SVEIKATOS MOKSLAI /
HEALTH SCIENCES IN EASTERN EUROPE
ISSN 1392-6373 print / 2335-867X online
2026, 36 tomas, Nr.7, p. 5-15
DOI: https://doi.org/10.35988/sm-hs.2026.275

ES IR EEE PILIEČIŲ TARPVALSTYBINĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪRA LIETUVOJE: NEIŠNAUDOTOS PLANINIO GYDYMO GALIMYBĖS

Jonas Staikūnas[1], Vytenis Kalibatas[2]
[1]UAB Nordclinic Group,
[2]Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos vadybos katedra

Raktažodžiai: - Reglamentas (EB) Nr. 883/2004, Reglamentas (EB) Nr. 987/2009, Direktyva 2011/24/ES, tarpvalstybinė sveikatos priežiūra, planinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, S2 forma, medicinos turizmas.

Santrauka

Medicinos turizmas įprastai suprantamas kaip savo lėšomis apmokamų sveikatinimo (plačiąja prasme) ar medicinos (siauresne prasme, kai teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos) paslaugų gavimas užsienio šalyje. Tuo tarpu Europos Sąjungos ir Europos ekonominės erdvės šalių piliečiai turi teisę į gydymą, taip pat ir planinį, bet kurioje kitoje šalyje, kai už jį apmoka piliečio valstybė.

Tyrimo tikslas. Apžvelgti teisės aktus, reglamentuojančius ES ir EEE šalių piliečių galimybes gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas kitoje šalyje, bei išanalizuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros Lietuvoje tendencijas, teikiant šias paslaugas užsienyje gyvenantiems ES ir EEE šalių gyventojams.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Atlikta išsami ES ir Lietuvos Respublikos teisės aktų apžvalga naudojantis oficialiais teisės aktų registrais EUR-Lex ir e-tar.lt, taip pat Europos Komisijos leidinių ir dokumentų biblioteka (EU Publications / DG SANTE). Literatūros paieška atlikta naudojantis „PubMed“ ir „Google Scholar“ duomenų bazėmis.

Tyrimo rezultatai. ES ir EEE šalių piliečių teisę Lietuvoje gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidas apmoka arba kompensuoja jų valstybė, reglamentuoja du pagrindiniai mechanizmai: socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai – Reglamentas (EB) Nr. 883/2004 ir jo įgyvendinimo Reglamentas (EB) Nr. 987/2009, pagal kuriuos planiniam gydymui kitoje valstybėje naudojamas S2 dokumentas, bei Direktyva 2011/24/ES. ES ir EEE šalių piliečių, Lietuvoje gavusių planines sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidas padengė jų valstybės, skaičius bendrame ES ir EEE valstybių kontekste buvo labai nedidelis - Lietuvoje suteiktų paslaugų dalis nesudarė nė 1 proc. visų pagal atitinkamus mechanizmus ES ir EEE šalyse suteiktų planinių tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų.

Išvados. Nepaisant galiojančių teisės aktų, nustatančių ES ir EEE valstybių narių piliečių teisę kitoje šalyje gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas, Lietuvoje vis dar nepakankamai pasinaudojama galimybe pritraukti pacientus iš kitų ES ir EEE valstybių, plėsti planinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ir gauti papildomų pajamų iš šių valstybių.

Įvadas

Plačiąja prasme medicinos turizmas yra apibrėžiamas kaip kelionė į kitą šalį turint tikslą gauti medicinos paslaugas [1], dažniausiai savo pačių lėšomis [2]. Pasaulio turizmo asociacija ir Europos kelionių komisija siūlo konkretesnę medicinos turizmo sąvoką – „tai turizmo veikla, apimanti įrodymais pagrįstų medicininių gydymo išteklių ir paslaugų (invazinių ir neinvazinių) naudojimą. Tai apima diagnostiką, gydymą, priemones, prevenciją ir reabilitaciją“. Vadovaujantis šiuo apibrėžimu, medicinos turizmas yra sveikatos turizmo dalis, apimanti ir sveikatingumo turizmą – „tai turizmo veikla, kurios tikslas – gerinti ir subalansuoti pagrindines žmogaus gyvenimo sritis, įskaitant fizinį, psichinį, emocinį, profesinį, intelektinį ir dvasinį aspektus“ [3].

Pasaulinė medicinos turizmo rinka 2024 m. pasiekė 47,09 mlrd. JAV dolerių ir tikimasi, kad iki 2033 m. ji pasieks 230,35 mlrd. JAV dolerių, o prognozuojamu 2025–2033 m. laikotarpiu augs 19,4 proc. metiniu augimo tempu [4]. Europos medicinos turizmo rinkai artimiausiais metais taip pat prognozuojamas spartus augimas. Rinkos dydis, 2024 m. siekęs daugiau nei 18,4 mlrd. JAV dolerių, 2032 m. turėtų pasiekti maždaug 61,0 mlrd. JAV dolerių [5]. Vis dėlto, kal-

Adresas susirašinėti: Vytenis Kalibatas, el. p. vytenis.kalibatas@lsmu.lt

bant apie medicinos turizmą Europos šalyse, reikėtų atkreipti dėmesį, kad Europos Sąjungos (ES) ir Europos ekonominės erdvės (EEE) šalių piliečiai turi teisę į gydymą bet kurioje kitoje ES arba EEE šalyje. Piliečio šalis gali padengti visas sveikatos priežiūros išlaidas arba jų dalį [6]. Pripažįstama, kad šios tarpvalstybinės sveikatos priežiūros (angl. cross-border healthcare) taisyklės taip pat prisideda prie medicinos turizmo sektoriaus augimo Europoje [5, 7], o tarpvalstybinė sveikatos priežiūra yra medicinos turizmo dalis [8].

Yra keletas mokslinių ir kitų publikacijų apie medicinos turizmo situaciją, iššūkius ir galimybes Lietuvoje [9-12], taip pat išsamus medicinos turizmo Lietuvoje vertinimas atliktas 2011 m. [13], tačiau juose neanalizuojama tarpvalstybinė sveikatos priežiūra ir jos teikiamos galimybės gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas ES ar EEE šalių gyventojams Lietuvoje, už kurias būtų apmokama ne paties paciento, o jo šalies lėšomis.

Šiame straipsnyje analizuojama tarpvalstybinė sveikatos priežiūra ES ir EEE šalyse, šių šalių piliečiams vykstant į kitą ES ar EEE šalį gauti planines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas valstybės lėšomis.

Tyrimo tikslas – apžvelgti teisės aktus, reglamentuojančius ES ir EEE šalių piliečių galimybes gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje, taip pat išanalizuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros Lietuvoje tendencijas, kai šios paslaugos teikiamos užsienyje gyvenantiems ES ir EEE šalių piliečiams.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Atlikta išsami ES ir Lietuvos Respublikos teisės aktų apžvalga, naudojantis oficialiais teisės aktų registrais EUR-Lex ir e-tar.lt, taip pat Europos Komisijos leidinių ir dokumentų biblioteka (EU Publications/DG SANTE). Literatūros paieška atlikta naudojantis „PubMed“ ir „Google Scholar“ duomenų bazėmis. Paieškai buvo suformuoti ir naudoti raktažodžiai anglų kalba: Regulation (EC) No 883/2004, Regulation (EC) No 987/2009, Directive 2011/24/EU**,** cross-border healthcare, planned healthcare services, S2 form, medical tourism (liet. Reglamentas (EB) Nr. 883/2004, Reglamentas (EB) Nr. 987/2009, Direktyva 2011/24/ES, tarpvalstybinė sveikatos priežiūra, planinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, S2 forma, medicinos turizmas).

Tyrimo rezultatai

ES ir EEE šalių piliečių teisė kitoje šalyje gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias mokėtų jų valstybė. Europos Parlamento ir Tarybos socialinės apsaugos reglamentai (EB) Nr. 883/2004 [14] ir (EB) Nr. 987/2009 [15] nustato, kaip ES ir EEE šalių piliečiai gali užsienyje gauti planinį bei neplaninį gydymą, kreipdamiesi į valstybinius ar privačius asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, su kuriais sudarytos sutartys dėl suteiktų paslaugų apmokėjimo valstybės lėšomis.

