

Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna (KAOZ)

Wstęp

Niniejszy dokument opisuje z punktu widzenia finansów, działanie modelu opieki koordynowanej pn. Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna (KAOZ)

Cel

Celem opracowania modelu finansowego jest:

1. przedstawienie założeń finansowych w wartościach liczbowych,
2. umożliwienie dokonywania symulacji finansowych uwzględniających różne elementy założeń,
3. dokonanie wstępnego planowania finansowego dla projektu

Na żółto zaznaczono pola, zawierające wartości sterujące, wpływające na całość modelu finansowego

Główne założenia

Szacunkowa liczba

Pilotaż realizowany jest w określonej liczbie województw, przy czym nie została określona ani minimalna ani maksymalna ich liczba. Ostateczna liczba województw będzie zależeć od ostatecznie uzgodnionej liczby podopiecznych POZ objętych pilotażem oraz rekrutacji placówek.	16	-
Ważnym parametrem pilotażu jest liczba lekarzy POZ, którzy objęci będą pilotażem, ponieważ liczba ta jest skorelowana z liczebnością populacji osób podopiecznych objętych pilotażem	150	osoby

<p>Dla celów planistycznych założono pewną przeciętną populację będącą pod opieką lekarza POZ, która początkowo będzie podobna do przeciętnej liczby podopiecznych lekarza POZ w Polsce. Z czasem, w miarę przybywania obowiązków i przychodów z obsługi populacji podopiecznych, ogólna liczba podopiecznych przypadająca na lekarza powinna ulegać zmniejszeniu</p>	<p>2 000</p>	<p>osoby</p>
<p>Model opieki KAOZ realizowany jest przez placówki działające w zakresie POZ oraz AOS, prz czym dopuszczalne będzie podkontraktowywanie brakujących ompenecji (np. poszczególnych specjalizacji AOS) w innych placówkach. Istnieje także możliwość realizacji zakresu KAOZ przez grupę placówek powiązanych ze sobą przy pomocy umowy konsorcyjnej, przy czym w takiej sytuacji zakłada się istnienie lidera konsorcjum odpowiadającego za całość działań konsorcjum.</p>	<p>25</p>	<p>placówki</p>
<p>Całkowita liczba podopiecznych placówek KAOZ, w tym samym lekarzy POZ, uczestniczących w pilotażu szacowana jest na kilkaset tysięcy osób. Ostateczna liczba zostanie określona na etapie składania wniosku projektu. Należy założyć tolerancję liczby podopiecznych placówek pilotażowych, ponieważ częściowo będzie ona zależeć od struktury populacji podopiecznych pilotażu; nie należy zakładać np. redukcji liczby podopiecznych placówek pilotażowych w związku z realizacją pilotażu.</p>	<p>300 000</p>	<p>osoby</p>
<p>W modelu KAOZ, obok świadczeń z zakresu POZ oferowane są wszystkie świadczenia z zakresu wybranych dziedzin (specjalności) AOS (ambulatoryjnej opieki zdrowotnej).</p>	<p>15</p>	<p>specjalności AOS</p>
<p>Z założenia dotyczącego współpracy pomiędzy lekarzami POZ a specjalności AOS wynika, ogólna szacowana liczba lekarzy tych specjalności, jako iloczyn: szacowanej liczby placówek oraz liczby specjalności</p>	<p>375</p>	

