

ligoniukasa.lrv.lt



VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA
PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas 2025 metais

2026-02-11

Paslaugų kiekis auga visose grupėse, išskyrus aktyvaus stacionaro.

aslaugų grupė / vnt.	2024	2025	skirtumas vnt.	skirtumas %
Konsultacijos	8 192 834	8 303 375	110 541	1,3%
Ambulatorinė chirurgija	78 115	89 654	11 539	14,8%
Dienos stacionaras	1 136 918	1 331 787	194 869	17,1%
Skubioji medicinos pagalba	508 560	557 991	49 431	9,7%
Stebėjimas	169 681	176 390	6 709	4,0%
Dienos chirurgija	152 760	174 501	21 741	14,2%
Brangieji tyrimai ir procedūros	875 507	953 913	78 406	9,0%
Stacionaras	475 231	463 202	-12 029	-2,5%
Reabilitacija	2 445 503	2 559 700	114 197	4,7%
Slauga	4 858 798	5 158 338	299 540	6,2%

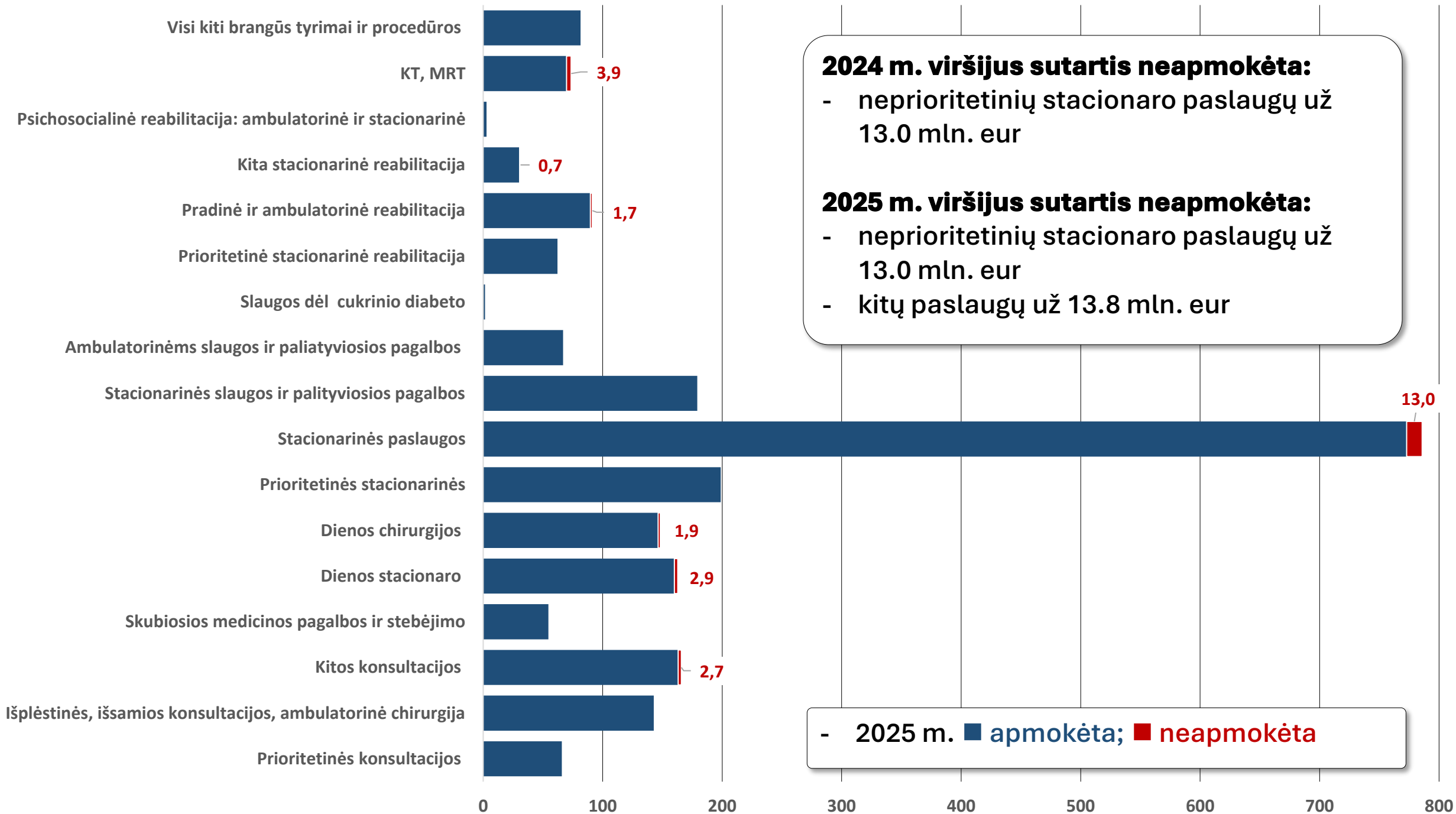
PSDF apmokētu sveikatos paslaugu kiekis 2025 m. augo visose srityse, išskyrus aktyvaus stacionaro ir neprioritetines konsultacijas.

