



DEPARTAMENT KONTROLI

**SPRAWOZDANIE
Z NIEPRAWIDŁOWOŚCI ZGŁOSZONYCH
PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCÓW
NA PODSTAWIE DANYCH
W ZINTEGROWANYM INFORMATORZE
PACJENTA
w I-III kwartale 2017 r.**

WARSZAWA, PAŹDZIERNIK 2017 R.

Spis treści

I WPROWADZENIE.....	3
II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE.....	5
II.1. LICZBA ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA KWARTAŁY I OW NFZ	5
II.2. STRUKTURA WSZYSTKICH ZGŁOSZEŃ WG RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ.....	6
II.3. STRUKTURA WSZYSTKICH ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA RODZAJ NIEPRAWIDŁOWOŚCI	8
II.4. ZGŁOSZENIA ZASADNE	8
II.4.1. LICZBA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE W PODZIALE NA OW NFZ	8
II.4.2. STRUKTURA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE WG RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ.....	9
II.4.3. STRUKTURA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE W PODZIALE NA RODZAJ NIEPRAWIDŁOWOŚCI.....	10
II.5. FINANSOWY WYMIAR I SKUTKI ZGŁOSZEŃ	10
II.5.1. WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ/REFUNDACJI WYNIKAJĄCA ZE ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA OW NFZ	10
II.5.2. KWOTA ŚRODKÓW ODZYSKANYCH W PODZIALE NA RODZAJE ŚWIADCZEŃ I OW NFZ	11
II.5.3. KWOTA NAŁOŻONYCH KAR UMOWNYCH W PODZIALE NA OW NFZ	11
II.6. LICZBA PRZEPROWADZONYCH KONTROLI W PODZIALE NA OW NFZ.....	12
II.7. LICZBA ZAWIADOMIEŃ DO PROKURATURY W PODZIALE NA OW NFZ	12
II.8. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO	12
II.9. STRUKTURA WIEKOWA OSÓB, KTÓRE ZGŁOSIŁY NIEPRAWIDŁOWOŚCI	12
III. WNIOSKI I REKOMENDACJE.....	13

I WPROWADZENIE

Od stycznia 2016 roku obowiązują wytyczne Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące sposobu postępowania w przypadku uzasadnionego podejrzenia rozliczenia świadczeń, które nie miały miejsca. Wytyczne dotyczą m.in. sposobu postępowania w przypadku otrzymania od świadczeniobiorcy zgłoszenia o nieprawidłowościach zidentyfikowanych na podstawie danych w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta oraz metod rejestracji i analizy informacji pochodzących z przekazanych zgłoszeń. W ramach wytycznych opracowano wspólny dla wszystkich Oddziałów Wojewódzkich NFZ (OW NFZ) wzór elektronicznego rejestru zgłoszeń ZIP, którego celem jest monitorowanie realizacji postępowania wyjaśniającego oraz jednolity w skali kraju sposób gromadzenia i sprawozdawania danych.

Oddziały Wojewódzkie NFZ zostały zobowiązane do przesyłania kwartalnych raportów w treści i formie, dokładnie odpowiadającym zawartemu w rejestrze minimalnemu zakresowi danych, w terminie do 10. dnia następnego kwartału.

Ponadto w celu rzetelnej i sprawnej realizacji metodyki, w części obejmującej sposób postępowania w przypadku wpływu zgłoszenia świadczeniobiorcy o nieprawidłowościach zidentyfikowanych na podstawie danych w ZIP, dyrektorzy OW NFZ zostali zobowiązani do:

- wyznaczenia koordynatora, czyli komórki organizacyjnej OW NFZ odpowiedzialnej za prowadzenie elektronicznego rejestru zgłoszeń ZIP, która powinna koordynować procedowanie spraw, nadzorować stosowanie przez pozostałe komórki organizacyjne wytycznych zawartych w tej części metodyki, a także realizować część zadań;
- określenia szczegółowego zakresu obowiązków i uprawnień koordynatora.

W przypadku potwierdzenia zgłoszonych nieprawidłowości w realizacji świadczeń/refundacji NFZ wymaga od świadczeniodawcy zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych, może też nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną.

Zgłoszenia ZIP są często impulsem do pogłębionych analiz danych otrzymanych od świadczeniodawców, wysyłania ankiet do szerszego grona świadczeniobiorców lub przeprowadzenia kontroli obejmującej większą liczbę dokumentacji pacjentów. Dlatego informacje otrzymane na podstawie danych w ZIP stanowią bardzo istotne źródło wiedzy przydatnej w działalności kontrolnej NFZ.