Podstawowe usługi POZ	
Podstawą działalnośc placówek pilotażowych będzie obecny zakres kompetencji placówek POZ, a wynagrodzenia, aktualna stawka kapitaacyjna, korygowana w wykorzystaniem aktualnych współczynników korygujących	144 PLN/osobę/rok
Usługi pielęgniarstwa i położnej środowiskowej	
Kwota per capita/rok	
Uzupełnieniem usług POZ są usługi pielęgniarstwa i położnej środowiskowej. Płatność za opiekę środowiskową dokonywana jest na podstawie wpiu na listę aktywną, wg stawek kapitaacyjnych jak niżej:	
Stawka za opiekę pielęgniarstwa środowiskowej	28.56
stawka kapitaacyjna, wynosi:	95%
Stawka za opiekę położnej środowiskowej	11.76
naliczana jest stawka kapitaacyjna, wynosi:	90%
Prewencja i profilaktyka	
Placówki pilotażowe prowadzić będą aktywne działania z zakresu prewencji i profilaktyki. Działania te będą wspierane finansowo i organizacyjnie	
Jednym ze stałych elementów prewencji i profilaktyki będą bilanse dzieci, wg znanego obecnie schematu. Różnica w stosunku do stanu obecnego polegać będzie na rejestracji danych z bilansu w systemie informatycznym, co pozwoli na wykonywanie różnorodnych analiz i operacji z wykorzystaniem tych danych. Czynność rejestracji danych z bilansu dzieci będzie wynagradzana finansowo w określonej kwocie za jeden zestaw danych.	5 PLN/osobę
Zakłada się, że pokrycie populacji dzieci działaniami o charakterze bilansów będzie wysokie i stałe przez cały okres pilotażu	
wiek 0 -1 lat	100%
wiek 2-13 lat	95%

wiek 16-19 lat	80%
Drugim stałym elementem prewencji i profilaktyki będą tzw. bilanse dorosłych. Zakres badań bilansowych zależy jest od grupy wiekowej podopiecznego. Zakres badań wpływa na ich koszt. Koszty badań bilansowych ze środków UE	200 PLN/osobę
Zakłada się, że pokrycie populacji dorosłych działaniami o charakterze bilansów będzie rostało z czasem. W pierwszych latach, odsetek osób poddających się badaniom będzie się różnił w zależności od wieku, w przedziałach jak niżej. Zakłada się, że liczba ta zostanie podzielona mniej więcej w równych proporcjach na pięć lat, w których należy wykonać badanie adekwatne dla danej grupy wiekowej. Jednocześnie z roku na rok, w okresie pilotażu, w odsetek osób poddających się badaniom będzie rósł w tempie 1 p.p. rocznie, przy czym punkt wyjścia (objęcie bilansami w pierwszym roku pilotażu) będzie się różnił w zależności od wieku, w przedziałach:	Odsetek populacji w danym wieku
-35-39 r. ż.	35%
-40-44 r. ż.	40%
-45-49 r. ż.	45%
-50-54 r. ż.	50%
-55-59 r. ż.	55%
-60-64 r. ż.	60%
-65-69 r. ż.	55%
Usługi specjalistyczne AOS	

W modelu KAOZ placówka dostarcza usługi POZ oraz konsultacje i opiekę lekarzy AOS. Na usługi AOS placówki uzyskują środki naliczane wg liczby podopiecznych, wg grup płci i wieku, które odpowiadają kwotom nakładów na AOS obecnie finansowanym w trybie opłaty za usługę. Z uwagi na to, że obecnie wydatki na AOS w poszczególnych specjalnościach znacznie różnią się terytorialnie, przyjęto, że opłata kapitacyjna na AOS w danej specjalności będzie równa wartości trzeciego kwatryła średniej wojewódzkiej. W ten sposób, kwota ta będzie wyższa lub równa niż obecnie obserwowane średnie w 3/4 województw, a niższa niż średnie 1/4 województw. Kwota przeciętnych (niezróżnicowanych wg płci i wieku) wydatków na AOS wg specjalności wynosi:

	2017	2018	2019	2020
1010 Poradnia alergologiczna	3.73	3.73	3.73	3.73
1020 Poradnia diabetologiczna	3.08	3.08	3.08	3.08
endokrynologiczno-ginekologiczna	5.45	5.45	5.45	5.45
1050 Poradnia gastroenterologiczna	1.38	1.38	1.38	1.38
1100 Poradnia kardiologiczna	10.52	10.52	10.52	10.52
1200 Poradnia dermatologiczna 1202 Poradnia wenerologiczna	7.31	7.31	7.31	7.31
1220 Poradnia neurologiczna	6.79	6.79	6.79	6.79
1270 Poradnia gruźlicy i chorób płuc 1272 Poradnia chorób płuc	4.27	4.27	4.27	4.27
1280 Poradnia reumatologiczna	3.18	3.18	3.18	3.18
ginekologiczna	35.52	35.52	35.52	35.52
1500 Poradnia chirurgii ogólnej	12.04	12.04	12.04	12.04
1530 Poradnia chirurgii naczyniowej	0.72	0.72	0.72	0.72
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	10.56	10.56	10.56	10.56
1610 Poradnia otorynolaryngologiczna	8.13	8.13	8.13	8.13
1640 Poradnia urologiczna	5.37	5.37	5.37	5.37
Uwaga				

dziecieca
KAOS zakresy

angiologia

dziecieca
profilaktyka dzici

Ze względu na duże rozpiętości konsumpcji/korzystania ze świadczeń AOS w populacji różnych powiatów, może zaistnieć konieczność zaplanowania ścieżki dojścia do poziomu konsumpcji na poziomie średnim, jak opisano powyżej. W tej sytuacji, w szczególności w powiatach o znacznie wyższym poziomie konsumpcji a tym samym wydatkach na poszczególne rodzaje poradni AOS - np. powyżej 20 p.p. powyżej kwot wyliczonych j.w. - zakłada się, że kapitacja na AOS w danej kategorii będzie w pierwszych latach zwiększona, a następnie w kolejnych latach doprowadzana do poziomu j.w.

Diagnostyka AOS

Budżet kapitałowy AOS zostanie uzupełniony **budżetem powierzonym** na towarzyszącą AOS diagnostykę. Kwota tej części budżetu będzie naliczana jako odsetek od wielkości kwoty kapitałowej w danej kategorii/poradni. W pierwszym roku zakłada się uśrednioną wartość w równej kwocie dla wszystkich poradni, w kolejnych latach możliwe będzie różnicowanie tej wartości w zależności od wykazanych w trakcie pilotażu potrzeb. Budżet powierzony będzie rozliczany wg sprawozdań wykazujących wykonane badania diagnostyczne. W przypadku niewykorzystania całości kwoty, kwota faktycznych wydatków będzie mniejsza niż kwota zaplanowanego budżetu powierzonego. W przypadku przekroczenia budżetu, pozostałe badania diagnostyczne w AOS będą wykonywane z innych strumieni przepływu środków (np. kapitał AOS).

Wielkości tego budżetu skorelowana będzie z wielkością budżetu na kapitałowy AOS.

1010 Poradnia alergologiczna	15%	
1020 Poradnia diabetologiczna	15%	
endokrynologiczno-ginekologiczna	15%	
1050 Poradnia gastroenterologiczna	15%	

1100 Poradnia kardiologiczna	15%	
1200 Poradnia dermatologiczna 1202 Poradnia wenerologiczna	15%	
1220 Poradnia neurologiczna	15%	
	15%	
1270 Poradnia gruźlicy i chorób płuc 1272 Poradnia chorób płuc	15%	
1280 Poradnia reumatologiczna	15%	
1450 Poradnia położniczo-ginekologiczna 1452 Poradnia	15%	
1500 Poradnia chirurgii ogólnej	15%	
1530 Poradnia chirurgii naczyniowej	15%	
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	15%	
1610 Poradnia otorynolaryngologiczna	15%	
1640 Poradnia urologiczna	15%	
Schematy DM		
Placówki pilotażowe uruchomią schemat opieki pn. <i>zarządzania chorobą (disease management)</i> dla wybranych chorób przewlekłych. Konsekwencją objęcia programem DM będzie możliwość rozliczenia niektórych typów świadczeń w trybie opłaty - za usługę (FFS, fee-for-service). W pierwszym okresie lista chorób, w których można będzie stosować schematy DM ograniczona będzie do 26 stanów/jednostek chorobowych. Lista tych stanów wraz z odsetkiem chorych w populacji, wg szacunków z badań epidemiologicznych, zamieszczono poniżej:	Dane rejestrowane	Baza szacunkow
Niedoczynność tarczycy	3.4%	3.40%
Wole mięsiste i guzowate tarczycy	2.0%	2.00%
Cukrzyca typu 1	0.5%	0.50%
Cukrzyca typu 2	6.5%	6.50%
Otyłość	20.0%	20.00%
Nadciśnienie tętnicze samoistne	25.0%	20.00%
Przewlekła choroba wieńcowa	4.3%	4.30%
Utrwalone migotanie przedsionków	1.0%	1.00%
Przewlekła niewydolność serca	1.7%	1.70%