paslaugos / vnt.	2024 m.	2025 m.	augimas, vnt.	augimas, %
Prioritetinės konsultacijos	1,227,458	1,278,967	51,509	4.2
Išplėstinės konsultacijos, amb. chirurgija	1,982,391	2,219,304	236,913	12.0
Kitos konsultacijos	5,061,275	4,876,480	-184,795	-3.7
Skubiosios medicinos pagalbos ir stebėjimo	678,241	734,453	56,212	8.3
Dienos stacionaro	1,136,934	1,329,443	192,509	16.9
Dienos chirurgijos	152,785	174,441	21,656	14.2
Prioritetinės stacionarinės	51,040	49,735	-1,305	-2.6
Stacionarinės paslaugos	426,315	415,627	-10,688	-2.5
Stacionarinės slaugos	1,830,714	1,899,631	68,917	3.8
Ambulatorinėms slaugos	2,952,927	3,175,120	222,193	7.5
Slaugos dėl cukrinio diabeto	75,157	83,122	7,965	10.6
Prioritetinė stacionarinė reabilitacija	720,289	725,003	4,714	0.7
Pradinė ir ambulatorinė reabilitacija	1,345,753	1,427,201	81,448	6.1
Kita stacionarinė reabilitacija	353,617	358,382	4,765	1.3
Psichosocialinė reabilitacija:	25,824	33,031	7,207	27.9
KT, MRT	586,143	643,370	57,227	9.8
Kiti brangūs tyrimai ir procedūros	289,362	309,591	20,229	5.0

Ambulatorinės konsultacijos / vnt.	2024 m.	2025 m.	Skirtumas, vnt.	Skirtumas, %
Radiologo	1 906 514	1 897 036	-9 478	-0,5%
Echoskopuotojo	714 305	713 977	-328	0,0%
Oftalmologo	514 340	498 195	-16 145	-3,1%
Ortopedo traumatologo	473 199	477 545	4 346	0,9%
FMR gydytojo	440 680	444 749	4 069	0,9%
Akušerio ginekologo	398 410	419 743	21 333	5,4%
Otorinolaringologo	381 229	386 222	4 993	1,3%
Neurologo	372 462	385 110	12 648	3,4%
Kardiologo	302 601	336 057	33 456	11,1%
Endokrinologo	278 159	278 993	834	0,3%
Dermatovenerologo	243 103	243 840	737	0,3%
Urologo	193 310	203 817	10 507	5,4%
Chirurgo	188 329	187 231	-1 098	-0,6%
Pulmonologo	107 073	104 572	-2 501	-2,3%
Reumatologo	91 635	96 666	5 031	5,5%
FGDS	36 453	96 561	60 108	164,9%
Gastroenterologo	89 031	93 266	4 235	4,8%