Z danych przekazanych z OW NFZ za okres od 1 stycznia do 30 września 2017 r. wynika, że:

- wpłynęło łącznie **1 281** zgłoszeń¹;
- z **1 281** zgłoszeń zakończono **962** postępowania wyjaśniające², w toku wyjaśniania było **307** postępowań, **8** zgłoszeń przekazano do właściwego OW NFZ, **4** zgłoszenia zostały zawieszono³;
- z **962** zakończonych postępowań **415** zgłoszeń uznano za zasadne, co stanowi **43,14%** zakończonych spraw;
- ogólna wartość świadczeń/refundacji, wynikająca ze wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP, wyniosła **185 972,11 zł**, nie uwzględniając świadczeń, których wycena wprost nie jest możliwa ze względu na sposób rozliczeń, tj. ryczałt/kapitacja;
- odzyskano kwotę **67 650,34 zł** za nienależnie wypłacone środki oraz nałożono kary umowne w kwocie **15 503,98 zł**;
- przeprowadzono **3 kontrole** w: Lubuskim, Pomorskim oraz Świętokrzyskim OW NFZ;
- do Prokuratury przekazano **9 zawiadomień** o podejrzeniu popełnienia przestępstwa;
- największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła świadczeń, których udzielenia pacjentki nie potwierdzili – **1 021** zgłoszeń;
- najwięcej zgłoszeń dotyczyło nieprawidłowości w następujących rodzajach świadczeń: leczenie stomatologiczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz rehabilitacja lecznicza.

¹ Stan na dzień przekazania zestawień przez OW NFZ, tj. 10 października 2017 r., przydział do danego kwartału nastąpił na podstawie daty wpływu zgłoszenia, ponadto do I kwartału 2017 r. zostały wliczone 2 zgłoszenia, które zostały osobiście złożone przez pacjentkę w dniu 29.12.2016 r. na Dzienniku Podawczym, a następnie przekazane do Kancelarii, gdzie nadano im numer 2/01/2017 (sprawy te nie były wykazane w rejestrze za 2016 r.– jedno z nich przekazano do innego OW NFZ według właściwości).

² W tym 13 zgłoszeń zakończono bez oceny z uwagi na prowadzone postępowanie przez organy ścigania, 3 zakończono bez rozpatrzenia z powodu nieuzupełnienia braków przez świadczeniobiorcę oraz 2 zakończono z uwagi wycofania się pacjentki ze zgłoszenia.

³ W związku z prowadzonym dochodzeniem przez Policję.

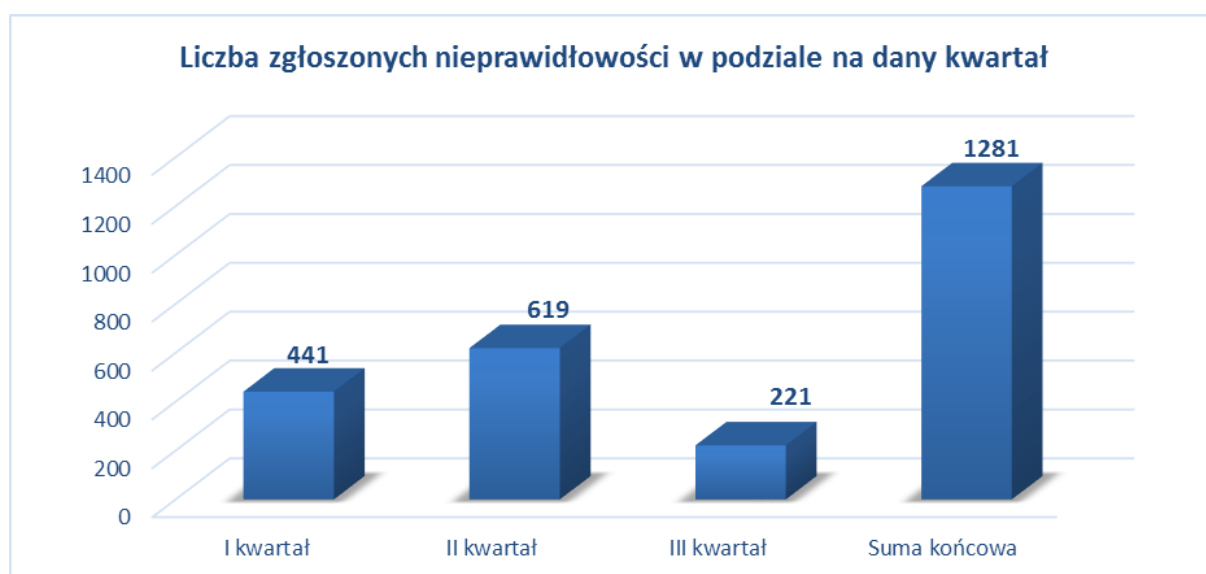
II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE

II.1. LICZBA ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA KWARTAŁY I OW NFZ

W I-III kwartale 2017 r. do OW NFZ wpłynęło 1 281 zgłoszeń, z czego:

- w I kwartale – 441, tj. 34,43% zgłoszonych nieprawidłowości,
- w II kwartale – 619, tj. 48,32%,
- w III kwartale – 221, tj. 17,25%.