Reglamentas (EB) Nr. 883/2004 nustato, kaip užtikrinamos apdraustojo teisės į sveikatos priežiūros paslaugas tais atvejais, kai jis gyvena, lankosi ar gydosi kitoje ES ar EEE valstybėje. Planuojant gydymą kitoje valstybėje, dažniausiai reikia iš anksto gauti kompetentingos draudimo įstaigos leidimą; jis suteikiamas atsižvelgiant į tai, kad atitinkamas gydymas negali būti suteiktas paciento gyvenamojoje valstybėje per mediciniškai pagrįstą laikotarpį. Gavęs leidimą planiniam gydymui savo šalyje, pacientas gydymo valstybėje paprastai gauna paslaugas pagal tos valstybės teisės normas ir tomis pačiomis finansinėmis sąlygomis kaip ir joje apdrausti asmenys. Reglamentas (EB) Nr. 987/2009 nustato praktinę Reglamento Nr. 883/2004 taikymo tvarką planinės sveikatos priežiūros paslaugų atvejais. Jis reglamentuoja, kaip kompetentingos įstaigos išduotas leidimo dokumentas pateikiamas gydymo valstybės sveikatos draudimo įstaigai ir kaip pacientas registruojamas gydytis. Taip pat nustatomi institucijų bendradarbiavimo, informacijos mainų bei gydymo išlaidų kompensavimo ir atsiskaitymo būdai. Kitaip tariant, Reglamentas Nr. 883/2004 nustato, kokiomis aplinkybėmis pacientas gali būti siunčiamas planiniam gydymui į kitą valstybę, o Reglamentas Nr. 987/2009 paaiškina, kaip šis leidimas administruojamas ir kaip institucijos tarpusavyje organizuoja mokėjimą už suteiktas paslaugas..

Pagal šių reglamentų nuostatas ES ir EEE šalies pacientas gali gydytis kitoje ES ir EEE šalyje tokiomis pat sąlygomis kaip ir tos šalies pacientai. Jeigu vietos pacientai privalo susimokėti už gydymo paslaugas, tokia pareiga gali būti taikoma ir kitos šalies pacientui, o patirtos išlaidos bus kompensuojamos vadovaujantis gydymo šalyje galiojančiomis taisyklėmis ir nustatytais tarifais. Planinio gydymo atveju reikalingas išankstinis paciento šalies nacionalinio sveikatos paslaugų draudimo įstaigos leidimas - S2 formos dokumentas. Tinkamai užpildyta S2 forma yra išankstinis leidimas, kurį pacientas turi gauti iš savo šalies nacionalinės sveikatos tarnybos ar sveikatos draudimo įstaigos, kad užsienyje galėtų būti gydomas kaip valstybinės sveikatos sistemos pacientas [16].

Direktyva 2011/24/ES [17] praplečia planinio ir neplaninio gydymo užsienyje galimybes, įgalindama pasinaudoti bet kurio privataus ar valstybinio asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo paslaugomis. Ši direktyva įtvirtina pacientų teisę gauti saugias ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES valstybėje narėje ir, laikantis nustatytų reikalavimų, susigrąžinti patirtas išlaidas pagal paciento draudimo valstybėje taikomą kompensavimo tvarką. Į kitą valstybę planiniam gydymui pacientas paprastai gali vykti

be išankstinio leidimo, tačiau valstybė gali jo pareikalauti tais atvejais, kai gydymas apima hospitalizavimą bent vienai nakčiai, reikalinga labai specializuota infrastruktūra ar įranga arba yra susijęs su ypatinga rizika pacientui ar visuomenės sveikatai. Nuo Reglamento (EB) Nr. 883/2004 ši direktyva skiriasi tuo, kad pirmiausia reguliuoja paciento teisę pasirinkti gydymo paslaugų teikėją kitoje valstybėje ir vėliau susigrąžinti išlaidas, o ne tarpvalstybinio gydymo organizavimą per socialinės apsaugos institucijas, gavus išankstinį leidimą. Todėl, vadovaujantis Direktyva, pacientas iš pradžių turi padengti visas gydymo išlaidas, o vėliau pateikti prašymą jas kompensuoti pagal jo šalies paslaugų kainas ir išlaidų kompensavimo tarifus [18].

Kitoje ES ar EEE valstybėje narėje planuojamomis sveikatos priežiūros paslaugomis pacientas gali pasinaudoti dviem būdais: pirmasis grindžiamas socialinės apsaugos reglamentais - (EB) Nr. 883/2004 kartu su (EB) Nr. 987/2009, o antrasis – Direktyva 2011/24/ES. Šie būdai skiriasi teise gauti priežiūrą, procedūriniais reikalavimais ir paslaugų finansavimo tvarka [19]. Oficialiajame Europos Komisijos leidinyje nurodoma, kad „planinės sveikatos priežiūros paslaugos ES/EEE apima: a) iš anksto suplanuotas keliones medicininiam gydymui ir (arba) konsultacijoms; b) sveikatos priežiūros paslaugas, kurių nebūtina teikti atostogų metu, atidedant jas iki grįžimo namo.“ Abu šie būdai ir jų skirtumai parodyti 1 lentelėje [20].

Direktyvos 2011/24/ES 8 straipsnio 1 dalis nustato, kad „draudimo valstybė narė tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimui gali numatyti išankstinio leidimo suteikimo sistemą“ [17]. Išankstinis leidimas (angl. prior authorization) – tai valstybės, kurioje pacientas apdraustas sveikatos draudimu, oficialus sutikimas kompensuoti planinio gydymo kitoje valstybėje išlaidas. Pagal Direktyvą kiekviena valstybė narė nacionaliniu lygmeniu įvertina, ar išankstinio leidimo sistema jai reikalinga. Jei taip, nustato, kurioms užsienyje teikiamoms gydymo ir sveikatos priežiūros paslaugoms būtinas išankstinis leidimas [21]. Kitaip tariant, pacientui gali tekti kreiptis į savo šalies institucijas dėl išankstinio leidimo kompensuoti kitoje ES ar EEE valstybėje patirtas planinio gydymo išlaidas. Ar toks leidimas jų piliečiams reikalingas, kiekviena valstybė sprendžia savarankiškai. 2024 m. duomenimis, iš viso 20 valstybių nurodė turinčios išankstinio leidimo planiniam gydymui kitoje šalyje sistemą. Tai Airija, Austrija, Belgija, Bulgarija, Danija, Graikija, Italija, Islandija, Ispanija, Kroatija, Liuksemburgas, Lenkija, Malta, Portugalija, Prancūzija, Rumunija, Slovakija, Slovėnija, Vengrija ir Vokietija [22]. Kaip ES ir EEE šalių piliečiai gali gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES ar EEE šalyje, parodyta 1 paveiksle.

Direktyvos 2011/24/ES 9 straipsnio 5 dalis nustato, kad valstybė turi teisę „siūlyti pacientams naudotis neprivaloma išankstinių pranešimų sistema, pagal kurią pateikęs tokį pranešimą pacientas gautų rašytinį patvirtinimą apie numatomą didžiausią sumą, kuri galėtų būti kompensuota“. Išankstinio pranešimo (angl. prior notification) sistemą nurodė turinčios 10 valstybių: Airija, Danija, Estija, Graikija, Italija, Lenkija, Malta, Norvegija, Švedija ir Vengrija [21].

Teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas ES ir EEE šalių piliečiams Lietuvoje, pagrindinis Reglamentų (EB) Nr. 883/2004 (EB) Nr. 987/2009 nuostatų įgyvendinimas

1 lentelė. Galimybės gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas ES/EEE šalyse.