2025 m. paslaugų finansavimas augo 230.8 mln. eur, neapmokėta viršsutartinių paslaugų už 26.8 mln. Eur arba 1.2%

paslaugos / mln. eur	2024 m.	2025 m.	augimas, mEUR	augimas %	neapmokėta mEUR	apmokejimas, %
Prioritetinės konsultacijos	55.2	65.7	10.5	19.1%		100.0%
Išplėstinės konsultacijos, amb. chirurgija	115.4	142.7	27.3	23.7%		100.0%
Kitos konsultacijos	157.8	163.2	5.4	3.4%	2.7	98.4%
Skubiosios medicinos pagalbos ir stebėjimo	48.1	54.5	6.4	13.2%		100.0%
Dienos stacionaro	133.1	160.0	26.8	20.2%	2.9	98.2%
Dienos chirurgijos	127.2	146.4	19.2	15.1%	1.9	98.7%
Prioritetinės stacionarinės	181.8	198.8	17.0	9.3%		100.0%
Stacionarinės paslaugos	726.0	772.8	46.8	6.5%	13.0	98.3%
Stacionarinės slaugos	159.5	179.1	19.6	12.3%		100.0%
Ambulatorinėms slaugos	55.2	67.4	12.2	22.0%		100.0%
Slaugos dėl cukrinio diabeto	1.2	1.5	0.2	18.7%		100.0%
Prioritetinė stacionarinė reabilitacija	52.9	62.1	9.3	17.5%		100.0%
Pradinė ir ambulatorinė reabilitacija	77.4	89.7	12.3	15.8%	1.7	98.2%
Kita stacionarinė reabilitacija	26.5	30.5	4.1	15.4%	0.7	97.8%
Psichosocialinė reabilitacija:	1.8	2.7	0.9	48.9%		100.0%
KT, MRT	66.4	69.7	3.3	5.0%	3.9	94.7%
Kiti brangūs tyrimai ir procedūros	72.1	81.5	9.5	13.1%		100.0%
VISO	2,057.5	2,288.3	230.8	11.2%	26.8	98.8%



2025 metais viršsutartinių paslaugų apmokėta už 197.6 mln. eur, neapmokėta už 26.8 mln. eur.

paslaugos	neapmokėta viešosios, mln. eur	neapmokėta privačios, mln. eur	skaičius viešosios	skaičius privačios
Slaugos paslaugos namuose	-	0.029	0	2
Gydytojų specialistų paslaugos	0.908	1.742	38	163
Dienos stacionaras	1.506	1.441	28	13
Dienos chirurgija	0.363	1.569	6	13
Stacionarinės paslaugos	12.832	0.159	31	2
Kompiuterinė tomografija	0.356	0.075	20	2
Magnetinio rezonanso tomografija	0.746	2.710	9	9
Ambulatorinė rehabilitacija	0.088	0.514	2	16
Stacionarinė rehabilitacija	0.225	0.471	13	7
Pradinė ambulatorinė rehabilitacija	0.146	0.933	5	30
Bendra suma	17.172	9.643		

Viršsutartinių paslaugų apmokėjimo ribojimai 2025 metais leido subalansuoti PSDF lėšas, pilnai finansuoti prioritetines paslaugas, sudarė įstaigoms skaidrią ir prognozuojamą finansavimo aplinką.

Riboto biudžeto sąlygomis išankstinis susitarimas dėl prioritetų, paslaugų finansavimo apribojimų ir viršsutartinių paslaugų apmokėjimo yra būtinas. Tokio tipo finansiniai ribojimai yra taikomi daugumoje Europos šalių.

Netrukus bus teikiamas pasiūlymas dėl viršsutartinių paslaugų apmokėjimo tvarkos nuo 2026 m. liepos 1 d. Pasiūlymas bus analogiškas šiuo metu galiojančiai tvarkai ir pagrįstas poveikio vertinimu. Pasiūlymas bus koreguojamas pagal gautas konstruktyvias pastabas.

Ačiū!

