

Analiza systemu wyceny usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce po 2011 roku na tle rozwiązań zagranicznych i modeli teoretycznych

Monika Raulinajtys-Grzybek

Katedra Rachunkowości Menedżerskiej, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa

Adres do korespondencji: Monika Raulinajtys-Grzybek, Katedra Rachunkowości Menedżerskiej, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, ul. Rakowiecka 24, 02-521 Warszawa, raulinajtys@gmail.com

■ Abstract

Analysis of the pricing system of specialist ambulatory health services in Poland on the background of foreign solutions for and model theory. The article attempts to characterize the pricing of specialist outpatient services in Poland. As a point of reference were taken theoretical considerations on the diagnosis-related groups and the impact of the construction of the system on the severity of drawbacks, which are mentioned in the literature. Also the foreign pricing models were presented. Pricing of specialist ambulatory services in Poland was modelled on solutions that exist e.g. in England or the United States. They are based on the system of diagnostic groups. Unfortunately, the analysis indicates that the clinical and cost uniformity of groups, which determine proper functioning of the system, are preserved only to a limited degree. Compared with most foreign models it can also be noted, that Polish system lacks incentives for complex treatment and that the payer takes discretionary approach to setting prices. In most of the analysed countries prices are formulated based on costs of service providers.

Key words: diagnosis-related groups, foreign models of pricing, pricing, specialist ambulatory health services,

Słowa kluczowe: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, grupy diagnostyczne, wycena, zagraniczne modele wyceny

■ Wstęp

Regulacja systemu wyceny usług zdrowotnych dotyczy organizacji procesu ustalania ceny tych usług. Procedura ustalania i aktualizowania cen usług zdrowotnych jest konsekwencją rozstrzygnięć przyjmowanych w polityce zdrowotnej danego kraju. Regulacje mogą dotyczyć przykładowo wskazania usług podlegających regulowanej wycenie, zdefiniowania obiektów wyceny (czyli jednostek podlegających wycenie), wskazania źródeł informacji stanowiących podstawę do ustalenia ceny, a także określenia kroków niezbędnych do kalkulacji ceny jednostkowej. Ingerencja odbywa się w odniesieniu do tych usług zdrowotnych, które są objęte powszechną gwarancją dostępu. W Polsce określa się je mianem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Celem artykułu jest analiza wyceny usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce w świetle teoretycznych rozważań na temat budowy systemów wyceny oraz rozwiązań, jakie funkcjonują w tej dziedzinie w innych krajach Unii Europejskiej oraz w Stanach Zjednoczonych. W lipcu 2011 roku system ten został poddany gruntownej reorganizacji. Wprowadzono nową definicję obiektu wyceny – porady – który jest określany na podstawie specyficznych cech procesu leczenia. Kierunek zmian był zbliżony ze zmianami wprowadzanymi na rynku usług szpitalnych, gdzie podstawą wyceny są grupy diagnostyczne, choć zasady grupowania usług na obu tych rynkach się różnią.

Metodyka wyceny usług ambulatoryjnych ma znaczenie dla zapewnienia stabilności systemu finansowania opieki zdrowotnej, zwłaszcza w kontekście obserwowanego powszechnie przesuwania części usług z sektora

opieki stacjonarnej do niestacjonarnej – ambulatoryjnej. W 2012 roku 31% wydatków na opiekę zdrowotną było przeznaczane na opiekę niestacjonarną (w tym ambulatoryjną opiekę specjalistyczną)¹. Biorąc pod uwagę, że w większości krajów wysoko rozwiniętych – takich jak Stany Zjednoczone, Kanada, Szwecja czy Niemcy – największy udział w strukturze wydatków na opiekę zdrowotną mają wydatki na leczenie ambulatoryjne, również w Polsce należy się spodziewać podobnego trendu [2].

Sposób finansowania usług zdrowotnych oddziałuje na organizację procesu ochrony zdrowia i realizację celów polityki zdrowotnej. Właściwie dobrany system finansowania powinien wspierać realizację celów polityki zdrowotnej, takich jak realizacja uzasadnionych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej oraz dostarczanie właściwych usług zdrowotnych, a także umożliwiać kontrolę kosztów usług zdrowotnych i stwarzać zachętę do optymalizacji procesu leczenia. Takimi cechami charakteryzują się systemy finansowania oparte na przypadkach (ang. *per case*), choć również one nie są wolne od wad [3, 4]. Ich występowanie zależy od sposobu organizacji grupowania przypadków i ich wyceny. W artykule dokonano analizy rozwiązań wdrożonych w Polsce na tle teoretycznych wniosków w zakresie wyceny usług ambulatoryjnych i praktycznych doświadczeń wybranych krajów.

Teoretyczne aspekty budowy i funkcjonowania systemu grup diagnostycznych

Agregowanie usług zdrowotnych w grupy diagnostyczne jest zwykle powiązane z systemem płatności za przypadek. Opiera się on na założeniu, że przypadki medyczne (przyjęci pacjenci) są łączone w homogeniczne grupy. Przychód świadczeniodawcy zależy od liczby przypadków zakwalifikowanych do każdej z grup oraz ceny ustalonej odrębnie dla poszczególnych grup. Wprowadzenie grup diagnostycznych miało niwelować podstawowe wady innych systemów płatności – na podstawie budżetu, stawki kapitałowej, osobodnia czy procedury medycznej – takie jak brak zachęty do optymalizacji procesu leczenia, dobór pacjentów z lekkimi schorzeniami (ang. *cream skimming*) czy negatywna selekcja (ang. *adverse selection*) [5–7].

Pierwszą metodę grupowania przypadków – grupy diagnostyczne (ang. *diagnosis-related groups*) – wypracował pod koniec lat 60. XX wieku zespół prof. Roberta B. Fettera z Yale University w Stanach Zjednoczonych. Twórcy przyjęli podejście uwzględniające przyczyny schorzenia, a nie skutki, czyli wykonane procedury czy długość hospitalizacji, wypracowując metodę klasyfikacji danego przypadku do jednej z 333 grup na podstawie następujących cech [8, 9]:

- podstawą do kwalifikacji pacjenta do głównych grup diagnostycznych było rozpoznanie, czyli postawiona diagnoza;
- w ramach poszczególnych grup wyróżniano pacjentów zabiegowych i zachowawczych;
- dalszy podział odbywał się na podstawie rodzaju zabiegu (wykonanej procedury medycznej) lub sposobu leczenia danej jednostki chorobowej;

- w wybranych przypadkach dodatkowo uwzględniano inne czynniki, takie jak wiek pacjenta, złośliwość lub niezłośliwość procesu nowotworowego, niektóre istotne choroby współistniejące lub powikłania.

Pierwotna nazwa (system grup diagnostycznych) wskazuje na rozpoznanie (diagnozę) jako centralny element tego systemu warunkujący klasyfikację pacjenta do danej grupy. Koncepcja grup diagnostycznych jest w literaturze przedmiotu wiązana praktycznie wyłącznie ze świadczeniami szpitalnymi [10–12]. Warto jednak zauważyć, że na świecie pojawiają się pojedyncze publikacje, które wskazują na możliwość zastosowania systemu grup diagnostycznych w odniesieniu do usług ambulatoryjnych (w szczególności usług ambulatoryjnych realizowanych przez szpitale) [13].