Miażdżyca kończyn dolnych	5.0%	5.00%
Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa	0.3%	0.30%
Przewlekła niewydolność żylna	40%K - 50%, N	40.00%
Alergiczny nieżyt nosa	10.0%	10.00%
POCHP	5.7%	5.70%
Astma oskrzelowa	8.6%	8.60%
Choroba refluksowa	20.0%	15.00%
Niezakaźne choroby zapalne jelit i zespół jelita nadwrażliwego (IBS)	5.0%	5.00%
Zapalenie stawów	1.0%	1.00%
Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych	15.0%	15.00%
Wady postawy oraz zniekształcenia rozwojowe kończyn	30.0%	15.00%
Zespoły bólowe kręgosłupa	20.0%	20.00%
Przewlekła choroba nerek	18.0%	15.00%
Kamica dróg moczowych	2.0%	2.00%
Szacunkowy odsetek osób z chorobami przewlekłymi, u osób starszych najczęściej występującymi w postaci wielochorobowości, stanowi określony odsetek populacji, zmienny w zależności od wieku (GUS 2014):	0-14	27%
	15-29	28%
	30-49	48%
	50-69	79%
	70 lat i więcej	94%
Zakłada się, że nie wszyscy, a jedynie część chorych na ch. przewlekłe zdecyduje się na skorzystanie ze schematu DM. Odsetek ten będzie zależny od wieku i w pierwszym roku zakłada się następujące wielkości:	0-14	60%
	15-29	30%
	30-49	20%
	50-69	40%
	70 lat i więcej	60%

Jednocześnie założono stopniowy i powolny wzrost odsetka tych osób, które faktycznie objęte zostają tym rodzajem opieki, w tempie kilku procent rocznie:	1 rok	2 rok	3 rok	4 rok
0-14	60%	63%	66%	69%
15-29	30%	33%	36%	39%
30-49	20%	23%	26%	29%
50-69	40%	43%	46%	49%
70 lat i więcej	60%	63%	66%	69%

Porady DM

Z tytułu objęcia opieką DM, placówka ma możliwość rozliczenia wybranych rodzajów porad wykonanych na rzecz tych pacjentów pacjentów.

Porady te udzielane są z częstością wynikającą z zaleceń zawartych w ŚDTP oraz indywidualnych potrzeb pacjenta. W ramach pilotażu możliwość wykonywania tych porad nie jest ograniczana liczbowo ani wartościowo, lecz podlega kontroli merytorycznej (w zestawieniu z ŚDTP). W przypadku wielochorobowości, zakłada się, że porady kompleksowe i edukacyjne będą obejmowały wszystkie schorzenia u danego pacjenta.

W ramach pilotażu oczekuje się określenia optymalnych częstości wykonywania tych porad, jak i innych czynności nie objętych metodą płacenia za usługi (FFS). Rodzaje porad wraz z ich stawką, przedstawione są poniżej.

Badania diagnostyczne towarzyszące poradzie kompleksowej finansowane są z budżetu powierzonego na diagnostykę AOS.