Dane liczbowe zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na kwartały przedstawia poniższy wykres:



Najwięcej zgłoszeń wpłynęło w: Mazowieckim, Zachodniopomorskim i Dolnośląskim OW NFZ. Najmniej zgłoszeń zarejestrowano w: Opolskim, Warmińsko-Mazurskim i Podlaskim OW NFZ.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

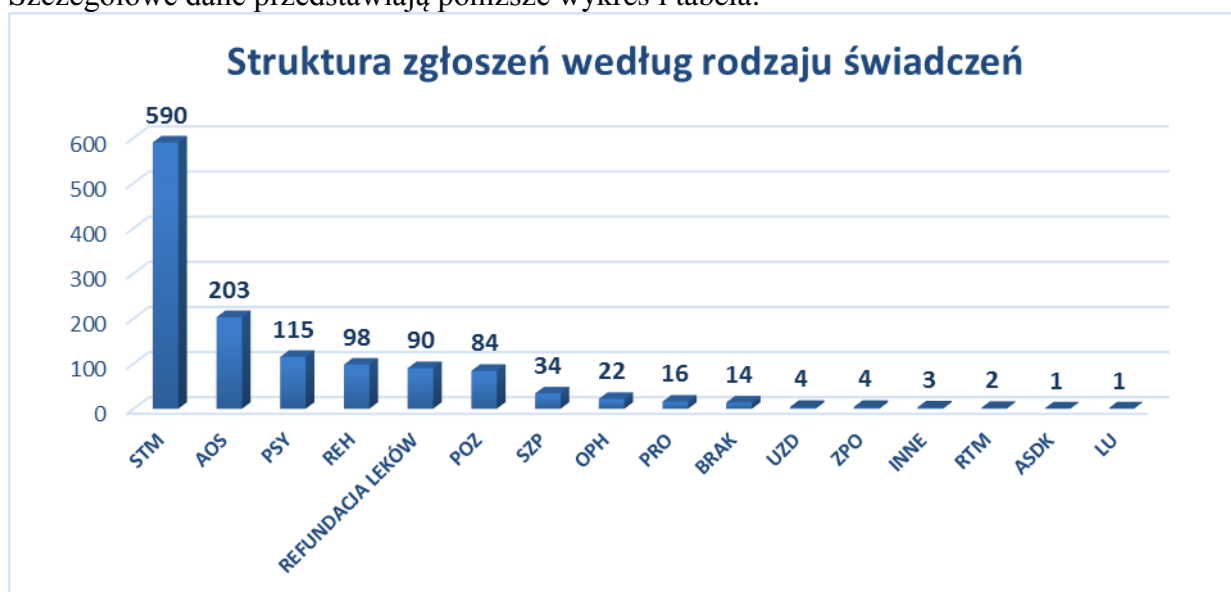
OW NFZ	I kwartał	II kwartał	III kwartał	Suma końcowa
Dolnośląski	109	15	20	144
Kujawsko-Pomorski	34	6	4	44
Lubelski	4	6	1	11
Lubuski	6	6	2	14
Łódzki	18	20	14	52
Małopolski	18	7	8	33
Mazowiecki	72	314	83	469
Opolski	4	2	2	8
Podkarpacki	14	23	4	41
Podlaski	4	5	0	9
Pomorski	22	28	18	68
Śląski	44	18	16	78
Świętokrzyski	13	6	7	26
Warmińsko-Mazurski	5	1	2	8
Wielkopolski	52	22	35	109
Zachodniopomorski	22	140	5	167
Suma końcowa	441	619	221	1 281

II.2. STRUKTURA WSZYSTKICH ZGŁOSZEŃ WG RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ

Największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła:

- leczenia stomatologicznego – 590, tj. 46,06% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 203, tj. 15,85%,
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – 115, tj. 8,98%,
- rehabilitacji leczniczej – 98, tj. 7,65%.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższe wykres i tabela:



Rodzaj świadczeń	I kwartał	II kwartał	III kwartał	Suma końcowa
STM	156	333	101	590
AOS	94	56	53	203
PSY	9	100	6	115
REH	63	28	7	98
REFUNDACJA LEKÓW	51	26	13	90
POZ	43	25	16	84
SZP	12	12	10	34
OPH	1	21	0	22
PRO	4	12	0	16
BRAK	1	1	12	14
UZD	3	0	1	4
ZPO	2	2	0	4
INNE	1	1	1	3
RTM	0	1	1	2
ASDK	0	1	0	1
LU	1	0	0	1
Suma końcowa	441	619	221	1281

Z 590 zgłoszeń dotyczących **leczenia stomatologicznego** najczęściej dotyczyło świadczeń ogólnostomatologicznych (578).

Z 203 zgłoszeń dotyczących **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** najczęściej dotyczyło położnictwa i ginekologii (56).

Z 115 zgłoszeń dotyczących **opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień** najwięcej dotyczyło świadczeń dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju (98).

Z 98 zgłoszeń dotyczących **rehabilitacji leczniczej** najwięcej dotyczyło fizjoterapii ambulatoryjnej (69).

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

rodzaj świadczeń/zakres świadczeń	I kwartał	II kwartał	III kwartał	Suma końcowa
STM	156	333	101	590
Świadczenia ogólnostomatologiczne	148	325	71	544
Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż.	4	0	30	34
Świadczenia ortodontcji	0	5	0	5
Świadczenia protetyki stomatologicznej	2	2	0	4
Świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii	1	1	0	2
Endodocja	1	0	0	1
AOS	94	56	53	203
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	37	10	9	56
Świadczenia w zakresie okulistyki	13	10	3	26
Świadczenia w zakresie logopedii	0	0	19	19
świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej	5	7	4	16
Świadczenia w zakresie otolaryngologii	8	3	2	13
Świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii	6	1	3	10
świadczenia w zakresie neurologii	5	2	0	7
Świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu	0	5	2	7
Świadczenia w zakresie urologii	2	0	3	5
Świadczenia w zakresie gastroenterologii	0	5	0	5
Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń	2	2	2	6
Świadczenia w zakresie alergologii	3	1	0	4
Świadczenia w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej	3	1	0	4
Świadczenia w zakresie onkologii	0	3	0	3
Świadczenia w zakresie kardiologii	1	1	1	3
Badania tomografii komputerowej	1	1	0	2
Świadczenia w zakresie reumatologii	1	0	1	2
Brak	0	0	2	2
ASDK	1	0	0	1
Badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia	1	0	0	1
Badania rezonansu magnetycznego (mr)	1	0	0	1
Badania ultrasonograficzne - doppler duplex	0	0	1	1
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej	1	0	0	1
Świadczenia w zakresie endokrynologii	1	0	0	1
Świadczenia w zakresie kardiochirurgii	0	1	0	1
Świadczenia w zakresie okulistyki; laryngologii; dermatologii; neurologii	0	1	0	1
Scyntygrafia	0	1	0	1
SOR	0	1	0	1
Świadczenia w zakresie preluksacji	1	0	0	1
Świadczenia w zakresie leczenia bólu	0	0	1	1
Świadczenia w zakresie leczenia jaskry	1	0	0	1
PSY	9	100	6	115
Świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju	0	98	0	98
Psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	6	1	4	11
Brak	0	0	1	1
Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych	0	0	1	1
Świadczenia z zakresu terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	1	1	0	2
Świadczenia w poradni terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	1	0	0	1
Świadczenie seksuologiczne i patologii współżycia	1	0	0	1
REH	63	28	7	98
Fizjoterapia ambulatoryjna	36	27	6	69
Rehabilitacja kardiologiczna	0	0	1	1
Rehabilitacja lecznicza	5	1	0	6
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w oddziale dziennym	22	0	0	22
REFUNDACJA LEKÓW	51	26	13	90
POZ	43	25	16	84
SZP	12	12	10	34