Założenia koncepcji prof. Fettera były następujące [8, 9]:

- każda grupa przypadków powinna mieć swoją charakterystykę kliniczną przekładającą się na zbliżony sposób leczenia oraz określoną charakterystykę pacjentów otrzymujących daną usługę. Jednorodność sposobu leczenia może dotyczyć na przykład długości pobytu w szpitalu, rodzaju zleczanych procedur diagnostycznych, leków czy zabiegów;
- realizacja przypadków zaliczanych do jednej grupy powinna angażować podobne zasoby świadczeniodawcy i generować podobny koszt leczenia;
- poszczególne grupy muszą być definiowane na podstawie ogólnodostępnych danych, które występują w dokumentacji świadczeniodawcy, odnoszących się do stanu pacjenta lub przebiegu leczenia;
- liczba grup nie może być zbyt duża, gdyż uniemożliwiłoby to sprawne funkcjonowanie systemu;
- grupy powinny być użyteczne z punktu widzenia założonych celów: na przykład planowania i kontroli zużycia zasobów, alokacji zasobów, kierowania działalnością świadczeniodawcy, wyceny.

Powyższe założenia nie nakładają konieczności przyjęcia diagnozy pacjenta jako podstawy kwalifikacji świadczenia do danej grupy. Warunkiem koniecznym jest natomiast zachowanie jednorodności klinicznej i ekonomicznej zbudowanych grup. Oznacza to konieczność odzwierciedlenia w strukturze cen rzeczywistych nakładów na proces leczenia.

Do podstawowych wad tego rozwiązania należy problem z zapewnieniem wysokiej jakości usług. Dążenie do optymalizacji procesu leczenia i zapewnienia określonego efektu terapeutycznego jak najniższym kosztem może mieć negatywne konsekwencje dla jakości świadczonych usług. Problem ten rozwiązywany jest przez wdrażanie wymogów jakościowych, na przykład w formie wytycznych dotyczących wyposażenia poradni czy standardu przebiegu danej usługi.

System grup diagnostycznych może w pewnych okolicznościach powodować realizację przez świadczeniodawców strategii doboru przypadków lekkich [14, 15]. Problem ten będzie się nasilał, gdy grupy nie będą jednorodne kosztowo i realizacja określonych świadczeń pozwoli na kwalifikację pacjentów do danej grupy oraz osiągnięcie przychodu przy jednoczesnym poniesieniu

niższych nakładów niż w przypadku innych pacjentów kwalifikowanych do tej samej grupy.

W sytuacji gdy wycena grup diagnostycznych nie odzwierciedla w równym stopniu kosztów świadczeń, może nastąpić tzw. *DRG-creep*, który polega na dążeniu świadczeniodawców do umieszczenia pacjentów w wyżej punktowanej grupie poprzez wykonanie dodatkowych procedur lub wydłużenie hospitalizacji (w przypadku świadczeń szpitalnych) [16]. Problem ten nasila się w sytuacji, gdy ceny poszczególnych grup diagnostycznych nie są proporcjonalne do kosztów ponoszonych przy ich realizacji – tzn. niektóre grupy diagnostyczne zapewniają wyższą rentowność niż inne. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że ustalenie wyższych cen dla niektórych usług przekłada się na ich częstszą realizację, niż wynikałoby ze wskazań medycznych [17]. Można również oczekiwać, że zaniziona wycena będzie skutkować zmniejszoną liczbą wykonywanych świadczeń. Oba warianty mają negatywne konsekwencje dla pacjenta.

Występowanie poszczególnych cech systemu grup diagnostycznych (w tym jego wad) jest w dużej mierze uzależnione od tego, czy przy definiowaniu grup diagnostycznych zachowane zostało założenie o jednorodności kosztowej przypadków medycznych, a także czy poziom cen jest skorelowany z poziomem kosztów realizacji usług zdrowotnych. Organizacja systemu grup diagnostycznych w opiece ambulatoryjnej jest procesem, który w różny sposób i w różnym tempie jest realizowany w poszczególnych krajach.

System wyceny usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w Polsce

Organizacja systemu wyceny usług AOS finansowanych ze środków publicznych zmieniła się 1 lipca 2011 roku. Wprowadzono system grupowania porad oparty na koncepcji grup diagnostycznych. Przyczyną wprowadzenia zmian w sposobie grupowania i wyceny usług były występujące wcześniej rozbieżności między ceną świadczenia a kosztami jego realizacji, w szczególności w zakresie porad zachowawczych, oraz brak wyceny znaczącej liczby świadczeń zabiegowych, które mogłyby być realizowane w warunkach ambulatoryjnych [18].

Usługi AOS zostały podzielone na kilkanaście grup zachowawczych i kilkadziesiąt grup zabiegowych. Oprócz tych grup wyodrębniono m.in. świadczenia diagnostyczne kosztochłonne² i kompleksową opiekę specjalistyczną³. Liczba grup i sposób kwalifikacji porady do danej grupy każdego roku podlegają zmianom. Do 2015 roku za wycenę tych usług w Polsce odpowiadało Ministerstwo Zdrowia, podstawowy podmiot odpowiedzialny za realizację polityki zdrowotnej, i płatnik – Narodowy Fundusz Zdrowia [19, 20]. Począwszy od 2015 roku wycena poszczególnych usług ma być realizowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁴.

Każdej grupie płatnik, Narodowy Fundusz Zdrowia, przypisał ogólnie określoną liczbę punktów. Liczba ta przekładała się bezpośrednio na poziom finansowania danej porady. Wartość punktu podlega niewielkim negocjacom między świadczeniodawcami a płatnikiem. Procedura ustalania liczby punktów za poradę nie jest sformalizowana. Brak jest regulacji określających podstawę, na której ustalana jest wartość punktowa każdej porady.

Szytwe określenie liczby punktów pozwoliło jednak na ustalenie względnej wartości danej porady w stosunku do innych. Zasady finansowania wybranych świadczeń zachowawczych przedstawiono w **Tabeli I**. Przykładowo, niezależnie od wartości pojedynczego punktu świadczenie specjalistyczne drugiego typu zostało wycenione na poziomie dwukrotnie wyższym niż świadczenie specjalistyczne pierwszego typu.

Podstawą kwalifikacji świadczenia specjalistycznego lub kompleksowego do jednej z grup jest wykonanie procedur medycznych – diagnostycznych lub laboratoryjnych – które zostały wymienione w zarządzeniu i pogrupowane na zamkniętych listach. Przykładowe procedury znajdujące się na każdej z tych list zawiera **Tabela II**. Ich realizacja warunkowała kwalifikację porady do jednego z typów zdefiniowanych w Tabeli I i przyznanie określonej liczby punktów.