Aspektai	Su S2 forma	Be S2 formos
Reglamentuojantys teisės aktai	Reglamentai (EB) Nr. 883/2004 ir (EB) Nr. 987/2009 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo	Direktyva 2011/24/ES dėl paciento teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas
Aprėptis	Sutartis sudarę ES/EEE šalyse ir Šveicarijoje veikiantys valstybiniai arba privatūs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai. JK taikomos kitokios taisyklės	Visi valstybiniai arba privatūs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ES/EEE šalyse (išskyrus Šveicariją)
Mokėjimas	Dažniausiai išlaidas padengia nacionalinės sveikatos draudimo institucijos. Pacientui gali tekti papildomai sumokėti, jeigu tai daro gydymo šalies pacientai	Pacientas sumoka visą paslaugų kainą pagal gydymo šalies tarifus
Išlaidų kompensacija	Išlaidos visiškai kompensuojamos pagal gydymo šalies taisykles ir nustatytus tarifus	Gydymo išlaidos kompensuojamos tik tuo atveju, jei jos kompensuojamos paciento šalyje. Sugrįžę į savo šalį pacientai gali kreiptis dėl visos arba dalinės kompensacijos pagal savo šalies draudimo planą, tarifus, procedūras ir kt.
Išankstinis leidimas	Būtina turėti prieš gydymą	Priklausomai nuo šalies ir gydymo paslaugų, gali būti reikalingas išankstinis leidimas. Pacientams rekomenduojama šią informaciją pasitikslinti savo šalies nacionaliniame kontaktiniame centre

grindžiamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. rugpjūčio 28 d. įsakymu Nr. V-1014 „Dėl kitų Europos Sąjungos valstybių narių apdraustųjų valstybiniu sveikatos draudimu sveikatos priežiūros organizavimo Lietuvos Respublikoje ir jos išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (aktuali redakcija nuo 2025-07-01). Kitų Europos Sąjungos šalių, Europos ekonominės erdvės valstybių ir Šveicarijos Konfederacijos apdraustiesiems kompensuojamosios paslaugos teikiamos, o kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos priemonės skiriami tokia pačia tvarka kaip ir asmenims, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka [23].

Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2025 m. liepos 11 d. įsakymą Nr. V-665 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo bei valstybės biudžeto lėšomis sutarties standartinių sąlygų patvirtinimo“, asmens sveikatos priežiūros įstaiga (ASPĮ), sudarydama su Valstybine ligonių kasa sutartį dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo bei valstybės biudžeto lėšomis, įsipareigoja teikdama šias paslaugas vadovautis 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (EB) Nr. 883/2004 [24].

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ (aktuali redakcija nuo 2026 m. liepos 1 d.), S2 forma patvirtinta kaip medicininės apskaitos dokumento forma [25].

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gruodžio 10 d. įsakymu Nr. V-1123 „Dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros nacionalinių kontaktinių centrų paskyrimo“ (aktuali redakcija nuo 2013 m. kovo 9 d.), Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VASPVT) ir Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VLK) paskirtos tarpvalstybinės sveikatos priežiūros nacionaliniais kontaktiniais centrais pagal šioms institucijoms teisės aktais priskirtą kompetenciją [26].

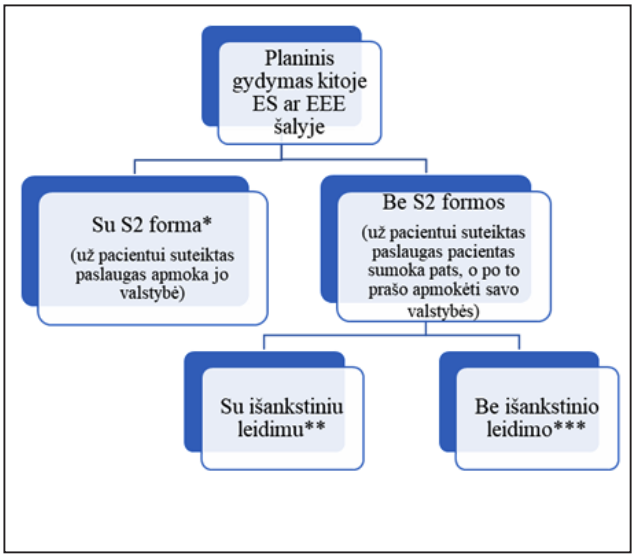
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio 27 d. įsakymas Nr. V-648 „Dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros nacionalinio kontaktinio centro funkcijų vykdymo“ (aktuali redakcija nuo 2022 m. rugsėjo 1 d.) nustato konkrečias VASPVT ir VLK funkcijas. Šios institucijos įpareigotos skelbti informaciją apie ASPĮ ir specialistus, turinčius teisę teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, Lietuvos Respublikoje nustatytus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir saugos standartus, Europos Sąjungos teisės aktus, nustatančius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir saugos standartus, ir kitą susijusią informaciją [27].

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. liepos 28 d. įsakymu Nr. A1-376/V-676 „Dėl institucijų, atsakingų už Europos Sąjungos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų įgyvendinimą, paskyrimo“ (aktuali redakcija nuo 2025 m. liepos 1 d.), Valstybinė ligonių kasa paskirta kompetentinga institucija, atsakinga už išmokas natūra (sveikatos priežiūros paslaugas) [28].

Tarpvalstybinių planinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ES ir EEE šalių gyventojams Lietuvoje tendencijos: paslaugos pagal reglamentus (EB) Nr. 883/2004 ir (EB) Nr. 987/2009, naudojant S2 formą. Informacija apie ES ir EEE šalių piliečiams suteiktų planinių paslaugų pagal gautas S2 formas skaičių pateikiama oficialiose Europos Komisijos statistinėse ataskaitose [29, 30]. 2024 m. ES ir EEE šalys išdavė apie 60 000 S2 formų, suteikiančių piliečiams teisę gauti planines paslaugas kitose šalyse. Daugiausia S2 formų išdavė:

Vokietija - 13 717, iš jų 5 946 planinėms paslaugoms Austrijoje ir 4 989 - Liuksemburge;

Belgija - 4 311, iš jų 3 484 planinėms paslaugoms Liuksemburge;



1 pav. ES ir EEE šalių piliečių galimybės gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES ar EEE šalyje

**visų ES ir EEE valstybių pacientai, norėdami gauti S2 formą, turi kreiptis į savo šalies nacionalinį kontaktinį centrą;*

***20 šalių (Airijos, Austrijos, Belgijos, Bulgarijos, Danijos, Graikijos, Italijos, Islandijos, Ispanijos, Kroatijos, Liuksemburgo, Lenkijos, Maltos, Portugalijos, Prancūzijos, Rumunijos, Slovakijos, Slovėnijos, Vengrijos ir Vokietijos) piliečiai, norėdami gauti išankstinį leidimą planinėms sveikatos priežiūros paslaugoms kitoje ES ar EEE šalyje, privalo kreiptis į savo šalies nacionalinį kontaktinį centrą;*

**** Čekijos, Estijos, Kipro, Latvijos, Lietuvos, Nyderlandų, Švedijos, Suomijos ir Norvegijos šalių piliečiai.*

Prancūzija -2 175, iš jų 1 424 planinėms paslaugoms taip pat Liuksemburge.

Planiniam gydymui Lietuvoje 2024 metais buvo išduotos 46 S2 formos: 29 iš jų savo piliečiams išdavė Šveicarija, o po kelias - Danija, Vokietija, Nyderlandai, Prancūzija, Austrija, Lenkija, Suomija ir Švedija.

