSTAPAUKSISSA TULKITTU YHTEISÖN OIKEUS

**Asetus (EY) N:o 1408/71 22 artikla** (C-56/01, Patricia Inizan vastaan Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine)

1 Palkatulla työntekijällä tai itsenäisellä ammatinharjoittajalla, joka täyttää toimivaltaisen valtion lainsäädännössä asetetut edellytykset oikeuden saamiseksi etuuksiin, ottaen tarpeen mukaan huomioon 18 artiklan säännökset, ja :

--

c jolle toimivaltainen laitos on antanut luvan mennä toisen jäsenvaltion alueelle saamaan siellä hänen tilansa kannalta aiheellista hoitoa,  
on oikeus:

i toimivaltaisen laitoksen puolesta annettaviin luontoisuuksiin oleskelu- tai asuinpaikan laitoksesta, sen soveltaman lainsäädännön mukaisesti, ikään kuin hänet olisi vakuutettu siinä; sen kauden pituus, jonka aikana etuuksia annetaan, määrätään kuitenkin toimivaltaisen valtion lainsäädännön mukaisesti;

--

2 --

Edellä 1 kohdan c alakohdan mukaisesti vaadittua lupaa ei voida evätä, jos kysymyksessä oleva hoito kuuluu sen jäsenvaltion lainsäädännössä säädettyjen etuuksien joukkoon, jonka alueella se, jonka etua asia koskee, asuu, ja jos hänelle ei ole voitu antaa tällaista hoitoa siinä ajassa kuin on tavallisesti välttämätöntä kyseisen hoidon saamiseksi jäsenvaltiossa, jossa hän asuu, ottaen huomioon hänen senhetkinen terveydentilansa ja todennäköinen taudinkulku.

### Perustamissopimusten artiklat

**Article 30** (EYVL 1992 C 224, 15)

Quantitative restrictions on imports and all measures having equivalent effect shall, without prejudice to the following provisions, be prohibited between Member States.

**Article 36** (EYVL 1992 C 224, 16–17)

The provisions of Articles 30 to 34 shall not preclude prohibitions or restrictions on imports, exports or goods in transit justified on grounds of public policy or public security; the protection of health and life of humans, animals or plants; the protection of national treasures possessing artistic, historic or archaeological value; or the protection of industrial and commercial property. Such prohibitions or restrictions shall not, however, constitute a means of arbitrary discrimination or a disguised restriction on trade between Member States.

**Article 59** (EYVL 1992 C 224, 23)

Within the framework of the provisions set out below, restrictions on freedom to provide services within the Community shall be progressively abolished during the transitional period in respect of nationals of Member States who are established in a State of the Community other than that of the person for whom the services are intended.

The Council may, acting by a qualified majority on a proposal from the Commission, extend the provisions of the Chapter to nationals of a third country who provide services and who are established within the Community.

**Article 60** (EYVL 1992 C 224, 23)

Services shall be considered to be “services within the meaning of this Treaty where they are normally provided for remuneration, in so far as they are not governed by the provisions relating to freedom of movement for goods, capital and persons.

Services shall in particular include:

- (a) activities of industrial character;
- (b) activities of a commercial character;
- (c) activities of craftsmen;
- (d) activities of professions.

Without prejudice to the provisions of the Chapter relating to the right of establishment, the person providing a service may, in order to do so, temporarily pursue his activity in the State where the service is provided, under the same conditions as are imposed by that State on its own nationals.

**28 Artikla (ent. 30 artikla)** (EYVL 1997 C 340, 189)

Jäsenvaltioiden väliset tuonnin määrälliset rajoitukset ja kaikki vaikutukseltaan vastaavat toimenpiteet ovat kiellettyjä.

**30 Artikla (ent. 36 artikla)** (EYVL 1997 C 340, 189)

Mitä 28 ja 29 artiklassa määrätään, ei estä sellaisia tuontia, vientiä tai kauttakuljetusta koskevia kieltoja tai rajoituksia, jotka ovat perusteltuja julkisen moraalin, yleisen järjestyksen tai turvallisuuden kannalta, ihmisten, eläinten tai kasvien terveyden ja elämän suojelemiseksi, taiteellisten, historiallisten tai arkeologisten kansallisaarteiden suojelemiseksi taikka teollisen ja kaupallisen omaisuuden suojelemiseksi. Nämä kiellot tai rajoitukset eivät kuitenkaan saa olla keino mielivaltaiseen syrjintään tai jäsenvaltioiden välisen kaupan peiteltyyn rajoittamiseen.