Porada, w której ramach nie wykonano żadnej procedury medycznej, została zakwalifikowana jako porada specjalistyczna typu pierwszego i wyceniona na poziomie 3,5 punktu. Wykonanie, przykładowo, morfologii, EKG i próby tuberkulinowej pozwalało na zakwalifikowanie danej porady jako drugiego typu i wycenę na

Nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Warunki kwalifikacji świadczenia do danej grupy
W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	4,0	Realizowane w okresie do 30 dni od zakończenia hospitalizacji przez świadczeniodawcę, który udzielił świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, związanego z nim przyczynowo.
W11 Świadczenie specjalistyczne pierwszego typu	3,5	Standardowa porada realizowana przez poradnię specjalistyczną.
W12 Świadczenie specjalistyczne drugiego typu	7,0	Obejmowała wykonanie co najmniej 3 procedur z listy W1 lub jednej procedury z listy W2.
...

Tabela I. Grupowanie i wycena usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na przykładzie świadczeń zachowawczych.

Źródło: Zarządzenie nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Lista	Numer procedury (ICD-9)	Nazwa
W1	89.511	Elektrokardiografia
	89.383	Badanie spirometryczne
	99.592	Próba tuberkulinowa
	C53	Morfologia krwi

W2	87.440	RTG klatki piersiowej
	88.736	USG jamy opłucnej

W3, W4

Tabela II. Grupowanie procedur medycznych na potrzeby wyceny usług AOS.

Źródło: Zarządzenie nr 29/2011/ DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Procedury kwalifikujące świadczenie do danej grupy
Z01 Świadczenia zabiegowe – grupa 1	15,0	06.111 Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy 06.113 Biopsja gruboigłowa tarczycy
Z02 Świadczenia zabiegowe – grupa 2	20,0	06.112 Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana 06.114 Biopsja gruboigłowa tarczycy – celowana
Z03 Świadczenia zabiegowe – grupa 3	10,0	86.081 Założenie pompy insulinowej
...

Tabela III. Grupowanie i wycena usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na przykładzie świadczeń zabiegowych.

Źródło: Zarządzenie nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

poziomie dwukrotnie wyższym (7 punktów). Taki sam rezultat miało wykonanie zdjęcia RTG klatki piersiowej albo USG jamy opłucnej, a także dowolnych innych trzech procedur z grupy W1.

W pierwszej wersji obok porad specjalistycznych funkcjonowały świadczenia pohospitalizacyjne – obejmujące ocenę przebiegu procesu leczenia po zakończeniu hospitalizacji w zakresie z niej wynikającym, dokonywaną przez tego samego świadczeniodawcę – i kompleksowe. Wraz ze zmianami wdrożonymi od 2015 roku, związanymi z tzw. pakietem kolejkowym i onkologicznym, mającymi skrócić czas oczekiwania na wizytę u specjalisty i przyspieszyć proces diagnozowania oraz leczenia w przypadku nowotworów, świadczenia kompleksowe zastąpiono świadczeniami pierwszorazowymi [21].

W zakresie świadczeń zabiegowych początkowo zdefiniowano 73 grupy. Kwalifikacja świadczenia zabiegowego do jednej z nich była uwarunkowana realizacją zdefiniowanych zabiegowych procedur medycznych. Schemat klasyfikacji porad zabiegowych przedstawiono w **Tabeli III**. Jest on podobny jak w przypadku świadczeń zachowawczych, choć proces grupowania jest bardziej jednoznaczny. W przypadku świadczeń zachowawczych wykonanie dowolnych trzech procedur medycznych z listy W1 kwalifikowało poradę specjalistyczną jako drugiego typu. W przypadku świadczeń zabiegowych wykonanie określonej procedury kwalifikowało do konkretnej grupy.

Przyjęty system grupowania i wyceny nie przewidywał możliwości zrealizowania kilku procedur zabiegowych w ramach jednej porady i łączenia wyceny tych usług. Problem ten został wypuklony w publikacjach będących następstwem wprowadzenia zmian systemu finansowania i wyceny usług AOS [22]. Wykonanie kilku procedur medycznych, z których każda kwalifikowałaby daną poradę do innej grupy (zachowawczej lub zabiego-

wej), pozwoli na wycenę porady na poziomie najwyższej punktowanej grupy, bez możliwości łączenia grup. Jedynym odstępstwem od tej reguły są wybrane świadczenia onkologiczne i leczenia AIDS.

Podsumowując, wycena usług AOS opieki specjalistycznej, począwszy od lipca 2011 roku, została znacząco rozbudowana i uszczegółowiona. Grupowanie porad na potrzeby wyceny odbywa się na podstawie przebiegu danego świadczenia. Wartość punktowa świadczeniodawcy odzwierciedla kosztocłonność poszczególnych świadczeń. Wycena świadczenia jest zatem w istotny sposób powiązana z czynnościami przeprowadzonymi w ramach porady i nakładami poniesionymi przez świadczeniodawcę na jej realizację.

Wycena usług AOS – doświadczenia zagraniczne

Sposób organizacji systemu wyceny usług AOS jest różny w każdym z analizowanych krajów. Problem grupowania usług ambulatoryjnych na podstawie koncepcji *case-mix* jest stosunkowo nowy. Ze względu na wyższe koszty związane z lecznictwem szpitalnym więcej uwagi poświęcano dotychczas tematyce ograniczania kosztów tych usług. Systemy opieki zdrowotnej realizowanej w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych stanowią jednak przykład naczyń połączonych. Jak wskazują badania, ograniczenie zakresu usług realizowanych w szpitalach wiąże się jednocześnie ze wzrostem liczby usług świadczonych ambulatoryjnie, co nakłada konieczność odpowiedniego uregulowania również tej sfery [23, 24].

Ambulatory Patient Groups – Stany Zjednoczone

Wycena świadczeń AOS w Stanach Zjednoczonych opiera się na innych zasadach w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych (przez *Medicare*) oraz świadczeń finansowanych przez prywatnych

ubezpieczycieli. Poniżej przedstawiono zasady wyceny świadczeń w ramach *Medicare*.

System wyceny usług ambulatoryjnych przeszedł rewolucyjną reformę w 2000 roku, kiedy wdrożono system płatności prospektywnych oparty na klasyfikacji pacjentów do tzw. grup pacjentów ambulatoryjnych (ang. *Ambulatory Patient Groups* – APG). Bezpośrednią przyczyną wprowadzonych zmian był gwałtowny wzrost wydatków na opiekę ambulatoryjną spowodowany postępem technologicznym, który umożliwił realizację niektórych świadczeń w warunkach ambulatoryjnych, a także ograniczeniem kosztów całodziennych świadczeń szpitalnych [25, 26].

Podstawowy podział usług wyróżniał trzy rodzaje porad ambulatoryjnych [26]:

- poradę obejmującą wywiad medyczny;
- poradę, podczas której przeprowadzono istotne procedury medyczne⁵;
- poradę, w której ramach wykonano dodatkowe usługi medyczne (np. badania krwi)⁶.