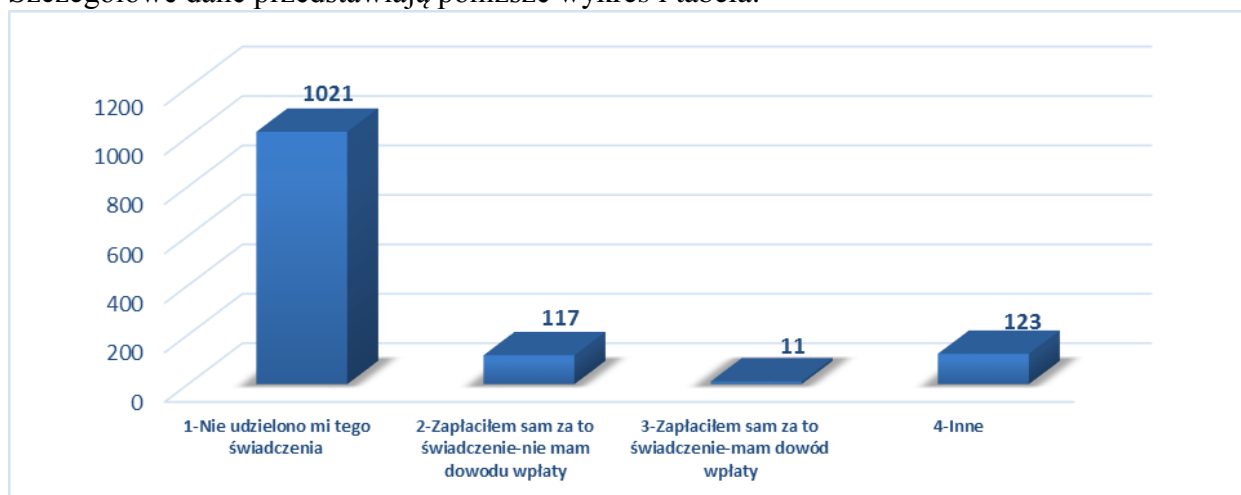
OPH	1	21	0	22
PRO	4	12	0	16
BRAK	1	1	12	14
UZD	3	0	1	4
ZPO	2	2	0	4
INNE	1	1	1	3
RTM	0	1	1	2
LU	1	0	0	1
ASDK	0	1	0	1
Suma końcowa	441	619	221	1 281

II.3. STRUKTURA WSZYSTKICH ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA RODZAJ NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Z 1 281 wszystkich zgłoszeń najwięcej dotyczyło:

- świadczeń, które nie miały miejsca – 1 021 zgłoszeń,
- świadczeń, za które pacjent zapłacił, a które zostały wykazane do finansowania przez NFZ – 128 zgłoszenia.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższe wykres i tabela:



Powód zgłoszenia nieprawidłowości	I kwartał	II kwartał	III kwartał	Suma końcowa
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	317	515	189	1 021
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	49	66	2	117
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	6	3	2	11
4-Inne	69	33	21	123
Brak danych	0	2	7	9
Suma końcowa	441	619	221	1281

II.4. ZGŁOSZENIA ZASADNE

Z 1 281 wszystkich zgłoszeń w analizowanym okresie zakończono 962 spraw, z których za zasadne uznano 415 zgłoszeń, tj. 43,14% spraw zakończonych.

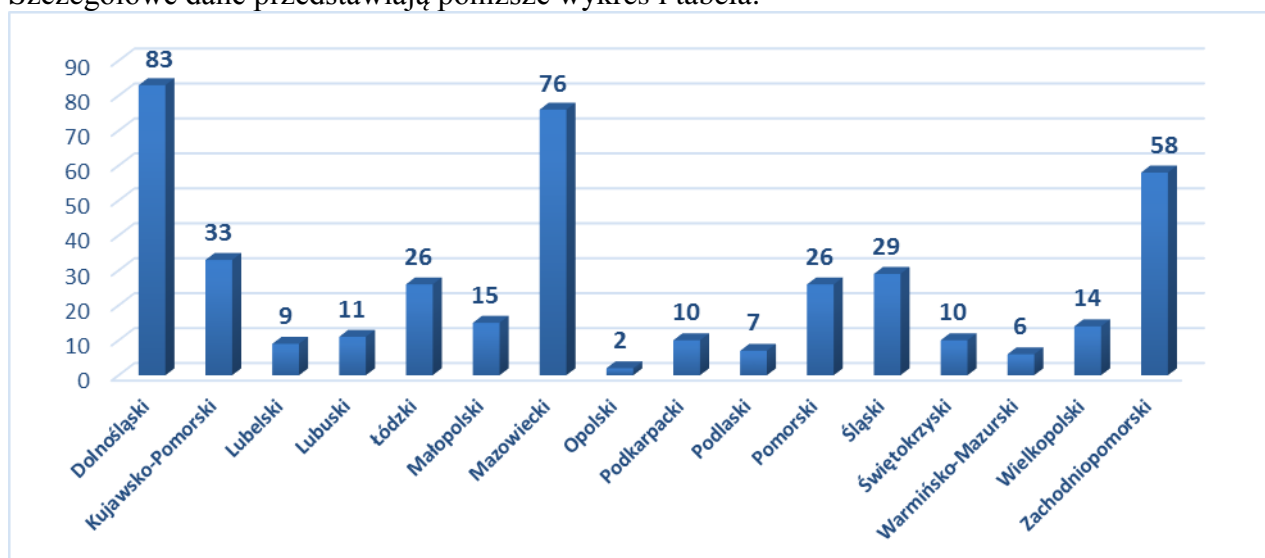
II.4.1. LICZBA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE W PODZIALE NA OW NFZ