Szacowana częstość stosowania/osobę/rok

Cena jednostk

Porady lekarskie kompleksowe;	120	1
Porady edukacyjne (radzenia sobie z chorobą, dietetyczne itp.)	40	2

W przypadku wielochorobowości, porady kompleksowe i edukacyjne będą wykonywane w odniesieniu do danego pacjenta będą wykonywane zbiorczo, w związku z wszystkimi jego dolegliwościami, a nie z powodu każdej z nich z osobna; porada kompleksowa nie częściej niż 1 raz w roku. W związku z tym założono wskaźnik redukcji częstości porad w zakresie jak zaprezentowano niżej. Wskaźnik zastosowano w modelu zmniejszając odpowiednio liczbę porad poszczególnych rodzajów.		
	wskaźnik red	liczba porad po redukcji
Porady lekarskie kompleksowe;	0.75	0.75
Porady edukacyjne (radzenia sobie z chorobą, dietetyczne itp.)	0.75	1.50
Rehabilitacja		
Placówki pilotażowe będą dysponować środkami na rehabilitację swoich podopiecznych, które będą mogli wykorzystać płacąc za określone świadczenia. W początkowym etapie, wybrany zakres, obejmuje tylko rehabilitację w zespołach bólowych kręgosłupa i zmian zwyrodnieniowych stawów obwodowych. Kryteria włączenia oraz zakres świadczeń zostanie określony w osobnym dokumencie. Organizacja i koordynowanie świadczeń rehabilitacji powierzone zostanie placówkom pilotażowym, a budżet na nabywanie tych świadczeń będzie nieprzekraczalny, wyliczony na podstawie obecnego poziomu korzystania z świadczeń pracowni fizjoterapii, z rozpoznaniem j.w., w grupach wiekowych. Współczynnik korzystania wg grup wiekowych po zaokrągleniu został oszacowany następująco:		
	0-9	0.22%
	10-19	0.40%
	20-29	0.95%
	30-39	2.61%

	40-49	6.10%	
	50-59	11.48%	
	60-69	15.07%	
	70-79	16.53%	
	80-89	7.69%	
	90+	1.33%	
Rehabilitacja			
Na świadczenia rehabilitacji placówka uzyskuje budżet powierzony. Budżet wyliczany jest z uwzględnienie przeciętnego kosztu rehabilitacji w pracowniach fizjoterapii w roku 2015, który wynosi na osobę (PLN)		216	
Ze względu na znane ograniczenia dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w ww. wskazaniach, wielkość budżetu dostępna do wykorzystania dla podopiecznych placówki zwiększana jest współczynnikiem, zakładając odpowiednie zwiększenie odsetka osób uzyskujących ww. świadczenia.		2.00	
W rezultacie, ustalono stawki kapitacyjne, w grupach populacji wg wieku			
	0-9	0.48	
	10-19	0.86	
	20-29	2.06	
	30-39	5.64	
	40-49	13.17	
	50-59	24.80	
	60-69	32.55	
	70-79	35.71	
	80-89	16.62	
	90+	2.87	
Dodatek technologiczny i administracyjny			