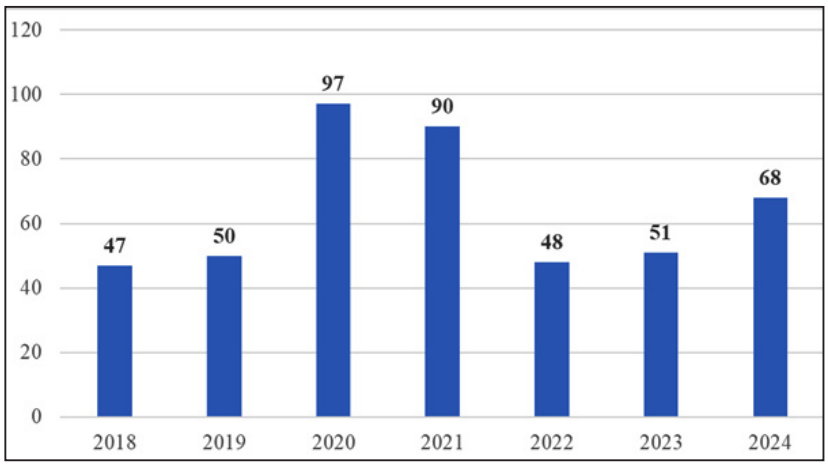
Tuo tarpu 2024 m. Lietuvoje planinės paslaugos pagal S2 formas buvo suteiktos 68 ES ir EEE šalių gyventojams. 2 paveiksle pateikiamas 2018-2024 m. Lietuvoje pagal S2 formas suteiktų paslaugų skaičius. Būtina pažymėti, kad per metus išduotų S2 formų gydymui Lietuvoje ir faktiškai pagal šias formas suteiktų planinių paslaugų skaičius skiriasi. Taip yra todėl, kad dėl įvairių priežasčių, pavyzdžiui, pacientui neatvykus arba nespėjus atvykti S2 formoje nurodytu laiku, taip pat dėl to, kad dėl paciento klinikinės būklės ir (ar) tyrimų rezultatų paslauga negalėjo būti suteikta, kitų šalių piliečiams planinės paslaugos ne visada suteikiamos.

2024 m. daugiausia planinių sveikatos priežiūros paslaugų kitų ES ir EEE šalių piliečiams pagal S2 formą suteikė Liuksemburgas (8 193), Prancūzija (5 223) ir Austrija (4 947). Nors Vokietija duomenų nepateikė, tikėtina, kad būtent joje buvo suteikta daugiausia planinių paslaugų pagal S2 formą, nes kitos ES ir EEE šalys savo piliečiams išdavė 13 717 leidimų gauti planinį gydymą Vokietijoje. Duomenų nepateikė ir Belgija, kurioje 2021 m. pagal S2 formą paslaugos buvo suteiktos 18 337 kitų šalių pacientams. Tuo tarpu dauguma valstybių narių, kaip ir Lietuva, gavo mažiau nei 100 S2 formų. Tai Bulgarija, Danija, Estija, Airija, Graikija, Kroatija, Latvija, Malta, Portugalija, Rumunija, Slovėnija, Slovakija, Suomija, Švedija ir Jungtinė Karalystė.

Estijoje 2024 m. pagal S2 formą buvo suteiktos 46 planinės paslaugos (2022 m. – 79, 2023 m. – 51), o Latvijoje – mažiau nei 5; toks pat rodiklis Latvijoje buvo ir 2022 m. bei 2023 m.).

Tiksli statistinė informacija apie tai, kiek kitų ES ir EEE šalių piliečiai sumokėjo už planines sveikatos priežiūros paslaugas pagal S2 formą jas suteikusioms šalims, oficialiuose šaltiniuose nepateikiama.

Apibendrinant, Lietuvoje pagal reglamentus (EB) Nr. 883/2004 ir (EB) Nr. 987/2009 kitų ES ir EEE šalių piliečiams pagal S2 formą suteikiama labai nedidelė visų planinių paslaugų dalis - 2024 m. ji sudarė 0,238 %, neįskaitant Vokietijos, Belgijos ir Lenkijos duomenų.



2 pav. Suteiktų paslaugų pagal S2 formas skaičius Lietuvoje 2018-2024 metais

Tarpvalstybinių planinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ES ir EEE šalių gyventojams Lietuvoje tendencijos: paslaugos pagal Direktyvą 2011/24/ES, netaikant S2 formos. ES ir EEE valstybės, vadovaudamosi Direktyvos 2011/24/ES 4 straipsnio 3 dalimi, gali savarankiškai nuspręsti, ar įgyvendinti priemones, ribojančias galimybę gauti gydymą. Galimybė gauti gydymą pacientams, kurie nėra susiję su konkrečia valstybe, gali būti ribojama remiantis privalomaisiais bendrojo intereso pagrindais, pavyzdžiui, sveikatos priežiūros planavimo reikalavimais. Tik dvi valstybės nurodė priėmusios priemones, skirtas pacientų srautui riboti - Danija ir Rumunija. Nė viena kita valstybė nenurodė priėmusi tokių priemonių.

Informacija apie ES ir EEE šalių piliečių prašymus kompensuoti kitose šalyse gautų planinių paslaugų išlaidas pagal Direktyvą 2011/24/ES ir faktiškai suteiktų paslaugų skaičių pateikiama oficialiose Europos Komisijos statistinėse ataskaitose [21, 22, 31, 32]. 2 lentelėje pateikiami 2022-2024 m. duomenys apie ES ir EEE šalių piliečių prašymus kompensuoti planinio gydymo kitoje ES ir EEE šalyje išlaidas: prašymų, pateiktų su išankstiniu leidimu, skaičius, patenkintų prašymų dalis ir kompensuota suma; taip pat prašymų, pateiktų be išankstinio leidimo, skaičius, patenkintų prašymų dalis ir kompensuota suma.

2024 metais ES ir EEE šalys kitų šalių piliečiams, turintiems išankstinį leidimą, suteikė 1 620 planinių sveikatos priežiūros paslaugų. Daugiausia tokių paslaugų suteikė Vokietija (553), Čekija (524), Ispanija (161) ir Portugalija (149). Visos kitos šalys suteikė mažiau nei 50 paslaugų, iš jų Lietuva – 6, arba jų apskritai neteikė. Estija, turėdama išankstinį leidimą, suteikė vieną planininę sveikatos priežiūros paslaugą, o Latvija – nė vienos.

2024 m. ES ir EEE šalys kitų šalių piliečiams be išankstinio leidimo suteikė 139 626 planines sveikatos priežiūros

paslaugas. Daugiausia jų suteikė Ispanija (32 495), Vokietija (19 719), Čekija (19 591), Belgija (10 762), Portugalija (9 343) ir Vengrija (5313). Visos kitos šalys suteikė mažiau nei 5 000 paslaugų, iš jų Lietuva – 926, Estija – 3740, Latvija – 289).

Apibendrinant, Lietuvoje kitų ES ir EEE šalių piliečiams pagal Direktyvą 2011/24/ES suteikiama labai nedidelė dalis leidimas, ir 0,66 proc. visų 2024 m. suteiktų paslaugų, kai išankstinio leidimo nereikėjo. Tuo tarpu oficialiuose šaltiniuose nepateikiama tiksli statistinė informacija apie tai, kiek pajamų už pagal Direktyvą 2011/24/ES kitiems ES ir EEE šalių piliečiams suteiktas planines sveikatos priežiūros paslaugas (su išankstinio leidimo ir be jo) yra sumokėta atskiroms paslaugas suteikusioms šalims.

3 paveiksle pateikiama informacija apie Lietuvoje 2022-2024 m. pagal Direktyvą 2011/24/ES suteiktas planinio gydymo paslaugas kitų ES ir EEE šalių piliečiams.

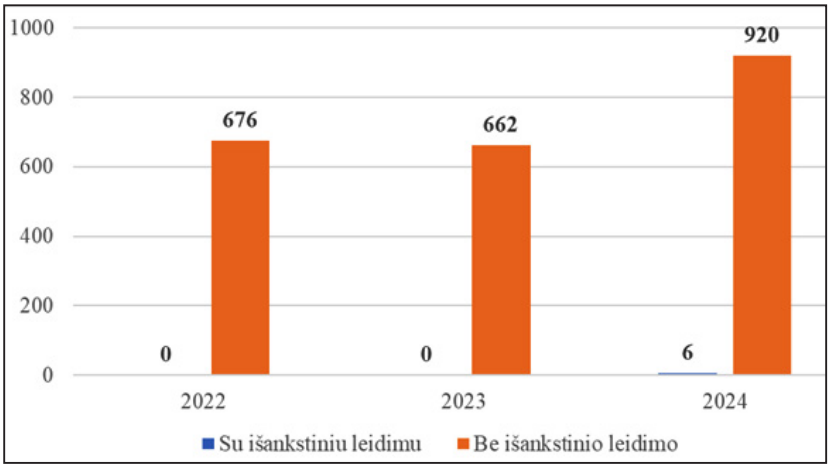
Kaip matyti 3 paveiksle, 2022 ir 2023 metais nė vienam ES ar EEE šalies piliečiui nebuvo suteikta planinių paslaugų su išankstiniu leidimu. 2024 metais tokios paslaugos buvo suteiktos keturiems Estijos, vienam Islandijos ir vienam Italijos piliečiui.