Najwięcej zgłoszeń zbadał i uznał za zasadne:

- Dolnośląski OW NFZ – 83, tj. 20,00% zgłoszeń zasadnych i zakończonych,

- Mazowiecki OW NFZ – 76, tj. 18,31%,
- Zachodniopomorski OW NFZ – 58, tj. 13,98%.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższe wykres i tabela:



Liczba zgłoszeń uznanych za zasadne					
OW NFZ	I kwartał	II kwartał	III kwartał	razem	% zgłoszeń uznanych za zasadne
Dolnośląski	68	9	6	83	20,00%
Kujawsko-Pomorski	29	4	0	33	7,95%
Lubelski	4	5	0	9	2,17%
Lubuski	5	5	1	11	2,65%
Łódzki	9	15	2	26	6,27%
Małopolski	11	4	0	15	3,61%
Mazowiecki	9	64	3	76	18,31%
Opolski	0	1	1	2	0,48%
Podkarpacki	3	7	0	10	2,41%
Podlaski	3	4	0	7	1,69%
Pomorski	11	11	4	26	6,27%
Śląski	21	8	0	29	6,99%
Świętokrzyski	9	1	0	10	2,41%
Warmińsko-Mazurski	5	1	0	6	1,45%
Wielkopolski	10	4	0	14	3,37%
Zachodniopomorski	20	35	3	58	13,98%
Suma końcowa	217	178	20	415	100,00%

II.4.2. STRUKTURA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE WG RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ

Z 415 zgłoszeń, które zostały zbadane i uznane za zasadne najczęściej dotyczyło:

- leczenia stomatologicznego – 133, tj. 32,05% zgłoszeń zakończonych uznanych za zasadne,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 89, tj. 21,45%,
- refundacji leków – 51, tj. 12,29%.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Rodzaj świadczeń	I kwartał	II kwartał	III kwartał	Suma końcowa
STM	65	63	5	133
AOS	59	28	2	89
LEKI	24	22	5	51
POZ	34	10	1	45
REH	13	24	4	41
OPH	1	21	0	22
SZP	10	7	1	18
PSY	6	1	1	8
PRO	4	0	0	4
RTM	0	1	0	1
ZPO	1	0	0	1
INNE	0	0	1	1
ASDK	0	1	0	1
Suma końcowa	217	178	20	415

II.4.3. STRUKTURA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE W PODZIALE NA RODZAJ NIEPRAWIDŁOŚCI

Z 415 zgłoszonych nieprawidłowości uznanych za zasadne, większość dotyczyła świadczeń, które faktycznie nie miały miejsca – 299, tj. 72,05% spraw zakończonych i uznanych za zasadne.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

rodzaj nieprawidłowości	I kwartał	II kwartał	III kwartał	Suma końcowa
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	180	104	15	299
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	13	50	0	63
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	2	3	0	5
4-Inne	22	21	5	48
Suma końcowa	217	178	20	415

II.5. FINANSOWY WYMIAR I SKUTKI ZGŁOSZEŃ

II.5.1. WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ/REFUNDACJI WYNIKAJĄCA ZE ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA OW NFZ

Łączna wartość świadczeń wynikająca z 1 281 zgłoszeń wyniosła w analizowanym okresie **185 972,11 zł**, nie uwzględniając świadczeń rozliczanych ryczałtowo.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	I kwartał	II kwartał	III kwartał	Suma końcowa
Dolnośląski	9 225,11	3 711,30	13 363,17	26 299,58
Kujawsko-Pomorski	5 930,57	641,39	329,08	6 901,04
Lubelski	363,73	2 634,29	5,00	3 003,02
Lubuski	2 823,55	703,64	1 775,37	5 302,56
łódzki	4 031,32	19 411,40	4 929,01	28 371,73
Małopolski	844,46	815,36	4 132,05	5 791,87
Mazowiecki	5 094,01	5 531,95	3 144,82	13 770,78
Opolski	298,48	961,39	38,26	1 298,13
Podkarpacki	2 281,44	1 201,49	31,92	3 514,85
Podlaski	279,00	227,90	0,00	506,90
Pomorski	6 728,07	10 461,29	1 709,17	18 898,53
Śląski	8 577,47	2 240,34	4 817,60	15 635,41
Świętokrzyski	9 749,39	1 506,59	5 185,87	16 441,85
Warmińsko-Mazurski	326,72	685,20	4 200,00	5 211,92
Wielkopolski	4 973,44	4 824,58	2 497,93	12 295,95
Zachodniopomorski	1 679,06	20 723,79	325,14	22 727,99
Suma końcowa	63 205,82	76 281,90	46 484,39	185 972,11