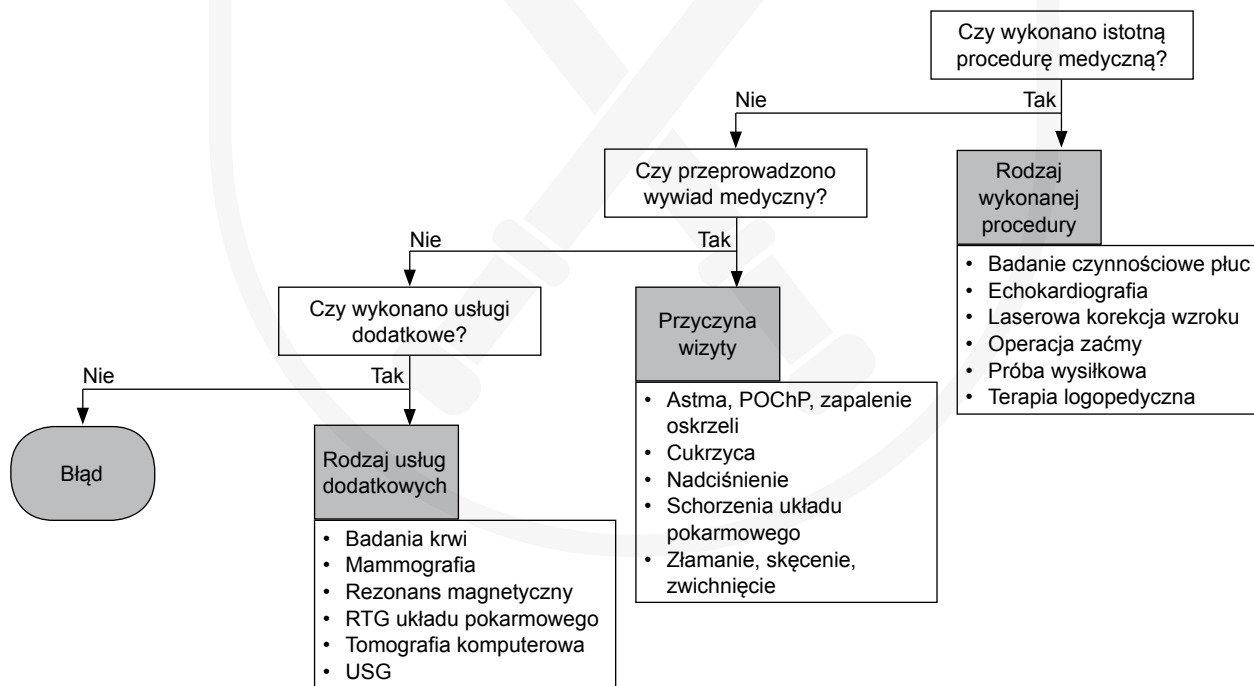
Proces definiowania grup APG był kilkuetapowy i obejmował analizy statystyczne na danych historycznych, jak również ocenę specjalistów klinicznych. Kwalifikacja do grupy odbywała się na podstawie procedur medycznych i diagnoz, a także wieku i płci pacjenta oraz wydanych skierowań [27]. Na **Rysunku 1** przedstawiono schematyczne podejście do klasyfikacji porad w grupy APG wraz z podaniem przykładowych grup zdefiniowanych w systemie. Klasyfikacja APG, podobnie jak w przypadku szpitalnych grup diagnostycznych, łączy pacjentów podobnych pod względem klinicznym i anga-

żujących w trakcie porady podobne zasoby, w podobnej ilości i o podobnym koszcie [25].

Stworzenie systemu klasyfikacji pacjentów opartego na APG było punktem wyjścia do regulacji zasad wyceny świadczeń. Za podstawową jednostkę wyceny przyjęto wizytę, do której może być przypisanych kilka grup APG. Cena wizyty stanowiła sumę stawek za wszystkie APG, które zostały przypisane do danej wizyty. Stawka za każdą grupę APG z założenia uwzględnia wszystkie koszty poniesione przy realizacji danej porady – koszty porady, badań, leków i wyrobów medycznych, ustalone na poziomie średniego zużycia zasobów przy jej realizacji [28]. Zdaniem autorów tej koncepcji założone podejście pozwoliło na ujęcie różnorodności porad wynikającej z takich czynników, jak specyfika świadczeniodawcy, potrzeby pacjenta czy wysoki udział kosztów usług dodatkowych [29].

Możliwość łączenia grup w ramach wizyty mogłaby zachęcać świadczeniodawców do eskalacji liczby procedur medycznych i spowodować gwałtowny wzrost kosztów. W tym celu wdrożono kilka mechanizmów kontrolowania kosztów, takich jak dyskontowanie wartości kolejnych procedur czy definiowanie zestawu badań, których wykonanie wchodzi w standard danej wizyty i nie powinno generować dodatkowych płatności.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że stworzony w Stanach Zjednoczonych system klasyfikacji i wyceny świadczeń ambulatoryjnych jest kompleksowy, ujmując bowiem wszystkie typy porad ambulatoryjnych, a przy tym łatwiejszy we wdrożeniu niż system grup diagnostycznych stosowany przy świadczeniach szpitalnych.



Rysunek 1. Klasyfikacja porad w systemie APG.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Ambulatory patient groups*, „*Health Care Financing Review*” 1998; *statistical supplement*: 128–130 [27].

Jako główną zaletę warunkującą sukces wdrożenia tego rozwiązania wskazuje się zachowanie homogeniczności medycznej definiowanych grup i duży udział lekarzy przy ich określaniu [25, 26].

Wycena usług AOS w Unii Europejskiej

Na poziomie Unii Europejskiej brak jest ścisłych wytycznych dotyczących organizacji systemu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, w tym również usług ambulatoryjnych. Rozwiązania funkcjonujące w poszczególnych krajach się różnią. W artykule przedstawiono rozwiązania funkcjonujące w wybranych ośmiu krajach Unii Europejskiej, które uczestniczyły w projekcie HealthBasket, zrealizowanym w latach 2004–2007 m.in. w celu porównania metod wyceny usług ambulatoryjnych.

Przedstawione wnioski opierają się na analizie raportów krajowych sporządzonych przez uczestników projektu, którymi były zespoły badawcze jednostek naukowo-badawczych w poszczególnych krajach. W jednym przypadku – Anglii – analiza została uzupełniona o źródła pierwotne – dokumenty opisujące organizację systemu wyceny – co jest uzasadnione zmianami, jakie nastąpiły w tym kraju w 2009 roku.

W większości krajów podstawową jednostką podlegającą wycenie była usługa, przy czym na potrzeby racjonalizacji kosztów i ograniczania wydatków wprowadzano dodatkowo różne mechanizmy zniechęcające świadczeniodawców do nadmiernego zwiększania liczby świadczeń. Sposób ustalania ceny procedury różnił

się w zależności od kraju. W Tabeli IV przedstawiono ogólne zasady wyceny usług ambulatoryjnych funkcjonujące w czasie realizacji projektu HealthBasket. Poniżej przedstawiono szczegółowe zasady regulujące każdy z systemów.