How Europe Resolves Contracted Volume Limits in Fee-For-Service (FFS) Schemes

Even in countries that nominally use fee-for-service (FFS), most European insurers (statutory health insurance funds and national health services) do not allow unlimited billing. To prevent overspending and volume inflation, they impose contracted annual or quarterly volume ceilings. Because these systems differ from the U.S. FFS model, Europe typically resolves FFS volume caps in four main ways:

1. Hard Caps (“Ceilings”): No Payment Above Contracted Volume. This is common in countries with statutory insurance (Germany, France, Belgium, Netherlands). Mechanism - Insurer sets an annual/quarterly volume limit (e.g., point budget, RVU budget, visit cap). Once the provider exceeds the limit, reimbursement stops, or the price per service is reduced to near zero. The provider may still treat patients but receives little or no compensation for “over-production.”

Use cases:

- Germany: physician budgets (Regelleistungsvolumen) function this way.
- France: activity “envelopes” in ambulatory care.

How it resolves:

- Providers must self-manage volume.
- Any excess is simply not paid or paid at a dramatically reduced unit price.

2. Soft Caps With Reduced Tariffs (Marginal Rate Reductions). Instead of refusing payment entirely, the insurer reduces the reimbursement rate for services beyond the contracted volume. Example mechanisms:

- 100% tariff until cap;
- 20–50% tariff for excess activity.

Purpose - discourages volume inflation while still compensating providers somewhat.

Where used:

- Netherlands (historically),
- Belgium,
- Some Nordic regions for specialist care.

3. Activity Caps Combined With Year-End Reconciliation. In NHS-style systems (UK, Nordics, parts of Southern Europe), contracted volumes are incorporated into block/FFS hybrid contracts. Mechanisms:

- Providers deliver care throughout the year.
- At year-end, insurers/governments reconcile actual activity vs. contracted activity.
- Over-activity may result in partial payment, lower retrospective tariffs or future-year volume adjustments.

Resolution - activity above contract may be shifted into next year’s base activity, rather than paid fully.

4. Blended Payment Models That Neutralize “Over-Billing”. Many European systems increasingly blend FFS with:

- capitation,
- pay-for-performance,
- global budgets,
- bundled payments.

This reduces the financial importance of exceeding FFS volumes. Examples:

- UK: capitation + limited FFS (Enhanced Services).
- Nordic countries: salary + small FFS component.
- Germany: FFS inside collective budgets.

How it resolves - even if a provider bills more, total reimbursements cannot exceed the contractually allocated envelope.

Key Takeaways

1. Fee-for-service is never unlimited in Europe.
2. Contracted volume limits are enforced primarily through budget caps, tariff reductions, or reconciliation processes.
3. Over-activity typically results in automatic non-payment or reduced payment, not case-by-case denial.
4. The majority of systems use blended models to prevent the financial incentives that cause volume inflation.

viršsutartinės paslaugos

2025

paslaugų apmokėjimo tvarka	Sutartinės paslaugos	viršsutartinės paslaugos			
		A po ketvirčio	B po ketvirčio	C po ketvirčio	D po metų
Prioritetinės konsultacijos	100%	100%			
Išplėstinės, išsamios konsultacijos, ambulatorinė chirurgija	100%	100%			
Kitos konsultacijos	100%			70%	
Skubiosios medicinos pagalbos ir stebėjimo	100%	100%			
Dienos stacionaro	100%			100%	
Dienos chirurgijos	100%			100%	
Prioritetinės stacionarinės	100%	100%			
Stacionarinės paslaugos	100%				30%
Slaugos dėl cukrinio diabeto	100%		100%		
Ambulatorinės slaugos ir paliatyvosios pagalbos	100%		100%		
Stacionarinės slaugos ir paliatyvosios pagalbos	100%		100%		
Prioritetinė stacionarinė rehabilitacija	100%	100%			
Pradinė ir ambulatorinė medicininė rehabilitacija	100%			100%	
Kita stacionarinė rehabilitacija	100%			70%	
Psichosocialinė rehabilitacija: ambulatorinė ir stacionarinė	100%		100%		
KT, MRT	100%			70%	
Visi kiti brangūs tyrimai ir procedūros	100%		100%		

jei yra PSDF
galimybės,

virš sutarties
apmokama iki
+50% nuo
sutartinės
sumos

kiekvienoje
paslaugų
grupėje

vertinant metų
eigoje
kaupiamuoju
būdu