Planinėmis paslaugomis be išankstinio leidimo Lietuvoje dažniausiai naudojosi Airijos (2022 m. – 174, 2023 m. – 260, 2024 m. – 294), Lenkijos (2022 m. – 140, 2023 m. – 98, 2024 m. – 225), Norvegijos (2022 m. –72, 2023 m. – 92, 2024 m. – 113), Švedijos (2022 m. – 61, 2023 m. – 87, 2024 m. – 91), Prancūzijos (2022 m. – 119, 2023 m. – 40, 2024 m. – 57) ir Danijos (2022 m. – 55, 2023 m. – 43, 2024 m. – 92) piliečiai.

Diskusija

Dažniausiai medicinos turizmas suprantamas kaip sveikatos turizmo dalis, keliaujant į užsienio šalį gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir už jas sumokėti savo lėšomis. Neabejotinai šis turizmas sudaro didžiausią sveikatos ir medicinos turizmo rinkos dalį. Tačiau Europos Sąjungos teisės aktai reglamentuoja galimybes ES ar EEE piliečiams gauti medicinos paslaugas užsienyje, t. y. kitoje ES ar EEE šalyje, už kurias apmoka apdraustojo valstybė [14, 15, 17]. Šiame tyrime apžvelgiamos ES ir EEE piliečių galimybės gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES ir EEE šalyje, bei aptariami skirtingi jų gavimo būdai. Europos sveikatos draudimo kortelė ar laikinas ją pakeičiantis sertifikatas suteikia teisę į neplaninį būtiną gydymą, apmokamą apdraustojo valstybės lėšomis, todėl šiame tyrime neplaninis gydymas neanalizuojamas.

Analizuojant ES ir EEE piliečių galimybes gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES ar EEE šalyje, už kurias apmoka valstybė, pastebimi įvairūs būdai – su S2 forma pagal socialinės socialinės apsaugos reglamentus (EB) Nr. 883/2004 ir (EB) Nr. 987/2009; be S2 formos pagal Direktyvą 2011/24/ES - su išankstiniu leidimu ir be išankstinio leidimo; taip pat su neprivalomu,



3 pav. Lietuvoje 2022-2024 m. pagal Direktyvą 2011/24/ES suteiktos planinio gydymo paslaugos kitų ES ir EEE šalių piliečiams

2 lentelė. Prašymai kompensuoti planinio gydymo išlaidas kitoje ES ir EEE šalyje pagal Direktyvą 2011/24/ES 2022-2024 metais.

Metai	Su išankstiniu leidimu			Be išankstinio leidimo		
	prašymų gauti išankstinį leidimą skaičius	patenkinta prašymų (proc.)	apmokėta suma už planines paslaugas (eurais)	prašymų kompensuoti planinio gydymo išlaidas skaičius	patenkinta prašymų (proc.)	apmokėta suma už planines paslaugas (eurais)
2022	4 552	80,2	7 708 041	547 890	83,5	86 462 491
2023	5 973	80,9	9 203 823	449 069	64,9	101 246 456
2024	6 350	74,7	8 863 556	292 223	99,1	118 151 033

tačiau praktine prasme racionaliu išankstiniu pranešimu arba be jo. Tai neabejotinai gali sukelti tam tikrų neaiškumų ir sumaišties pacientams, norintiems gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES ar EEE šalyje. Kad ši problema realiai egzistuoja, įrodo faktas, kad net pačios ES ir EEE valstybės „vis dar sunkiai skiria prašymus, gautus pagal socialinės apsaugos reglamentus, nuo prašymų, gautų pagal Direktyvą“ [22, 30]. Tikriausiai vienintelis galimas šios problemos sprendimo būdas – kuo aiškesnė ir paprastesnė informacija, pateikiama nacionalinių sveikatos centrų tinklalapiuose ir (ar) tiesioginių kontaktų ir konsultacijų metu.

Nors ir egzistuoja tam tikri neaiškumai, ES ir EEE šalių piliečiai naudojasi galimybėmis gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES ar EEE šalyje, už kurias moka ar mokės apdraustojo valstybė. ES ir EEE šalių piliečiams Lietuvoje suteiktų planinės sveikatos priežiūros paslaugų, už kurias sumokėjo jų valstybės, skaičiai bendrame ES ir EEE šalių kontekste yra labai kuklūs – tiek kalbant apie paslaugas, suteiktas su S2 forma, tiek apie suteiktas su išankstiniu leidimu ir be jo, suteiktų planinių paslaugų dalis nesiekė vieno procento nuo visų kiekviename segmente ES ir EEE šalyse suteiktų paslaugų. Akivaizdu, kad Lietuva ir Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema (LNSS) nepasinaudojo galimybe gauti papildomų pajamų.

Socialinės apsaugos reglamento (EB) Nr. 883/2004 20 str. 2 dalyje, nustatančioje S2 formos išdavimo sąlygas, nurodyta, kad „<...> Leidimas išduodamas tuomet, kai atitinkamas gydymas yra numatytas tarp kitų išmokų tos valstybės narės, kurioje gyvena atitinkamas asmuo, teisės aktuose, ir jeigu toje šalyje toks gydymas, atsižvelgiant į jo esamą sveikatos būklę ir numanomą ligos eigą, jam negali būti suteiktas per mediciniškai pateisinamą laiką“ [14].

Reglamento (EB) Nr. 987/2009 26 str. 2 dalyje nustatyta: „Kompetentinga įstaiga gali atsisakyti suteikti prašomą leidimą tik tuo atveju, jeigu pagal gyvenamosios vietos įstaigos įvertinimą pagrindinio reglamento 20 straipsnio 2 dalies antrame sakinyje nurodytos sąlygos nėra įvykdytos apdraustojo gyvenamosios vietos valstybėje narėje nėra įvykdytos arba jeigu tokį patį gydymą galima suteikti pačioje kompetentingoje valstybėje narėje per medicinos požiūriu pagrįstą laiką, atsižvelgiant į atitinkamo asmens dabartinę sveikatos būklę ir tikėtiną ligos eigą“ [15].

Norint gauti planines paslaugas kitoje ES ar EEE valstybėje be S2 formos, taikytina Direktyva 2011/24/ES, kurios 8 str. 5 d. nustato, jog „draudimo valstybė narė negali atsisakyti suteikti išankstinį leidimą, jei <…> pacientas turi teisę gauti aptariamas sveikatos priežiūros paslaugas ir jei tos sveikatos priežiūros paslaugos negali būti suteiktos jos teritorijoje per mediciniškai pagrįstą laikotarpį, remiantis objektyviu paciento sveikatos būklės medicininiu tyrimu, įvertinus paciento ligos istoriją ir tikėtiną ligos raidą, paciento patiriamo skausmo laipsnį ir (arba) neįgalumo pobūdį prašymo dėl leidimo suteikimo pateikimo arba tokio leidimo atnaujinimo metu“ [17]. Taigi eilės planinėms paslaugoms apdraustojo valstybėje yra vienas iš esminių ES teisės aktais reglamentuojamų galimybių gauti šias paslaugas kitoje valstybėje.

