

**Tabela 1.** Definicje metod finansowania świadczeniodawców

NAZWA / SKRÓT	PEŁNA NAZWA I INNE OKREŚLENIA	OBJAŚNIENIE
<b>Budżet Globalny</b>		Kwota środków ustalona z góry (prospektywnie) i przekazywana świadczeniodawcy (np. szpitalowi) na pokrycie wszystkich jego kosztów w danym okresie (zwykle jednego roku). Może być ustalana na podstawie różnorodnych czynników, np. dostępnych zasobów świadczeniodawcy, aktywności świadczeniodawcy w poprzednim okresie rozliczeniowym.
<b>Ryczałt</b>	stała opłata	Stała kwota ustalona z góry na pokrycie konkretnej kategorii kosztów (np. wynagrodzeń).
<b>Kapitacja</b>	metoda / stawka kapitacyjna	Stała opłata ustalona z góry za każdą osobę zapisaną na liście danego świadczeniodawcy za sprawowanie zdefiniowanego zakresu opieki w określonym czasie (np. rok). Opłata kapitacyjna może być zróżnicowana, np. ze względu na cechy demograficzne lub zdrowotne świadczeniobiorców.
<b>DRG</b>	<i>diagnosis related group</i> – jednorodne grupy pacjentów (JGP)	Pacjenci są klasyfikowani na podstawie ich schorzenia i wykonanych procedur, a także dodatkowych cech (np. wiek, płeć, choroby towarzyszące) do poszczególnych wcześniej zdefiniowanych grup diagnostycznych. Dla wszystkich pacjentów zakwalifikowanych do danej grupy świadczeniodawca otrzymują taką samą, ustaloną z góry, kwotę.
<b>Opłata za przypadek chorobowy</b>		Opłaty, gdzie jw. pacjenci są klasyfikowani do grup o takim samym poziomie płatności, jednak z uproszczonym systemem klasyfikacji niż w przypadku DRG.
<b>Per Diem</b>	opłata za osobodzień	Opłata ustalona prospektywnie każdy za dzień pobytu pacjenta w placówce. Może być zróżnicowana np. ze względu na specjalizację kliniczną, a nawet charakterystykę pacjentów.
<b>PPV</b>	<i>pay-per-visit</i> – opłata za wizytę	Opłata ustalona prospektywnie za każdą wizytę pacjenta u świadczeniodawcy. Może być zróżnicowana np. ze względu na rodzaj wizyty.
<b>FFS</b>	<i>fee-for-service</i> – opłata za usługę	Opłata za każde zrealizowane pojedyncze świadczenie. Może być ustalona prospektywnie (z góry) lub odzwierciedlać poniesione przez świadczeniodawcę koszty udzielania poszczególnych świadczeń.
<b>P4P</b>	<i>pay for performance</i> – opłata za rezultat	Dodatkowe programy, w ramach których świadczeniodawca otrzymuje nagrodę finansową za osiągnięcie wcześniej określonych celów (najczęściej dotyczących jakości opieki zdrowotnej) mierzonych za pomocą jasno zdefiniowanych wskaźników. Programy mogą także opierać się na karach za rezultaty poniżej określonego poziomu.
<b>Płatności pakietowe</b>	<i>bundled payment</i>	Opłata obejmująca pakiet świadczeń dostarczanych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę (np. hospitalizacje oraz rehabilitacje poza szpitalną). Występuje szczególnie w programach opieki koordynowanej.

Źródło: Dubas-Jakóbczyk, Ndayishimiye, Tambor ([Blog Zdrowia Publicznego UJCM, 2025](#)).