II.5.2. KWOTA ŚRODKÓW ODZYSKANYCH W PODZIALE NA RODZAJE ŚWIADCZEŃ I OW NFZ

W I-III kwartale 2017 r. ze wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości na podstawie danych w ZIP odzyskano łącznie kwotę **67 650,34 zł**, z czego największą za świadczenia w rodzaju:

- leczenie szpitalne – **24 871,53 zł**, tj. **36,76%** wszystkich odzyskanych środków,
- opieka paliatywna i hospicyjna – **18 082,40 zł**, tj. **26,73%**,
- leczenie stomatologiczne – **12 739,11 zł**, tj. **18,83%**.

Największe kwoty odzyskał:

- Zachodniopomorski OW NFZ – **21 940,69 zł**, tj. **32,43%** wszystkich odzyskanych środków;
- Pomorski OW NFZ – **10 961,88 zł**, tj. **16,20%**;
- Świętokrzyski OW NFZ – **8 984,66 zł**, tj. **13,28%**;

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	AOS	ASDK	OPH	POZ	PRO	PSY	REH	STM	SZP	LEKI	Suma końcowa
Dolnośląski	1 566,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	133,96	3 385,36	3 366,00	0,00	8 452,17
Kujawsko-Pomorski	858,58	0,00	1 040,00	0,00	0,00	147,15	225,00	209,00	0,00	0,00	2 479,73
Lubelski	415,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	168,72	1 820,00	0,00	2 404,47
Lubuski	62,30	0,00	0,00	0,00	0,00	108,00	227,70	0,00	0,00	33,48	431,48
łódzki	636,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,40	1 537,94	322,30	0,00	2 529,44
Małopolski	153,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2 118,57	0,00	0,00	2 272,12
Mazowiecki	638,42	0,00	0,00	0,00	881,40	0,00	97,44	1 434,24	0,00	0,00	3 051,50
Opolski	131,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	131,75
Podkarpacki	0,00	0,00	0,00	31,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	103,45	134,45
Podlaski	45,00	0,00	0,00	527,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	572,83
Pomorski	330,34	106,80	0,00	0,00	0,00	49,44	105,64	1 458,43	8 911,23	0,00	10 961,88
Śląski	807,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1 718,21	0,00	0,00	2 525,27
Świętokrzyski	684,00	0,00	0,00	66,96	0,00	0,00	0,00	248,75	7 956,00	28,95	8 984,66
Warmińsko-Mazurski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,90	0,00	0,00	75,90
Wielkopolski	596,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	71,28	33,99	0,00	0,00	702,00
Zachodniopomorski	1 409,22	0,00	1 7042,40	540,00	0,00	0,00	0,00	350,00	2 496,00	103,07	21 940,69
Suma końcowa	8 336,35	106,80	1 8082,40	1 165,79	881,40	304,59	893,42	12 739,11	24 871,53	268,95	67 650,34

W I-III kwartale 2017 r. najwyższą kwotę odzyskano w Pomorskim OW NFZ na podstawie zgłoszenia świadczeniobiorcy o nieudzieleniu świadczenia, które widniało na koncie ZIP. Świadczeniodawca potwierdził błąd w sprawozdawczości dotyczący nr PESEL pacjenta i skorygował przedmiotowe świadczenia dotyczące hospitalizacji na kwotę 8 911,23 zł (świadczenia nie zostały przyporządkowane pacjentowi o innym numerze PESEL).

II.5.3. KWOTA NAŁOŻONYCH KAR UMOWNYCH W PODZIALE NA OW NFZ

W analizowanym okresie dyrektorzy OW NFZ nałożyli kary umowne w łącznej kwocie **15 503,98 zł**, z czego:

- Zachodniopomorski – **6 744,28 zł**,

- Wielkopolski – **5 045,15 zł**,
- Małopolski – **2 049,31 zł**,
- Świętokrzyski – **1 165,24 zł**,
- Śląski – **500,00 zł**.