W niektórych krajach stosowano uproszczone rozwiązania, podczas gdy w innych metodyka ustalania ceny procedury była wieloetapowa i ściśle zdefiniowana. Tylko w dwóch krajach (w Danii i Holandii) w czasie realizacji projektu HealthBasket usługi ambulatoryjne były wyceniane na podstawie grup diagnostycznych, analogicznie do usług szpitalnych.

Anglia [na podstawie 30]

Podstawową jednostką wyceny była porada zrealizowana przez świadczeniodawcę. Wycena ustalana była odrębnie dla porad w ramach różnych specjalności medycznych. Ponadto inaczej wyceniana była porada pierwszorazowa i kolejne, a w niektórych przypadkach także porada dziecięca.

Cena uwzględniała wszystkie koszty związane z realizacją usługi, w tym koszty personelu medycznego i zasobów materialnych, oraz wszystkich badań zrealizowanych w ramach danej wizyty. Odrębnie wyceniane były jedynie ściśle określone wysokospecjalistyczne procedury medyczne i kosztochłonne leki i wyroby medyczne. Odrębna wycena dotyczyła również porad, których koszt znacznie przekracza poziom ceny dla danej porady.

Wycena odbywała się częściowo na podstawie uzasadnionych kosztów historycznych, a częściowo systemu płatności prospektywnych, który w okresie realizacji

Kraj	Jednostka wyceny	Sposób ustalania ceny
Anglia	porada	<ul style="list-style-type: none"> odrębnie dla każdej specjalności wyróżnia się porady pierwszorazowe i kolejne cena porady ustalana jest na podstawie średnich kosztów świadczeniodawców
zmiana w 2009/2010	<ul style="list-style-type: none"> porada grupa HRG dla wybranych usług 	<ul style="list-style-type: none"> cena porady ustalana jest odrębnie dla każdej specjalności, łącznie 56 typów porad, wyróżnia się 79 grup HRG, kwalifikacja odbywa się na podstawie wykonanych procedur
Dania	<ul style="list-style-type: none"> grupa DAGS usługa (porada/ procedura medyczna) 	<ul style="list-style-type: none"> ceny grup DAGS ustalone są na podstawie informacji kosztowych od świadczeniodawców usługi realizowane w ramach praktyk lekarskich są wyceniane w trakcie centralnych dwustronnych negocjacji
Francja	usługa	<ul style="list-style-type: none"> cena ustalana na podstawie kosztów realizacji usług pozyskiwanych częściowo metodą ekspercką, częściowo oparta na kosztach rzeczywistych
Hiszpania	budżet	<ul style="list-style-type: none"> ustalany na podstawie zapotrzebowania na porady pierwszorazowe w danym regionie cena uwzględnia rodzaj świadczeniodawcy
Holandia	grupa DBC	<ul style="list-style-type: none"> ceny grup DAGS ustalone są na podstawie informacji kosztowych od świadczeniodawców ceny niektórych grup są negocjowane; koszty stanowią wsparcie procesu negocjacji
Niemcy	usługa	<ul style="list-style-type: none"> cena ustalana na podstawie kosztów realizacji usług pozyskiwanych z kosztów rzeczywistych
Węgry	usługa	<ul style="list-style-type: none"> cena ustalana na podstawie kosztów realizacji usług pozyskiwanych metodą ekspercką
Włochy	usługa	<ul style="list-style-type: none"> cena ustalana na podstawie kosztów realizacji usług pozyskiwanych z kosztów rzeczywistych (uproszczona metodyka kalkulacji kosztów)

Tabela IV. Wycena usług ambulatoryjnych – wnioski z projektu HealthBasket.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów wykonanych w ramach projektu HealthBasket finansowanego przez Komisję Europejską.

badania był właśnie wdrażany w zakresie usług ambulatoryjnych. Podstawą do ustalenia stawki w ramach systemu płatności prospektywnych były koszty realizacji danej porady obliczone i uśrednione według danych raportowanych przez wszystkich świadczeniodawców działających w ramach systemu publicznego. Kalkulacja kosztów świadczeń opiera się na jednolitej metodyce rachunku kosztów.

Najnowsze zmiany [na podstawie 31–33]

Począwszy od 2006 roku zaczęto wprowadzać zmiany dotyczące sposobu grupowania usług ambulatoryjnych. Najpierw dokonano bardziej szczegółowego podziału porad na kilkadziesiąt grup w zależności od specjalności medycznej oraz innych cech, takich jak:

- klasyfikacja wizyty jako pierwszorazowej lub kolejnej;
- wizyta obejmująca bezpośredni lub telefoniczny kontakt z pacjentem;
- wizyta obejmująca jednoczesną konsultację jednego lub wielu specjalistów.

Na kolejnym etapie, który rozpoczął się w 2010 roku, zdefiniowano i wyceniono kilkadziesiąt grup diagnostycznych (ang. *Healthcare Resource Groups* – HRG) dla wizyt ambulatoryjnych. Klasyfikacja do jednej z grup odbywa się na podstawie przeprowadzonych procedur medycznych. Grupy dotyczą przede wszystkim wizyt obejmujących wykonanie procedur medycznych. Pozostałe wizyty są nadal rozliczane przy wykorzystaniu zasad funkcjonujących wcześniej (wycena za poradę). Warto zaznaczyć, że kwalifikacja wizyty do jednej z grup HRG uniemożliwia wycenę tej samej wizyty na podstawie wykonanej porady.

Wycena wszystkich usług odbywa się na podstawie informacji kosztowych raportowanych przez świadczeniodawców. Dodatkowo przy kalkulacji kosztów uwzględniany jest czynnik dyskontujący, tzw. czynnik sił rynkowych (ang. *Market Forces Factor*), który niweluje nieuzasadnione różnice w kosztach wynikające z różnej lokalizacji geograficznej świadczeniodawców. Taryfa nie uwzględnia kosztów drogich leków i wyrobów medycznych.

Dania [na podstawie 34]

W systemie duńskim inny sposób wyceny dotyczył świadczeń ambulatoryjnych realizowanych przez szpitale i tych wykonywanych przez praktyki lekarskie i pielęgniarskie.

Usługi ambulatoryjne realizowane przez szpitale były wyceniane na podstawie grup DAGS (ang. *Danish Ambulatory Grouping System*) zbliżonych w swojej budowie do grup diagnostycznych. Cena dla każdej grupy była ustalana na poziomie centralnym, jednolitym dla wszystkich świadczeniodawców.

Cena powinna w założeniu pokrywać wszystkie koszty związane z realizacją usług w danej grupie. Odrębna wycena obejmowała wyłącznie wyszczególnione kosztocłonne leki i wyroby medyczne.

Ceny grup DAGS podlegały corocznej aktualizacji. Zarówno w procesie ustalania, jak i aktualizacji cen uwzględniane były szczegółowe dane kosztowe ra-

portowane przez niemal wszystkie szpitale publiczne. Metodyka kalkulacji kosztów świadczeń była uregulowana i obejmowała kalkulację każdego jednostkowego przypadku, które następnie były grupowane w DAGS na podstawie określonych cech pacjenta i procesu leczenia.