Kyla natūralus klausimas: ar tikslinga suteikti planines paslaugas kitų ES ir EEE šalių piliečiams, jeigu savo šalies piliečiai taip pat turi tam tikrą laiką laukti („eilėje“), kol bus suteiktos (tos pačios) reikiamos paslaugos? Atsakant į šį klausimą, reikėtų suprasti, kas gali lemti eilių planinėms sveikatos priežiūros paslaugoms susidarymą. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos 2020 m. publikuotas tyrimas nurodo, jog viena iš svarbiausių priežasčių yra valstybės lėšų, kuriomis apmokamos suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos, trūkumas [33]. Iš mokesčių finansuojamose ir griežtų biudžetinių lėšų apribojimų saistomose sveikatos sistemose, kuriose paslaugos teikiamos neatsižvelgiant į asmens mokumą, laukimo eilės yra viena pagrindinių prieigos prie gydymo paslaugų ribojimo priemonių [34]. P. Ward ir kt. konstatavo: tai, kad viešosiomis lėšomis finansuojamose sveikatos priežiūros sistemose susidaro laukimo eilės, paprasčiausiai lemia paklausos perviršis, palyginti su pasiūla. Ribotų išteklių ir iš mokesčių finansuojamoje aplinkoje pacientų, kuriems būtina operacija, yra daugiau nei tuo metu turimų išteklių šioms operacijoms atlikti, nes valstybės privalo paskirstyti finansavimą visoms viešosioms paslaugoms [35]. J. Acuna ir kt. atliko tyrimą, siekdami nustatyti pagrindinius veiksnius, lemiančius laukiančiųjų sąrašų susidarymą. Rezultatai parodė, kad, siekiant užtikrinti geresnį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, būtina išlaikyti paklausos ir pasiūlos pusiausvyrą; tačiau dėl finansinių apribojimų ar ribotų išteklių tokią pusiausvyrą ne visada įmanoma pasiekti [36]. L. Siciliani, aptardamas laukimo eilių sumažinimo galimybes, atkreipė dėmesį į būtinybę sutelkti daugiau išteklių sveikatos priežiūros sektoriui, kartu pabrėždamas, kad tai yra sudėtinga, atsižvelgiant į didėjantį spaudimą viešiesiems finansams [37]. Taigi laukimo eilės dažniausiai atsiranda ne dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų „problemų“, o dėl valstybės lėšų, kuriomis apmokama už suteiktas paslaugas, trūkumo. Kai viešasis finansavimas yra ribotas, sveikatos priežiūros įstaigos negali operatyviai didinti paslaugų pasiūlos, kad ji atitiktų augančią sveikatos priežiūros paslaugų paklausą - dėl to tiesiogiai formuojasi planinių sveikatos priežiūros paslaugų laukiančiųjų eilės. Tokiu būdu planinių paslaugų suteikimas kitų ES ir EEE šalių piliečiams niekaip nedaro įtakos savo šalies piliečių laukimo eilėms, net ir teikiant tokias pačias paslaugas. Tai patvirtina faktas, kad, nepaisydamos savo šalies pacientų laukimo eilių, kai kurios šalys (pvz., Ispanija, Vokietija, Čekija) suteikia

nemažai planinių sveikatos priežiūros paslaugų kitų ES ir EEE šalių pacientams ir už šių paslaugų suteikimą gauna apmokėjimą iš pacientų šalių.

2011 metų Lietuvos medicinos turizmo plėtros ir medicinos paslaugų eksporto skatinimo galimybių analizėje bei rekomendacijose atlikta Lietuvos stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė sveikatinimo turizmo kontekste [13]. Susiaurinus SSGG analizę iki planinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ES ir EEE šalių piliečiams konteksto, aktualiausi jos aspektai pateikiami 3 lentelėje.

Vis dėlto, atsižvelgiant į planinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kitoje ES ar EEE šalyje reglamentavimo ypatumus, esminis aspektas yra „laukimo eilės“, todėl, siekiant pritraukti daugiau kitų ES ir EEE šalių piliečių šias paslaugas gauti, reikėtų dėmesį kreipti į tas šalis, kuriose yra santykinai ilgos planinių chirurginių paslaugų laukimo eilės. Nelabai tikėtina, jog kitų ES ir EEE šalių piliečiai atvyktų į Lietuvą tik planinei konsultacijai. Neabejotinai svarbus vaidmuo turėtų tekti valstybės institucijoms – pradedant nuo reklamos ir kvietimo šių šalių piliečiams atvykti ne tik sveikatinimo ar įprasto medicinos turizmo paslaugoms, už kurias jie susimoka patys, bet ir planinėms sveikatos priežiūros paslaugoms, už kurias apmoka jų valstybė (pvz., Nacionalinės turizmo agentūros tinklalapyje „Keliauk Lietuvoje“ kviečiama Lietuvoje apsilankyti sveikatingumo tikslais, bet neužsimenama apie medicinos ir sveikatos priežiūros paslaugas [38]), baigiant tarpvalstybiniais įgyvendinamais susitarimais su kitomis šalimis dėl planinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo šių šalių piliečiams. Kita vertus, tik VLK tinklalapyje yra informacija anglų kalba apie kitų ES ir EEE šalių piliečiams teikiamas planines paslaugas, už kurias patiems tiesiogiai mokėti nereikės (angl. The right to free planned medical care) [39], tačiau prieinamos ir nuolat atnaujinamos informacijos anglų kalba nei apie ASPĮ ir specialistus, turinčius teisę teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, nei apie Lietuvos Respublikoje nustatytus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir saugos standartus ir pan. rasti nepavyko nei Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos tinklalapyje [40], nei Tarpvalstybinio sveikatos priežiūros nacionalinio kontaktinio centro tinklalapyje [41]. Tarpvalstybinio planinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ES ir EEE šalių gyventojams Lietuvoje tendencijos rodo, kad vien tik pačių sveikatos priežiūros paslaugų iniciatyvos nepakanka, norint plėtoti šią kryptį ir

3 lentelė. Lietuvos SSGG analizė planinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ES ir EEE šalių piliečiams kontekste.
**Valstybinė ligonių kasa sutartis su ASPĮ sudaro atsižvelgdama į konkrečių paslaugų poreikį Lietuvos gyventojams. Todėl ASPĮ, neturinti sutarties dėl konkrečios paslaugos teikimo, negali jos automatiškai teikti pagal S2 formą, net jei turi šios paslaugos teikimo licenciją.*

Stiprybės ✓ Daug aukštos kvalifikacijos gydytojų ✓ Efektyvus sveikatos priežiūros paslaugų suteikimas privačiame sektoriuje (eilių nebuvimas) ✓ Mažesnės paslaugų kainos (palyginus su senosiomis ES ir EEE valstybėmis) ✓ Platus aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų spektras Nuolat augantis gebėjimas bendrauti su pacientais anglų kalba	**Silpnybės** ✓ Lietuva iki šiol vangiai pozicionuojama kaip kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikėja ✓ Mažai pagal tarptautinius standartus akredituotų sveikatos priežiūros įstaigų ✓ Nėra pakankamos patirties ir įdirbio reklamuojant sveikatos priežiūros paslaugas ES ir EEE šalių piliečiams, už kurias apmokėtų kitos šalys ✓ Nėra valstybės mastu tinkamos viešai prieinamos informacijos anglų kalba apie paslaugų teikėjus ir nacionalinius kokybės bei saugos standartus, taikomas klinikines, saugos bei organizacines taisykles ✓ Apribojimai ASPĮ teikti planines paslaugas pagal S2 formą* ✓ Nepakankamai pačių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų teikiama viešai prieinama informacija anglų kalba apie galimybes suteikti planines paslaugas ES ir EEE šalių piliečiams
Galimybės ✓ Kitų ES ir EEE šalių „problemos“: • Ilgesnės nei Lietuvoje eilės planinėms paslaugoms • Didesnės tokių pačių paslaugų kainos ✓ Pakankami Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos pajėgumai suteikti planines sveikatos priežiūros paslaugas kitų ES ir EEE šalių piliečiams ✓ Glaudesnis tiesioginis tarpvalstybinis bendradarbiavimas dėl planinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo su Skandinavijos ir Šiaurės šalimis (Norvegija, Švedija, Danija, Suomija, Islandija), taip pat Jungtine Karalyste, Airija	**Grėsmės** ✓ Nepakankamas tiesioginių skrydžių spektras ✓ Maža šalis, todėl sunku konkuruoti su dideles paslaugų apimtis teikiančiomis šalimis ✓ Asmeninio saugumo klausimai nepalankaus geopolitinio konteksto fone

didinti planinių sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų kitų ES ir EEE šalių piliečiams, apimtis ir kartu pajamas už jas.