<p>Placówki uczestniczące w pilotażu będą zobowiązane uruchomić i posługiwać się systemami IT w celu rejestracji danych z zakresu POZ, oraz wymiany informacji w postaci elektronicznej w ramach własnej struktury oraz z innymi placówkami, a także z płatnikiem. W tym celu konieczne będą z ich strony inwestycje dostosowawcze (zakłada się istnienie podstawowej infrastruktury IT). Wyсіtek na rozwój własnych systemów IT, w tym stanowisk do telekonsultacji, skompensowany będzie poprzez dodatek technologiczny, wypłacany w całym okresie pilotażu.</p> <p>Wartość dodatku technologicznego wyznaczona jest w oparciu o ceny rynkowe oprogramowania i sprzętu w przeliczeniu na jedno stanowisko pracy lekarza, wraz z osobami współpracującymi (pielęgniarka, recepcjonistka, koordynator).</p> <p>Kwota dodatku dla danej placówki naliczana jest w oparciu o liczbę podopiecznych POZ (średnio 2000) i stanowi krotność tej liczby. Dodatek wypłacany jest corocznie, w jednej czwartej kwoty rocznie.</p>	<p>50 000</p> <p>wartość dodatku do uzyskania w całym okresie pilotażu</p>
<p>Lekarze specjalności AOS uczestniczący w pilotażu, podobnie jak lekarze POZ zobowiązani będą do stosowania elektronicznej dokumentacji medycznej i uzyskają dodatek technologiczny. Założono określoną kwotę, którą należy zainwestować w rozwój systemu IT na stanowisku pracy lekarza specjalisty AOS</p>	<p>20 000</p> <p>wartość dodatku do uzyskania w całym okresie pilotażu</p>
<p>Placówki uczestniczące w pilotażu będą musiały także zapewnić pewne dodatkowe funkcje administracyjno-koordynacyjne, związane w szczególności z: z rekrutacją na badania profilaktyczne, organizacji dostarczania świadczeń dla chorych z programach DM itp.</p> <p>W celu pokrycie części kosztów tego typu działań placówki otrzymają środki w przeliczeniu na osobę pod opieką, szacując konieczność zatrudnienia jednej osoby na ok. 1500 pacjentów.</p>	<p>5 000</p> <p>wynagrodzenie brutto pracodawcy/m-c</p>

Zarządzanie i rozwój kompetencji płatnika

Płatnik, będący Beneficjentem projektu, będzie prowadzić działania związane z zarządzaniem projektem (PIU), oraz będzie rozwijać swoje kompetencje w zakresie nabywania, kontrolowania i zarządzania opieką w systemie korodynowanej opieki zdrowotnej.

Rozwój potencjału i kompetencji Beneficjenta odbywać się będzie poprzez zatrudnienie osób, które będą dedykowane wyłącznie do pracy w projekcie i które w przyszłości będą trzonem struktury płatnika, który będzie rozwijać model opieki koordynowanej w skali kraju.

Płatnik zostanie wyposażony w nowe narzędzia informatyczne, służące obsłudze pilotażu i nowych, nierealizowanych obecnie funkcji (np. wymiana dokumentacji, rejestrowanie danych medycznych).

Dodatkowe zakresy AOS

Przewiduje się możliwość elastycznego dokładania kolejnych zakresów świadczeń AOS oraz innych, ponad wyżej wymienioną liczbę 15 rodzajów poradni. Płatność za kolejne zakresy będzie określana kapitałowo, ew. z dodatkowym budżetem powierzonym na diagnostykę. Poniżej zaprezentowano wstępną listę takich zakresów świadczeń

Psychiatria

Diagnostyka TC

Diagnostyka MRI

Stomatologia dzieci i młodzieży (w tym szkolna)



Model, populacja pilotażu

					Razem
POZ, kapitaacja	2017	2018	2019	2020	Razem
- podopieczny < lub = 6 r. ż.	6 958 421	6 958 421	6 958 421	6 958 421	27 833 685
- podopieczny > lub = 7 r. ż. i < lub = 19 r. ż.	7 287 463	7 287 463	7 287 463	7 287 463	29 149 850
- podopieczny > lub = 20 r. ż. i < lub = 39 r. ż.	11 719 592	11 719 592	11 719 592	11 719 592	46 878 369
- podopieczny > lub = 40 r. ż. i < lub = 64 r. ż.	17 434 183	17 434 183	17 434 183	17 434 183	69 736 733
- podopieczny > lub = 65 i < lub = 74 r.ż.	8 597 245	8 597 245	8 597 245	8 597 245	34 388 980
- podopieczny > 75 r.ż.	8 264 749	8 264 749	8 264 749	8 264 749	33 058 995
- podopieczny DPS/ placówki socjalizacyjnej i in.					-
Razem	60 261 653	60 261 653	60 261 653	60 261 653	241 046 612