Dane o kosztach praktyk lekarskich nie były dostępne, gdyż jako podmioty prywatne nie były one zobligowane do przekazywania informacji kosztowych. Dlatego też do wyceny tych usług zastosowano zasady uproszczone – oparte na liczbie zrealizowanych usług i jednostkowej cenie ustalonej centralnie na drodze negocjacji ze związkami zawodowymi personelu medycznego.

Francja [na podstawie 35]

Podstawową jednostką wyceny była usługa, która obejmowała zarówno porady lekarskie, jak i procedury medyczne. Stawki ustalone za każdą z usług powinny odzwierciedlać koszty związane z jej realizacją. W tym celu wdrożono relatywną skalę wartości opartą na koncepcji zasobowej. Koszt każdej usługi ustalany był na podstawie następujących czynników:

- pracochłonność usługi ustalana przez ekspertów medycznych z uwzględnieniem czasu trwania procedury, związanego z nią stresu, wymaganych umiejętności i wysiłku umysłowego niezbędnego do jej wykonania;
- koszty funkcjonowania poradni, pozyskiwane z formularzy podatkowych i uśredniane;
- szczególne dodatkowe koszty związane z realizacją danej procedury (np. jeśli wymaga ona sprzętu, który nie znajduje się standardowo na wyposażeniu danej poradni), pozyskiwane w ramach wywiadów ze świadczeniodawcami.

W przypadku wybranych procedur wymagających użycia drogiego sprzętu (takich jak np. tomografia komputerowa) cena składała się z dwóch komponentów – stawki dla lekarza (ustalanej na podstawie czasu trwania procedury) oraz stawki uwzględniającej pozostałe koszty operacyjne – koszty sprzętu, innego personelu i wyrobów jednorazowych. Obie stawki zostały skalkulowane z uwzględnieniem kosztów realizacji tych usług.

Hiszpania [na podstawie 36]

Sposób wyceny regulowany jest odrębnie w każdym z regionów. Najbardziej zaawansowane rozwiązania były stosowane w Katalonii, gdzie obowiązywał budżet na porady specjalistyczne realizowane przez każdego ze świadczeniodawców. Szczegółowa klasyfikacja porad na potrzeby wyceny nie była możliwa ze względu na brak systemu gromadzenia informacji dotyczących przebiegu każdej porady.

Przy ustalaniu budżetu uwzględniano następujące elementy:

- zapotrzebowanie na porady pierwszorazowe w danym regionie; wartość ta zależy od wielkości populacji obsługiwanej przez danego świadczeniodawcę;
- liczba porad realizowanych standardowo w następstwie porady pierwszorazowej. Wartość ta jest różna dla poszczególnych działów medycznych;
- rodzaj świadczeniodawcy; wszyscy świadczeniodawcy zostali zakwalifikowani do jednej z czterech grup,

w zależności od poziomu wyspecjalizowania – wyższa grupa wiąże się z większą stawką za realizację każdej porady.

Holandia [na podstawie 37]

Od 2005 roku w zakresie usług ambulatoryjnych funkcjonuje system grupowania usług w grupy diagnostyczne DBC (hol. *Diagnose Behandelings Combinatie*). Każda grupa obejmuje zestaw działań realizowanych na rzecz pacjenta. Cena większości grup (tzw. lista A) była ustalana na stałym poziomie, w wybranych przypadkach (tzw. listy B) cena grupy ustalana była na drodze negocjacji między świadczeniodawcami a płatnikami.

Wdrożenie systemu grup DBC było poprzedzone wprowadzeniem jednorodnej metodyki kalkulacji kosztów, na której podstawie obliczono średnie koszty poszczególnych grup. Metodyka ta jest obowiązkowa dla wszystkich szpitali. Dostarczały one dane również na temat większości realizowanych przez siebie usług ambulatoryjnych. Lista usług ambulatoryjnych i ich powiązanie z grupami DBC były regulowane przez Agencję Taryfikacji.

Na poziomie każdego szpitala kalkulowany był jednostkowy koszt każdej usługi ambulatoryjnej. Następnie każda usługa była przypisywana do jednej z grup diagnostycznych. Podobnie jak w systemie amerykańskim do jednej wizyty pacjenta mogło być przypisanych kilka grup DBC. Średni koszt grupy był obliczany na podstawie danych o liczbie poszczególnych usług i ich koszcie jednostkowym. Te dane były wykorzystywane jako podstawa do ustalania cen usług z listy A lub wsparcie w procesie negocjacji cen usług z listy B.

Niemcy [na podstawie 38]

W 2005 roku wdrożono nowy system wyceny usług ambulatoryjnych. Podstawową jednostką wyceny była usługa (obejmująca konsultacje i procedury medyczne). Zmiany zostały spowodowane wcześniejszą niewłaściwą wyceną usług, która powodowała zaburzenia w strukturze realizowanych usług (m.in. częstszą, niż wynikałoby ze wskazań medycznych, realizację usług najbardziej rentownych).

Każda usługa jest szczegółowo określona i ma przypisaną wartość punktową, która wynika z kosztu jej realizacji. Przy definiowaniu usług wykorzystywano kilka parametrów:

- czas realizacji usługi przez lekarza i czas pobytu pacjenta w różnych ośrodkach kosztów (np. poczekalni, gabinecie zabiegowym itd.);
- miejsca, w których realizowana jest usługa (ośrodki kosztów) i ich koszty;
- niezbędne wsparcie (w postaci zaangażowania innych zasobów) przy realizacji usługi.

Koszt każdej usługi składał się z dwóch komponentów – kosztu pracy lekarza i kosztu pozostałych zasobów. Koszt pozostałych zasobów obejmował koszty materiałów jednorazowych, pozostałego personelu, sprzętu medycznego i utrzymania pomieszczeń, w których realizowana była usługa.

Oba komponenty były czynnikami zmiennymi, zależnymi od czasu realizacji usługi przez lekarza. Niezwykle istotnym elementem było zatem właściwe określenie standardowego czasu trwania każdej usługi. Oszacowania te zostały przeprowadzone na podstawie danych z systemu szwajcarskiego zmodyfikowanych w odniesieniu do studiów przypadku przeprowadzonych w Niemczech.

Węgry [na podstawie 39]

Podstawową jednostką wyceny była usługa, której przypisano wartość punktową. Początkowo system opierał się na międzynarodowej klasyfikacji procedur WHO z 1978 roku, a wartości punktowe poszczególnych procedur przeniesiono wprost z systemu niemieckiego, ale od tamtej pory podlegał wielokrotnym modyfikacjom. Stawka za punkt była ustalana centralnie, a świadczeniodawców obowiązywały limity ilościowe ustalane na podstawie wykonania kontraktu za rok poprzedni. Po ich przekroczeniu stawka za punkt ulegała redukcji.