Šis tyrimas, kaip ir kiti, turi tam tikrų trūkumų. Reikia pažymėti, kad informacija apie suteiktas planines sveikatos priežiūros paslaugas ES ir EEE šalių piliečiams kitoje valstybėje buvo prieinama tik iš vienintelio šaltinio – oficialių Europos Komisijos statistinių ataskaitų. Mažiau abejonių dėl duomenų patikimumo kyla vertinant paslaugas, suteiktas pagal Reglamentą (EB) Nr. 883/2004 ir jo įgyvendinimo Reglamentą (EB) Nr. 987/2009, naudojant S2 formą. Tačiau, kaip ir pripažįstama pateikiant statistinę informaciją ataskaitose [22, 30] apie suteiktas paslaugas pagal Direktyvą 2011/24/ES, duomenys gali būti ne visai tikslūs. Kadangi kituose oficialiuose šaltiniuose ir (ar) statistinėse duomenų bazėse informacijos apie planines paslaugas, suteiktas kitos ES ir EEE šalies piliečiams nėra (yra bendra informacija, apimanti tiek skubias ir neatidėliotinas paslaugas, tiek paslaugas kitos šalies piliečiams gyvenant šalyje, kurioje suteiktos paslaugos, ir paslaugas pagal Reglamentus (EB) Nr. 883/2004, (EB) Nr. 987/2009 ir Direktyvą 2011/24/ES), nebuvo galimybės patikrinti duomenų patikimumo. Šiame tyrime nebuvo analizuotos priežastys, kodėl ASPĮ mažai teikia (ar iš viso neteikia) planinių paslaugų ES ir EEE šalių piliečiams, taip pat nevertinta ekonominė nauda valstybei teikiant šias paslaugas – tai galėtų būti kitų mokslinių tyrimų objektas, kurių analizė ir išvados galėtų padėti aiškiau suformuluoti sprendimo būdus, siekiant pritraukti daugiau ES ir EEE šalių piliečių gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias apmokėtų jų valstybė.

Išvados

1. ES ir EEE šalių piliečių teisę Lietuvoje gauti planines sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidas apmoka arba kompensuoja jų valstybė, reglamentuoja du pagrindiniai mechanizmai. Pirmasis – socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentai: Reglamentas (EB) Nr. 883/2004 ir jo įgyvendinimo Reglamentas (EB) Nr. 987/2009. Pagal šiuos reglamentus planiniam gydymui kitoje valstybėje naudojamas S2 dokumentas. Antrasis – Direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas. Ja vadovaujantis, pacientas gali gauti paslaugas Lietuvoje, jei turi savo valstybės kompetentingos institucijos išduotą išankstinį leidimą. Jeigu toks leidimas nereikalingas, pacientas už paslaugas sumoka pats, o vėliau savo valstybėje kreipiasi dėl patirtų išlaidų kompensavimo. Šių pacientų planinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo Lietuvoje, atsiskaitymo už jas ir išlaidų kompensavimo procedūras taip pat aiškiai nustato Lietuvos Respublikos teisės aktai.

2. ES ir EEE šalių piliečių, Lietuvoje gavusių planines sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias apmokėjo jų valstybės, skaičius bendrame ES ir EEE valstybių kontekste buvo labai nedidelis. Lietuvoje suteiktų paslaugų dalis nesiekė 1 proc. visų pagal atitinkamus mechanizmus ES ir EEE valstybėse suteiktų planinių tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų. Tai apėmė ir paslaugas, suteiktas pagal socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentus pateikus S2 dokumentą, ir paslaugas, suteiktas pagal Direktyvą 2011/24/ES - su išankstiniu leidimu arba be jo. Šie duomenys leidžia daryti išvadą, kad Lietuva nepakankamai išnaudoja galimybes pritraukti pacientus iš kitų ES ir EEE valstybių, didinti jiems teikiamų planinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ir gauti papildomų pajamų iš šių valstybių.

Literatūra

1. Stoney RJ, Leidel L. Medical Tourism. In: Halsey ES, Angelo KM, Barnett ED, et al., editors. CDC Yellow Book, 2026 edition: Health Information for International Travel [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US) 2025. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK620895/
2. World Medical Association. WMA Statement on Medical Tourism. WMA General Assembly, Reykjavik, Iceland, 2018. https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-tourism/
3. World Tourism Organization and European Travel Commission. Exploring Health Tourism, UNWTO, Madrid, 2018.
https://doi.org/10.18111/9789284420209
4. Global Medical Tourism Market - 2025-2033. Research Report. DataM Intelligence 4 Market Research LLP 2025.
https://www.marketresearch.com/DataM-Intelligence-4Market-Research-LLP-v4207/Global-Medical-Tourism-39813274/#description
5. Europe Medical Tourism Market By Treatment (Neurology, Aesthetics, Dental, Cardiovascular, Orthopedic), Treatment Type (Cosmetic Surgery, Dental Treatments, Fertility Treatments), & Region for 2026-2032. Verified Market Research 2026.
https://www.verifiedmarketresearch.com/product/europe-medical-tourism-market/
6. European Commission: Directorate-General for Health and Food Safety, Planned and unplanned treatment abroad - Two legal frameworks and their application, Publications Office of the European Union 2026. https://data.europa.eu/doi/10.2875/7611823
7. Androutsou L, Metaxas T. Measuring the efficiency of medical tourism industry in EU member states. Journal of Tourism Analysis 2019;26(2):115-130.
https://doi.org/10.1108/JTA-02-2019-0006
8. Mo J, Song B, Chen Q, Li G. Medical Tourism Research: Trends, Themes, and Future Directions Through Bibliometric Analysis. Journal of Smart Tourism 2025;5(1-2):19-39. https://doi.org/10.1177/27652157251340482
9. Langvinienė N. Changing patterns in the health tourism services sector in Lithuania. Procedia - Social and Behavioral Sciences