II.6. LICZBA PRZEPROWADZONYCH KONTROLI W PODZIALE NA OW NFZ

W I-III kwartale 2017 r. przeprowadzono łącznie **3** kontrole w: Lubuskim, Pomorskim oraz Świętokrzyskim OW NFZ.

II.7. LICZBA ZAWIADOMIEŃ DO PROKURATURY W PODZIALE NA OW NFZ

W analizowanym okresie do Prokuratury zostało przekazanych 9 zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, na podstawie zgłoszenia 17 nieprawidłowości pacjentów w: Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim, Podkarpackim, Pomorskim oraz Świętokrzyskim OW NFZ.

II.8. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO

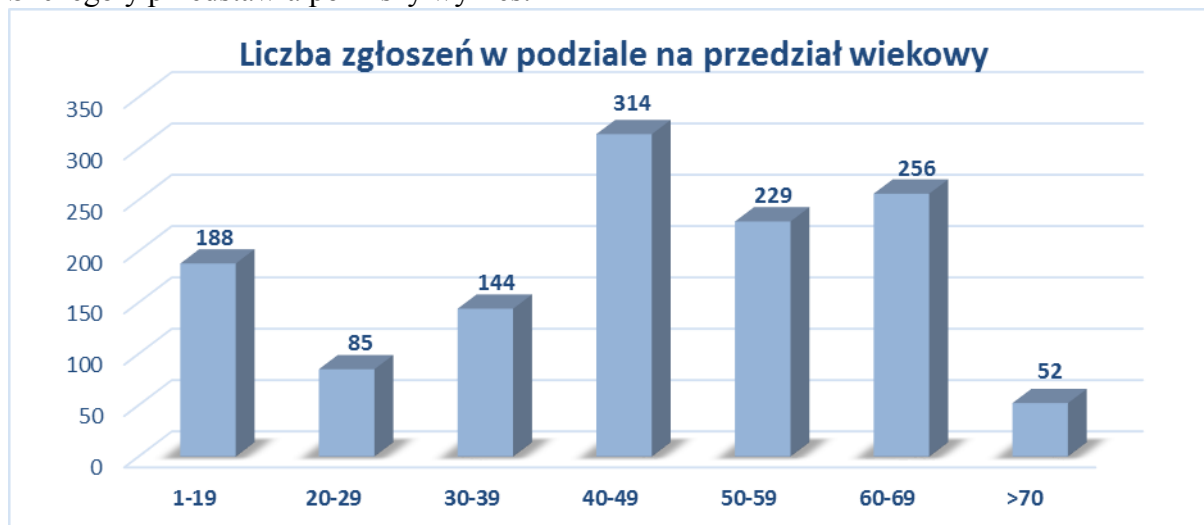
Z 936 spraw zakończonych z podaną datą wysłania odpowiedzi świadczeniobiorcy w analizowanym okresie wynika, że średni czas trwania postępowania (od daty wpływu do daty wysłania odpowiedzi do świadczeniobiorcy) wyniósł około 66 dni.

II.9. STRUKTURA WIEKOWA OSÓB, KTÓRE ZGŁOSIŁY NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Największa liczba zgłoszeń o nieprawidłowościach na podstawie danych w ZIP dotyczyła osób w przedziale wiekowym:

- **40-49 lat** – 314, tj. 24,76% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości z podanym numerem pesel,
- **60-69 lat** – 256, tj. 20,19%,
- **50-59 lat** – 229, tj. 18,06%,
- **1-19 lat** – 188, tj. 14,83%,
- **30-39 lat** – 144, tj. 11,36%,
- **20-29 lat** – 85, tj. 6,70%,
- **>70 lat** – 52, tj. 4,10%,
- 13 zgłoszeń (1,03%) nie zawierało podanego numeru PESEL (braki formalne w zgłoszeniach).

Szczegóły przedstawia poniższy wykres:



III. WNIOSKI I REKOMENDACJE

1. Wysoki odsetek spraw uznanych za zasadne po zakończonym postępowaniu wyjaśniającym (**43,14%**) niezmiennie potwierdza, że ZIP stanowi najlepsze źródło informacji o nieprawidłowościach dotyczących udzielonych świadczeń.

2. Największa liczba zgłoszeń dotyczących: leczenia stomatologicznego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, potwierdza, że obszary te wymagają intensyfikacji działań nadzorczo-kontrolnych NFZ.

Z uwagi na fakt, iż Zintegrowany Informator Pacjenta pozwala na weryfikację przez świadczeniobiorców zakresu udzielonych przez świadczeniodawców usług, Departament Kontroli rekomenduje dalszy rozwój aplikacji ZIP.