w tym ze środków NFZ

PIEL, kapitaacja	2017	2018	2019	2020	Razem
- podopieczny < lub = 6 r. ż.	1 311 083	1 311 083	1 311 083	1 311 083	5 244 330
- podopieczny > 7 r.ż i < lub = 65 r.ż	6 200 537	6 200 537	6 200 537	6 200 537	24 802 148
- podopieczny > lub = 66 r.ż	2 565 781	2 565 781	2 565 781	2 565 781	10 263 123
Razem	10 077 400	10 077 400	10 077 400	10 077 400	40 309 600

w tym ze środków NFZ

PIEL, kapitaacja	2017	2018	2019	2020	Razem
- podopieczne = lub > 18 r. ż,	1 665 194	1 665 194	1 665 194	1 665 194	6 660 776
Razem	1 665 194	1 665 194	1 665 194	1 665 194	6 660 776

w tym ze środków NFZ

Profilaktyka i prewencja	2017	2018	2019	2020	Razem
Dzieci; badania bilansowe i szczepienia					
- < 1 rok (3 wizyty szczepienne, 9 mc, 12 m-c)	46 397	46 397	46 397	46 397	185 588
- 2 lata	15 624	15 624	15 624	15 624	62 496
- 4 lata	16 601	16 601	16 601	16 601	66 404
- 5 lat	17 660	17 660	17 660	17 660	70 639
-6 v 7 lat	17 917	17 917	17 917	17 917	71 668
- 10 lat	15 133	15 133	15 133	15 133	60 534
-13 lat	14 493	14 493	14 493	14 493	57 974
- 16 lat	13 134	13 134	13 134	13 134	52 536
- 19 lat	12 516	12 516	12 516	12 516	50 063

Razem	169 475	169 475	169 475	169 475	677 901
w tym ze środków NFZ					

Dorośli; badania bilansowe	2017	2018	2019	2020	Razem
-35-39 r. ż.	309 345	353 537	397 729	441 921	1 502 533
-40-44 r. ż.	322 801	363 152	403 502	443 852	1 533 307
-45-49 r. ż.	315 987	351 096	386 206	421 316	1 474 604
-50-54 r. ż.	369 122	406 034	442 946	479 859	1 697 961
-55-59 r. ż.	491 299	535 962	580 626	625 289	2 233 176
-60-64 r. ż.	536 988	581 737	626 486	671 235	2 416 446
-65-69 r. ż.	400 494	436 902	473 311	509 719	1 820 426
Razem	2 746 036	3 028 421	3 310 806	3 593 191	12 678 453

w tym ze środków NFZ

Rehabilitacja	2017	2018	2019	2020	Razem
- budżet na zakup świadczeń REH	8 215 027	8 215 027	8 215 027	8 215 027	32 860 108
Razem	8 215 027	8 215 027	8 215 027	8 215 027	32 860 108

w tym ze środków NFZ

AOZ, Kapitacja	2017	2018	2019	2020	Razem
1010 Poradnia alergologiczna	958 109	958 109	958 109	958 109	3 832 435
1020 Poradnia diabetologiczna	842 830	842 830	842 830	842 830	3 371 322
1030 Poradnia endokrynologiczna 1032 Poradnia endokr	1 445 732	1 445 732	1 445 732	1 445 732	5 782 929
1050 Poradnia gastroenterologiczna	366 198	366 198	366 198	366 198	1 464 793
1100 Poradnia kardiologiczna	2 736 293	2 736 293	2 736 293	2 736 293	10 945 173
1200 Poradnia dermatologiczna 1202 Poradnia wenerolo	2 028 038	2 028 038	2 028 038	2 028 038	8 112 151
1220 Poradnia neurologiczna	1 954 398	1 954 398	1 954 398	1 954 398	7 817 593
1240 Poradnia onkologiczna					
1270 Poradnia gruźlicy i chorób płuc 1272 Poradnia chor	1 146 121	1 146 121	1 146 121	1 146 121	4 584 485
1280 Poradnia reumatologiczna	781 500	781 500	781 500	781 500	3 125 999
1450 Poradnia położniczo-ginekologiczna 1452 Poradnia	5 072 042	5 072 042	5 072 042	5 072 042	20 288 170
1500 Poradnia chirurgii ogólnej	3 166 661	3 166 661	3 166 661	3 166 661	12 666 645
1530 Poradnia chirurgii naczyniowej	183 322	183 322	183 322	183 322	733 288
1587 Poradnia preluksacyjna, 1583 Poradnia wad postaw	2 870 627	2 870 627	2 870 627	2 870 627	11 482 507
1610 Poradnia otorynolaryngologiczna	2 396 877	2 396 877	2 396 877	2 396 877	9 587 509
1640 Poradnia urologiczna	1 457 287	1 457 287	1 457 287	1 457 287	5 829 148