2014;156: 310-316.
https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.11.194
10. Kuzmickaitė, S. Medicininio turizmo plėtra Lietuvoje. Magistro darbas. Vytauto Didžiojo universitetas, 2014. https://portalcris.vdu.lt/server/api/core/bitstreams/3875f8da-3c7d-45a4-af07-1451e22fc976/content
11. Perkumienė D, Vienažindienė M, Švagždienė B. Cooperation Perspectives in Sustainable Medical Tourism: The Case of Lithuania. Sustainability 2019;11(13):3584.
https://doi.org/10.3390/su11133584
12. Bučinskaitė, L., Navickienė, R. Medicinos turizmo situacijos analizė pasaulyje ir Lietuvoje. Mokslas ir praktika: aktualijos ir perspektyvos, 2013:45-53. https://www.lituanistika.lt/content/112093
13. Lietuvos Respublikos ekonomikos ir inovacijų ministerija. Lietuvos medicinos turizmo plėtros ir medicinos paslaugų eksporto skatinimo galimybių analizė ir rekomendacijos. Ernst & Young 2011. https://eimin.lrv.lt/uploads/eimin/documents/files/Turizmas/Medicinos%20turizmo%20galimybiu%20analize.pdf
14. Europos Parlamentas ir Europos Sąjungos Taryba. 2004 m. balandžio 29 d. Reglamentas (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo (Tekstas svarbus EEE ir Šveicarijai). Europos Sąjungos oficialusis leidinys 2004;L166:1-123. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2004/883/oj
15. Europos Parlamentas ir Europos Sąjungos Taryba. 2009 m. rugsėjo 16 d. Reglamentas (EB) Nr. 987/2009, nustatantis Reglamento (EB) Nr. 883/2004 dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo įgyvendinimo tvarką (Tekstas svarbus EEE ir Šveicarijai). Europos Sąjungos oficialusis leidinys. 2009;L284:1-42.
https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2009/987/oj
16. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. Template for National Contact Points for good information provision towards healthcare providers in cross-border healthcare. https://health.ec.europa.eu/document/download/209b7547-ce0b-4193-9361-795d981aa97d_en
17. Europos Parlamentas ir Europos Sąjungos Taryba. 2011 m. kovo 9 d. Direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių taikymo teikiant tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas. Europos Sąjungos oficialusis leidinys. 2011;L88:45-65. https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj
18. European Commission: Directorate-General for Health and Food Safety, Accessing planned treatment abroad - Your checklist, Publications Office of the European Union 2026. https://data.europa.eu/doi/10.2875/9866591
19. Walter R, Rau FH. Cross-Border Health Care in the European Union: Evaluation of Different Financing Arrangements. Engineering Management in Production and Services 2017; 9(2):8-20.
https://doi.org/10.1515/emj-2017-0009
20. European Commission: Directorate-General for Health and Food Safety, Planned and unplanned treatment abroad - Two legal frameworks and their application, Publications Office of the European Union 2026. https://data.europa.eu/doi/10.2875/7611823
21. European Commission: Directorate-General for Health and Food Safety, PredictBy and Baltic Media, [Directorate-General for Health and Food Safety, PredictBy, Baltic Media], Member State data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU - Reference year 2022 - Final report, Publications Office of the European Union 2024.
https://data.europa.eu/doi/10.2875/905140
22. European Commission: Directorate-General for Health and Food Safety, PredictBy Research and Consulting, Puppo, F., Roca-Umbert, A. and Lupiañez-Villanueva, F., Member State data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU - Reference year 2024 - Final version, Publications Office of the European Union 2026.
https://data.europa.eu/doi/10.2875/4111554
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Dėl kitų Europos Sąjungos valstybių narių apdraustųjų valstybiniu sveikatos draudimu sveikatos priežiūros organizavimo Lietuvos Respublikoje ir jos išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo. 2015 m. rugpjūčio 28 d. įsakymas Nr. V-1014. TAR, 2015-08-31, Nr. 13237. Aktuali redakcija nuo 2025-07-01.
https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/1e654a004fce11e5b0f2b883009b2d06
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo privalomojo sveikatos draudimo fondo bei valstybės biudžeto lėšomis sutarties standartinių sąlygų patvirtinimo. 2025 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. V-665. TAR, 2025-07-14, Nr. 12733.
https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/4d5db7145e7411f0a3d380837a821750
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo. 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. 687. Valstybės žinios, 1998-12-02, Nr. 105-2927. Aktuali redakcija nuo 2026-07-01.
https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.F0DF3FFA5F9E/asr
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros nacionalinių kontaktinių centrų paskyrimo. 2012 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-1123. Valstybės žinios, 2012-12-15, Nr. 146-7552 Aktuali redakcija nuo 2013-03-09.
https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.426507A5331B/asr
27. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros nacionalinio kontaktinio centro funkcijų vykdymo. 2013 m. birželio 27 d. įsakymas Nr. V-648. Valstybės žinios, 2013-07-01, Nr. 70-3542. Aktuali redakcija nuo 2022-09-01.
https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.7B6458D03327/asr
28. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministras ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Dėl institucijų, atsakingų už Europos Sąjungos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų įgyvendinimą, paskyrimo. 2010 m. liepos 28 d. įsakymas Nr. A1-376/V-676. Valstybės žinios, 2010-08-03, Nr. 92-4879. Aktuali redakcija nuo 2025-

07-01.
https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.0480E244B0A1/asr
29. European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, De Wispelaere F, De Smedt L and Pacolet J. Cross-border healthcare in the EU under social security coordination - Reference year 2024, Publications Office of the European Union 2026.
https://data.europa.eu/doi/10.2767/8935245
30. European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Coordination of social security systems at a glance - 2025 statistical report, Publications Office of the European Union 2026. https://data.europa.eu/doi/10.2767/7677412
31. European Commission: Directorate-General for Health and Food Safety, Puppo F, Roca-Umbert A, Ingebretsen Carlson J, Camacho J, et al. Member State data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU - Reference year 2023 - Final version, Publications Office of the European Union 2025. https://data.europa.eu/doi/10.2875/0490716
32. European Commission: Directorate-General for Health and Food Safety, PredictBy Research and Consulting, Baltic Media, Puppo F, Roca-Umbert A, et al. Member State data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU - Trend report reference years 2021–2023. Publications Office of the European Union 2025.
https://data.europa.eu/doi/10.2875/6735694
33. OECD. Waiting Times for Health Services: Next in Line, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris 2020.
https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en
34. Devlin N, Harrison A, Derrett S. Waiting in the NHS: part 1--a diagnosis. J R Soc Med 2002;95(5):223-6.
https://doi.org/10.1258/jrsm.95.5.223
35. Ward PR, Rokkas P, Cenko C, et al. 'Waiting for' and 'waiting in' public and private hospitals: a qualitative study of patient trust in South Australia. BMC Health Serv Res 2017;17(1):333.
https://doi.org/10.1186/s12913-017-2281-5
36. Acuna JA, Zayas-Castro JL, Feijoo F. et al. The Waiting Game - How Cooperation Between Public and Private Hospitals Can Help Reduce Waiting Lists. Health Care Manag Sci 2022;25:100-125.
https://doi.org/10.1007/s10729-021-09577-x
37. Siciliani L. Waiting times for health services, health, and labour market outcomes. Eur J Public Health. 2026;36(2 Suppl):ii3-ii7.
https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf213
38. Keliauk Lietuvoje. Ką nuveikti Lietuvoje. https://lithuania.travel/lt/ka-nuveikti/sveikatingumas
39. Valstybinė ligonių kasa. National contact point for cross-border healthcare. https://ligoniukasa.lrv.lt/en/sector-activities/for-travelers-1/national-contact-point-for-cross-border-healthcare/information-for-people-coming-to-lithuania/the-right-to-free-planned-medical-care/
40. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba. https://vaspvt.lrv.lt/en/
41. Tarpvalstybinis sveikatos priežiūros nacionalinis kontaktinis centras. Planned treatment in EU member states. https://lncp.lt/plannedtreatmentineumemberstates/

CROSS-BORDER HEALTHCARE FOR EU AND EEA CITIZENS IN LITHUANIA: UNUSED OPPORTUNITIES FOR PLANNED TREATMENT

J. Staikūnas, V. Kalibatas

Keywords: Regulation (EC) No 883/2004, Regulation (EC) No 987/2009, Directive 2011/24/EU**,** cross-border healthcare, planned healthcare services, S2 form, medical tourism.

Summary

Medical tourism is generally understood as obtaining wellness services (in the broad sense) or medical services (in the narrower sense, referring specifically to personal health care services) in a foreign country, paid for out-of-pocket. In contrast, citizens of European Union and European Economic Area countries have the right to receive treatment—including planned treatment—in any other member state when the costs are covered by the patient's home country.

The aim of the study was to review the legal acts regulating the possibilities for EU and EEA citizens to obtain planned health care services in another country, and to analyse cross-border health care trends in Lithuania in the context of providing such services to residents of other EU and EEA states.

Materials and methods – A comprehensive review of EU and Lithuanian legal acts was conducted using the official registers EUR-Lex and e-tar.lt, as well as the European Commission's publications and document library (EU Publications/DG SANTE). Literature search was performed using the PubMed and Google Scholar databases.

Results – The possibilities for EU and EEA citizens to receive planned health care services in Lithuania, with the costs paid or reimbursed by their home country, are regulated through two main mechanisms: the social security coordination regulations—Regulation (EC) No 883/2004 and its implementing Regulation (EC) No 987/2009, under which the S2 document applies to planned treatment abroad—and Directive 2011/24/EU. The number of EU and EEA citizens who received planned health care services in Lithuania paid for by their home countries was very small in the overall EU and EEA context: the share of services provided in Lithuania did not reach 1 percent of all planned cross-border health care services delivered under these mechanisms across EU and EEA countries.

Conclusions – Despite the existing legal framework establishing the right of EU and EEA citizens to obtain planned health care services in another member state, Lithuania insufficiently exploits the potential to attract patients from other EU and EEA countries for planned treatment, expand the volume of such services, and generate additional revenue from other member states.

Correspondence to: vytenis.kalibatas@lsmu.lt

Gauta 2026-09-17