Liczba punktów przypisana do każdej usługi w założeniu wynikała ze stopnia jej złożoności i rodzaju zużywanych zasobów. Koszty zasobów były szacowane wyłącznie metodą ekspercką. Wskazuje się, że brak porównywalnych danych kosztowych pochodzących od świadczeniodawców jest problematyczny i skutkuje, na przykład, coraz wyższą wyceną nowych usług.

Włochy [na podstawie 40]

Podstawową jednostką wyceny jest usługa. Na poziomie centralnym ustalana została jej maksymalna cena. Poszczególne regiony mogą przyjąć stawki krajowe lub ustalić własne – niższe. Najbardziej aktywnie proces ten przebiega w Lombardii. Od 1998 roku przeprowadzane są tam kompleksowe analizy kosztów oparte na próbkowych danych pozyskiwanych od świadczeniodawców.

Przy obliczaniu kosztów usług stosowane są metody uproszczone polegające na podzieleniu łącznych kosztów danej poradni przez liczbę świadczonych usług. Takie podejście zakłada zmienność wszystkich kosztów i stawia w uprzywilejowanej sytuacji dużych świadczeniodawców. Na tej podstawie szacowany jest średni koszt dla regionu. Poszczególni świadczeniodawcy są dodatkowo objęci limitami ilościowymi. Przekroczenie limitu wiąże się z obniżeniem stawki za pojedynczy punkt.

Podsumowanie

Przedstawiony system wyceny usług ambulatoryjnych w Polsce wdrożony w 2011 roku oparty jest na koncepcji grupowania przypadków medycznych, którego najbardziej znanym przykładem są grupy diagnostyczne. Jak wynika z analizy teoretycznych założeń modelu grup diagnostycznych, najlepsze rezultaty występują przy zachowaniu jednorodności klinicznej i kosztowej usług w ramach poszczególnych grup.

Rozwiązanie wdrożone w Polsce jedynie w ograniczonym zakresie gwarantuje realizację założenia o jednorodności klinicznej, w szczególności w zakresie świadczeń zachowawczych.

Odrębne negocjowanie ceny za punkt z każdą poradnią pozwala na sformułowanie założenia, że podstawowym kryterium grupowania świadczeń AOS jest miejsce realizacji świadczenia, które przekłada się jednocześnie na specjalność medyczną, której dotyczy dana usługa. Podział na specjalności medyczne jest zatem pierwszym etapem zachowania jednorodności klinicznej. W ramach danej specjalności o poziomie ceny decydują wykonane procedury medyczne. Katalogi procedur, w szczególności listy warunkujące kwalifikację świadczeń zachowawczych (np. W1, W2), są bardzo rozbudowane i zawierają różnorodne procedury medyczne realizowane w przebiegu leczenia całkiem odrębnych przypadków medycznych. Trudno zatem w tym wypadku mówić o pełnej jednorodności klinicznej.

Z pewnością zamysłem autorów zarządzenia było uzależnienie liczby punktów za poradę od ich kosztów. Przykładowo, porady specjalistyczne czwartego typu są wycenione wyżej niż porady drugiego lub trzeciego typu, ale jednocześnie wymagają wykonania odpowiednio większej liczby procedur medycznych.

Świadczenia zakwalifikowane do tej samej grupy różnią się jednak również na poziomie zaangażowania zasobów – niektóre procedury medyczne znajdujące się na listach W1–W4 wymagają wykonania badań laboratoryjnych w wyspecjalizowanych laboratoriach medycznych, inne są realizowane bezpośrednio przez świadczeniodawcę. Niektóre wymagają podania leków lub zużycia określonych wyrobów medycznych, inne natomiast nie. Różnice dotyczą także wyspecjalizowanego sprzętu zużywanego w trakcie wykonywania procedur. Aspekty te są szczególnie widoczne w odniesieniu do świadczeń zabiegowych, gdzie zużycie zasobów materialnych (takich jak sprzęt i materiały jednorazowe) jest szczególnie duże. Wnioski te potwierdzają również przeprowadzone badania empiryczne [41, 42].

Przedstawione rozwiązania funkcjonujące w poszczególnych krajach różnią się przedmiotem wyceny oraz metodyką ustalania ceny jednostkowej. W Stanach Zjednoczonych, Anglii, Danii i Holandii, podobnie jak w Polsce, funkcjonują rozwiązania oparte na grupowaniu przypadków. Kwalifikacja do poszczególnych grup, tak jak w Polsce, odbywa się z uwzględnieniem przebiegu porady i wykonanych w jej ramach procedur. W niektórych przypadkach dodatkowo uwzględniane jest rozpoznanie medyczne.

Między systemem polskim a analizowanymi systemami zagranicznymi występują jednak dwie zasadnicze różnice. Po pierwsze, w systemach amerykańskim czy holenderskim do jednej porady może zostać przypisanych kilka grup, w zależności od ich kompleksowości. Systemy te zawierają oczywiście mechanizmy mające zniechęcić świadczeniodawców do generowania nadmiernych kosztów wizyty. Ich podstawową zaletą jest to, że promują kompleksowe podejście do pacjenta w ramach pojedynczej wizyty. Takiego mechanizmu nie ma w systemie polskim. Realizacja dodatkowych badań diagnostycznych lub kilku procedur zabiegowych w ramach pojedynczej wizyty generuje dodatkowe koszty,

nie podwyższając przy tym wyceny, a zatem prowadzi do pogorszenia rentowności świadczeniodawców.

Druga różnica polega na tym, na jakiej podstawie ustalane są ceny porad. W większości krajów Unii Europejskiej źródłem informacji potrzebnych do wyceny są informacje kosztowe gromadzone od wszystkich lub wybranych świadczeniodawców. W systemie polskim nie funkcjonuje obecnie żaden formalny proces zbierania danych na potrzeby wyceny, a ceny są ustalane w sposób uznaniowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Brak systemu gromadzenia danych do wyceny wskazuje, że poziom cen może nie odpowiadać rzeczywistej strukturze kosztów usług.

Przypisy

¹ Świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej otrzymali w 2012 roku 31% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia w Polsce, z czego 64% pochodziło ze środków publicznych [1].

² Wyceniane podobnie jak świadczenia zabiegowe, obejmujące wykonanie kosztochłonnych badań diagnostycznych.

³ Dotyczącą realizacji usług w odniesieniu do pacjentów z chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca, rozliczanych na podstawie kapitałowej stawki rocznej.

⁴ W momencie złożenia artykułu do druku Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zajmowała się wyceną usług z zakresu psychiatrii, w tym ambulatoryjnych usług psychiatrycznych, w których jednak dotychczas nie stosowano grupowania porad opartego na koncepcji grup diagnostycznych.

⁵ Z kontekstu wynika, że chodzi o istotne kosztowo procedury medyczne wykonywane w ramach wizyty.

⁶ Z kontekstu wynika, że chodzi o procedury diagnostyczne i inne procedury, które z punktu widzenia świadczeniodawcy są nabywane „na zewnątrz”, czyli zlecane i opłacane przez tego świadczeniodawcę, a realizowane przez inny podmiot.