Razem	27 406 037	27 406 037	27 406 037	27 406 037	109 624 148
w tym ze środków NFZ					

AOZ, Diagnostyka	2017	2018	2019	2020	Razem
1010 Poradnia alergologiczna	143 716	143 716	143 716	143 716	574 865
1020 Poradnia diabetologiczna	126 425	126 425	126 425	126 425	505 698
1030 Poradnia endokrynologiczna 1032 Poradnia endokr	216 847	216 847	216 847	216 847	867 387
1050 Poradnia gastroenterologiczna	54 926	54 926	54 926	54 926	219 706
1100 Poradnia kardiologiczna	410 399	410 399	410 399	410 399	1 641 597
1200 Poradnia dermatologiczna 1202 Poradnia wenerolo	304 192	304 192	304 192	304 192	1 216 767
1220 Poradnia neurologiczna	293 141	293 141	293 141	293 141	1 172 563
1240 Poradnia onkologiczna					
1270 Poradnia gruźlicy i chorób płuc 1272 Poradnia chor	171 906	171 906	171 906	171 906	687 625
1280 Poradnia reumatologiczna	117 216	117 216	117 216	117 216	468 865
1450 Poradnia położniczo-ginekologiczna 1452 Poradnia	760 797	760 797	760 797	760 797	3 043 186
1500 Poradnia chirurgii ogólnej	474 975	474 975	474 975	474 975	1 899 900
1530 Poradnia chirurgii naczyniowej	27 496	27 496	27 496	27 496	109 983
1587 Poradnia preluksacyjna, 1583 Poradnia wad postaw	430 569	430 569	430 569	430 569	1 722 275
1610 Poradnia otorynolaryngologiczna	359 509	359 509	359 509	359 509	1 438 036
1640 Poradnia urologiczna	218 577	218 577	218 577	218 577	874 310
Razem	4 110 691	4 110 691	4 110 691	4 110 691	16 442 762

w tym ze środków NFZ

Zarządzanie chorobą

Porady	2017	2018	2019	2020	Razem
Porady lekarskie kompleksowe;	7 757 455	8 344 272	8 931 090	9 517 907	34 550 725
Porady edukacyjne (radzenia sobie z chorobą, dietetyczn	5 171 637	5 562 848	5 954 060	6 345 272	23 033 816
Razem	12 929 091	13 907 121	14 885 150	15 863 179	57 584 541

w tym ze środków NFZ

Administracja i IT	2017	2018	2019	2020
System IT	4 750 000	3 750 000	3 750 000	3 750 000
Funkcje organizacyjne	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000
Nadzorowanie pilotażu	3 084 000	3 084 000	3 084 000	3 084 000

Budowanie potencjału płatnika	1 776 000	1 776 000	1 776 000	1 776 000
Razem	15 610 000	14 610 000	14 610 000	14 610 000

	2017	2018	2019	2020	Cały okres
Razem	143 190 604	143 451 018	144 711 433	145 971 847	517 884 901