

Tabela 3. Główne cele reform systemów finansowania świadczeniodawców realizowanych począwszy od 2010 r. w dziewięciu krajach Europy Środkowej i Wschodniej

RODZAJ ŚWIADCZENIODAWCY		Cele reform → przykładowe zmiany
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA		<ul style="list-style-type: none"> • Lepsze odzwierciedlenie rzeczywistych kosztów → modyfikacje w metodyce ratyfikacji, podniesienie wycen. • Rozszerzenie zakresu usług POZ → modyfikacje w metodyce ratyfikacji, podniesienie wycen, rozszerzenie zakresu usług finansowanych przez FFS, wprowadzenie P4P. • Rozszerzenie usług z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób → rozszerzenie zakresu usług finansowanych przez FFS, wprowadzenie P4P. • Wsparcie tworzenie grupowych i wielodyscyplinarnych praktyk → wprowadzenie bonusów finansowych w formie stałej opłaty. • Wsparcie dostarczania usług zdrowotnych na terenach wiejskich → wprowadzenie bonusów finansowych w formie stałej opłaty. • Zachęcanie lekarzy POZ do pracy dyżurowej w szpitalnych oddziałach ratunkowych → wprowadzenie bonusów finansowych w formie Ryczałtu. • Lepsza koordynacja opieki (zwłaszcza w chorobach przewlekłych) → rozszerzenie zakresu usług finansowanych przez FFS, wprowadzenie P4P. • Pokrycie wzrostu wynagrodzeń → wprowadzenie dodatkowego budżetu na wynagrodzenia.
OPIEKA AMBULATORYJNA poza szpitalem		<ul style="list-style-type: none"> • Lepsze odzwierciedlenie rzeczywistych kosztów → modyfikacje w metodyce ratyfikacji, wprowadzenie opłat ważonych cechami pacjenta (może odnosić się do różnych metod płatności). • Zachęcenie do przeniesienia nacisku z opieki stacjonarnej na ambulatoryjną → modyfikacje w metodyce ratyfikacji, podniesienie wycen, rozszerzenie zakresu usług finansowanych przez FFS i opłatę za przypadek, wprowadzenie P4P. • Poprawa dostępności i jakości usług → wprowadzenie P4P. • Pokrycie wzrostu wynagrodzeń → wprowadzenie dodatkowego budżetu na wynagrodzenia.
SZPITALNICTWO	Opieka ambulatoryjna (w szpitalu)	<ul style="list-style-type: none"> • Lepsze odzwierciedlenie rzeczywistych kosztów → modyfikacje w metodyce ratyfikacji, wprowadzenie opłat ważonych cechami pacjenta. • Zachęcenie do przeniesienia nacisku z opieki stacjonarnej na ambulatoryjną → modyfikacje w metodyce ratyfikacji, wprowadzenie opłat ważonych cechami pacjenta, wprowadzenie P4P i Budżetu Globalnego. • Poprawa dostępności i jakości usług → wprowadzenie P4P • Pokrycie wzrostu wynagrodzeń → wprowadzenie dodatkowego budżetu na wynagrodzenia • Lepsza koordynacja opieki → wprowadzenie P4P, FFS, opłat pakietowych
	Opieka stacjonarna	<ul style="list-style-type: none"> • Lepsze odzwierciedlenie rzeczywistych kosztów → modyfikacje w metodyce ratyfikacji DRGs. • Bardziej efektywne zużycie zasobów → wprowadzenie i/lub modyfikacje DRGs. • Większa elastyczność w zakresie rodzaju dostarczanych usług → wprowadzenie i lub modyfikacje Budżetu Globalnego. • Lepsza koordynacja opieki → wprowadzenie P4P, FFS, opłat pakietowych. • Zachęcenie do produkcji określonych usług → wprowadzenie bonusów finansowych w formie Ryczałtu. • Pokrycie wzrostu wynagrodzeń → modyfikacje w metodyce ratyfikacji DRGs, wprowadzenie dodatkowego budżetu na wynagrodzenia.
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	Stacjonarna	<ul style="list-style-type: none"> • Lepsze odzwierciedlenie rzeczywistych kosztów → modyfikacje w metodyce ratyfikacji, podniesienie wycen. • Pokrycie wzrostu wynagrodzeń → wprowadzenie dodatkowego budżetu na wynagrodzenia.
	Ambulatoryjna/dzienna/domowa	<ul style="list-style-type: none"> • Lepsze odzwierciedlenie rzeczywistych kosztów → modyfikacje w metodyce ratyfikacji, podniesienie wycen. • Zachęcenie do realizacji większej ilości usług w trybie ambulatoryjnym, dziennym, domowym → rozszerzenie zakresu usług przez płatności bazujące na zrealizowanych aktywnościach (FFS, opłaty za epizod, wizytę).

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