Piśmiennictwo

1. *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 rok*, Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-za-2012-rok,4,5.html>; dostęp: 24.06.2015.
2. *Health at a Glance 2013 OECD Indicators*, OECD, 2013, www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf; dostęp: 24.06.2015.
3. Leister J.E., Stausberg J., *Comparison of cost accounting methods from different DRG systems and their effect on health care quality*, „Health Policy” 2005; 74: 47.
4. Evers S. et al., *Predicting the cost of hospital stay for stroke patients: the use of diagnosis related groups*, „Health Policy” 2002; 61: 23–25.
5. Jegers M., Kesteloot K., De Graeve D., Gilles W., *A typology for provider payment systems in health care*, „Health Policy” 2002; 60: 255–273.
6. Waters H.R., Hussey P., *Pricing health services for purchasers – a review of methods and experiences*, „Health Policy” 2004; 70: 175–184.

7. Woodin J., *Zarządzanie systemem i kontraktowanie w opiece zdrowotnej*, w: K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Oficyna, Warszawa 2011: 265.
8. Fetter R.B., Thompson J.D., Mills R.S., *A system for cost and reimbursement control in hospitals*, „The Yale Journal of Biology and Medicine” 1976; 49: 123–136.
9. Fetter R.B., Mills R.E., Riedel D.C. et al., *The application of diagnostic specific cost profiles to cost and reimbursement control in hospitals*, „Journal of Medical Systems” 1977; 1: 137–149.
10. Kuntz L., Scholtes S., Vera A., *DRG cost weight volatility and hospital performance*, „OR Spectrum” 2008, April: 331–335.
11. Wilke M., Höcherl E., Scherer J., Janke L., *Introducing the new DRG-based payment system in German hospitals: a difficult operation?: Experience and attempts at a solution from a surgery point of view*, „The European Journal of Health Economics” 2001, June: 79–85.
12. Felder S., *The variance of length of stay and the optimal DRG outlier payments*, „International Journal of Health Care Finance and Economics” 2009, September: 279–289.
13. Vitikainen K., Linna M., Street A., *Substituting inpatient for outpatient care: what is the impact on hospital costs and efficiency?*, „The European Journal of Health Economics” 2010; 11: 395–404.
14. Hughes J.S., Lichtenstein J., Magno L., Fetter R.B., *Improving DRGs. Use of procedure codes for assisted respiration to adjust for complexity of illness*, „Medical Care” 1989; 27: 750–757.
15. Wood T.J., Thomas S.E., *Severity of illness and diagnosis related groups*, „Medical Journal of Australia” 1986; 143: 79–81.
16. Finkler S.A., *Flexible budget variance analysis extended to patient acuity and DRGs*, „Health Care Management Review” 1985; 10: 21–34.
17. Partsch M., Held M., *Rechnen für Gerechtigkeit*, „Gesundheit und Gesellschaft” 2004; 11: 24–29.
18. Lisowska K., *NFZ zmienia zasady finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*, „Rynek Zdrowia”, 15.06.2011, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/NFZ-zmienia-zasady-finansowania-ambulatoryjnej-opieki-specjalistycznej,109940,1.html>; dostęp: 24.06.2015.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2011 Nr 111 poz. 653).
20. Zarządzenie nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
21. Zarządzenie nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
22. Wójtowicz M., *Problemy z klasyfikacją JGP na styku AOS – szpital*, „Rynek Zdrowia”, 12.10.2011, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-szpitali/Problemy-z-klasyfikacja-JGP-na-styku-AOS-szpital,112522,1012.html>; dostęp: 24.06.2015.
23. Kulesher R.R., Wilder M.G., *Prospective Payment and the Provision of Post-Acute Care: How the Provisions of the Balanced Budget Act of 1997 Altered Utilization Patterns for Medicare Providers*, „Journal of Health Care Finance” 2006; 33(1): 1–16.
24. Wilson S.F., Shorten B., Marks R., *Costing the ambulatory episode: implications of total or partial substitution of hospital care*, „Australian Health Review” 2005; 29(3): 360–365.
25. Averill R.F. et al., *Design of a prospective payment patient classification system for ambulatory care*, „Health Care Financing Review” 1993; 15(1): 71.
26. Duncan D.G., Servais C.S., *Preparing for the new outpatient reimbursement system*, „Healthcare Financial Management” 1996; 50(2): 42.
27. *Ambulatory patient groups*, „Health Care Financing Review” 1998; statistical supplement: 128–130.
28. Asubonteng P., Middleton R., Munchus G., *Ambulatory patient groups and redefining the roles of health care providers’ delivery services in the USA*, „Health Manpower Management” 1996; 22(1): 16–20.
29. Daniels P., *Improving ambulatory surgery reimbursement*, „Nursing Management” 1997; 28(5): 40M.
30. Epstein D., Mason A., Smith P.C., *HealthBASKET – Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, WP6: Costs and health benefits for England*, Centre for Health Economics, University of York, York YO10 5DD England UK, 2005.
31. NHS, *A simple guide to Payment by Results*, Department of Health, 2011.
32. NHS, *Payment by Results Step-by-Step Guide: Calculating the 2013-14 National Tariff*, Department of Health, 2013.
33. *Reference costs guidance for 2012-13. A draft for NHS feedback*, Department of Health, 2012.
34. Bilde L., Ankjær-Jensen A., *HealthBasket Work Package 6 Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Approaches for Cost and Price Assessment in the Danish Health Sector*, DSI, Danish Institute for Health Services Research, 2005.
35. Bellanger M., Or Z., Paris V., Tardif L., *HealthBasket Work Package 6 Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Work Package 6: Approaches for Cost Assessment & Price Setting in Practice France*, 2005.
36. Sánchez-Martínez F., Abellán-Perpiñán J.-M., Martínez-Pérez J.-E., Iván Moreno I., *Health Basket- Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Spanish Cost/Price Assessment Report*, Universidad de Murcia, CRES – Universitat Pompeu Fabra, 2005.
37. Oostenbrink J.B., Rutten F.F.H., *Health Basket- Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Cost Assessment and Price Setting in the Dutch Healthcare System*, Institute for Health Policy and Management Erasmus MC, Rotterdam 2005.
38. Schreyögg J., Tiemann O., Busse R., *HealthBasket Work Package 6 Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Work Package 6: Approaches for Costing and Pricing in Practice Germany*, Department of Health Care Management, Faculty of Economics and Management, Berlin University of Technology, 2005.

39. Gaál P., *HealthBasket Work Package 6 Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Work Package 6: Approaches for Cost Assessment & Price Setting in Practice Hungary*, Semmelweis University Health Services Management Training Centre, 2005.
40. Fattore G., Torbica A., *Health Basket- Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Approaches for cost/ price assessment in practice*. County report: Italy, 2005.
41. Raulinajtys-Grzybek M., *Ambulatory Patient Groups: Impact on the Service Structure and Providers' Behaviour*, „Paradigm” 2014; 18(2): 121–134.
42. Raulinajtys-Grzybek M., *Wycena usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*, ABC, Warszawa 2014.