**49 Artikla (ent. 59 artikla)** (EYVL 1997 C 340, 197) Artiklan sisältö säilyi muuttumattomana vuonna 2001 hyväksytyssä Euroopan yhteisön perustamis-sopimuksessa (EYVL 2002 C 325, 54)

Jäljempänä olevien määräysten mukaisesti kielletään rajoitukset, jotka koskevat muuhun yhteisön valtiooon kuin palvelujen vastaanottajan valtioon sijoittautuneen jäsenvaltion kansalaisen vapautta tarjota palveluja yhteisössä.

Neuvosto voi määräenemmistöllä komission ehdotuksesta ulottaa tämän luvun määräykset koskemaan myös sellaisia palvelujen tarjoajia, jotka ovat kolmannen maan kansalaisia, mutta jotka ovat sijoittautuneet yhteisöön.

**50 Artikla (ent. 60 artikla)** (EYVL 1997 C 340, 197) Artiklan sisältö säilyi muuttumattomana vuonna 2001 hyväksytyssä Euroopan yhteisön perustamissopimuksessa (EYVL 2002 C 325, 55)

Tässä sopimuksessa palveluilla tarkoitetaan suorituksia, joista tavallisesti maksetaan korvaus ja joita määräykset tavaroiden, pääomien tai henkilöiden vapaasta liikkuvuudesta eivät koske.

Palveluihin kuuluu erityisesti:

- a) teollinen toiminta;
- b) kaupallinen toiminta;
- c) käsityöläistoiminta;
- d) vapaiden ammattien harjoittamiseen kuuluva toiminta.

Palvelun tarjoaja saa tilapäisesti harjoittaa toimintaansa valtiossa, jossa palvelu tarjotaan, niillä edellytyksillä, jotka tämä valtio asettaa kansalaisilleen, sanotun kuitenkaan rajoittamatta sijoittautumisoikeutta koskevan luvun määräysten soveltamista.

**152 Artikla kohta 5.** (EYVL 1997 C 340, 247) Artiklan sisältö säilyi muuttumattomana vuonna 2001 hyväksytyssä Euroopan yhteisön perustamissopimuksessa (EYVL 2002 C 325, 101)

Yhteisön toiminnassa kansanterveyden alalla otetaan täysimääräisesti huomioon jäsenvaltioiden terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen liittyvät velvollisuudet. Erityisesti 4 kohdan a alakohdassa tarkoitetut toimenpiteet eivät vaikuta elinten ja veren luovuttamista tai lääketieteellistä käyttöä koskeviin kansallisiin säännöksiin ja määräyksiin.

## LIITETAULUKKO 1. Aineiston muodostavat oikeustapaukset

Asia	Pääasian kantaja ja vastaaja	Tuomion pvm
C-120/95	Nicolas Decker vastaan Caisse de maladie des employés privés	28.4.1998
C-158/96	Raymond Kohll vastaan Union des caisses de maladie	28.4.1998
C-368/98	Abdon Vanbraekel ym vastaan Alliance nationale des mutualités chrétiennes	12.7.2001
C-157/99	B.S.M. Geraets, ent. Smits vastaan Stichting Ziekenfonds VGZ H.T.M. Peerbooms vastaan Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen	12.7.2001
C-385/99	V. G. Müller-Fauré vastaan Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA E. E. M. van Riet vastaan Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen	13.5.2003
C-156/01	R. P. van der Duin vastaan Onderlinge Waarborgmaatschappij ANOZ Zorgverzekeringen UA Onderlinge Waarborgmaatschappij ANOZ Zorgverzekeringen UA vastaan T. W. van Wegberg-van Brederode	3.7.2003
C-56/01	Patricia Inizan vastaan Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine	23.10.2003
C-8/02	Ludwig Leichtle vastaan Bundesanstalt für Arbeit	18.3.2004
C-372/04	The Queen, Yvonne Wattsin hakemuksesta vastaan Bedford Primary Care Trust ja Secretary of State for Health	16.5.2006
C-466/04	Manuel Acereda Herrera vastaan Servicio Cántabro de Salud	15.6.2006
C-444/05	Aikaterini Stamatelaki vastaan NPDD Organismos Asfaliseos Eleftheron Epangelmation	19.4.2007
C-173/09	Georgi Ivanov Elchinov vastaan Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa	5.10.2010



