



DEPARTAMENT KONTROLI

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

WARSZAWA, LUTY 2018 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	9
II.4.1. LICZBA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE W PODZIALE NA OW NFZ.....	9
II.4.2. STRUKTURA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE WG RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ	10
II.4.3. STRUKTURA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE W PODZIALE NA RODZAJ NIEPRAWIDŁOWOŚCI	11
II.5. FINANSOWY WYMIAR I SKUTKI ZGŁOSZEŃ	11
II.5.1. WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ/REFUNDACJI WYNIKAJĄCA ZE ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA OW NFZ	11
II.5.2. KWOTA ŚRODKÓW ODZYSKANYCH W PODZIALE NA RODZAJE ŚWIADCZEŃ I OW NFZ.....	12
II.5.3. KWOTA NAŁOŻONYCH KAR UMOWNYCH W PODZIALE NA OW NFZ	13
II.6. LICZBA PRZEPROWADZONYCH KONTROLI W PODZIALE NA OW NFZ.....	14
II.7. LICZBA ZAWIADOMIEŃ DO PROKURATURY W PODZIALE NA OW NFZ	14
II.8. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO	14
II.9. STRUKTURA WIEKOWA OSÓB, KTÓRE ZGŁOSIŁY NIEPRAWIDŁOWOŚCI	14
III. WNIOSKI I REKOMENDACJE.....	15

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 31 grudnia 2017 r. wynika, że:

- wpłynęło łącznie **1 676** zgłoszeń o nieprawidłowościach¹;
- z **1 676** zgłoszeń zakończono **1 311** postępowań wyjaśniających, w toku wyjaśniania było **346** postępowań, **10** zgłoszeń przekazano do właściwego OW NFZ, **4** zgłoszenia zostały zawieszono², **5** pozostawiono bez rozpatrzenia³;
- z **1 311** zakończonych postępowań **652** zgłoszenia uznano za zasadne, co stanowi **49,73%** zakończonych spraw;
- ogólna wartość świadczeń/refundacji, wynikająca ze wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP, wyniosła **76 213 305,07 zł**, nie uwzględniając świadczeń, których wycena wprost nie jest możliwa ze względu na sposób rozliczeń, tj. ryczałt/kapitacja;
- odzyskano kwotę **72 417,41 zł** za nienależnie wypłacone środki oraz nałożono kary umowne w kwocie **19 049,61 zł**;
- przeprowadzono **5 kontroli** w: Lubuskim, Łódzkim, Pomorskim, Świętokrzyskim oraz Wielkopolskim OW NFZ;
- do Prokuratury przekazano **26 zawiadomień** o podejrzeniu popełnienia przestępstwa;
- największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła świadczeń, których udzielenia pacjenci nie potwierdzili – **1 351** zgłoszonych nieprawidłowości;
- 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 stycznia 2018 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).

Ponadto w ogólnej liczbie zgłoszonych nieprawidłowości nie uwzględniono 40 zgłoszonych nieprawidłowości, które zostały przekazane do innego OW NFZ i wliczone jako dalsze procedowanie sprawy we właściwym OW NFZ.

² W związku z prowadzonym dochodzeniem przez Policję.

³ Z uwagi na niezuzupełnienie braków formalnych przez świadczeniobiorcę.

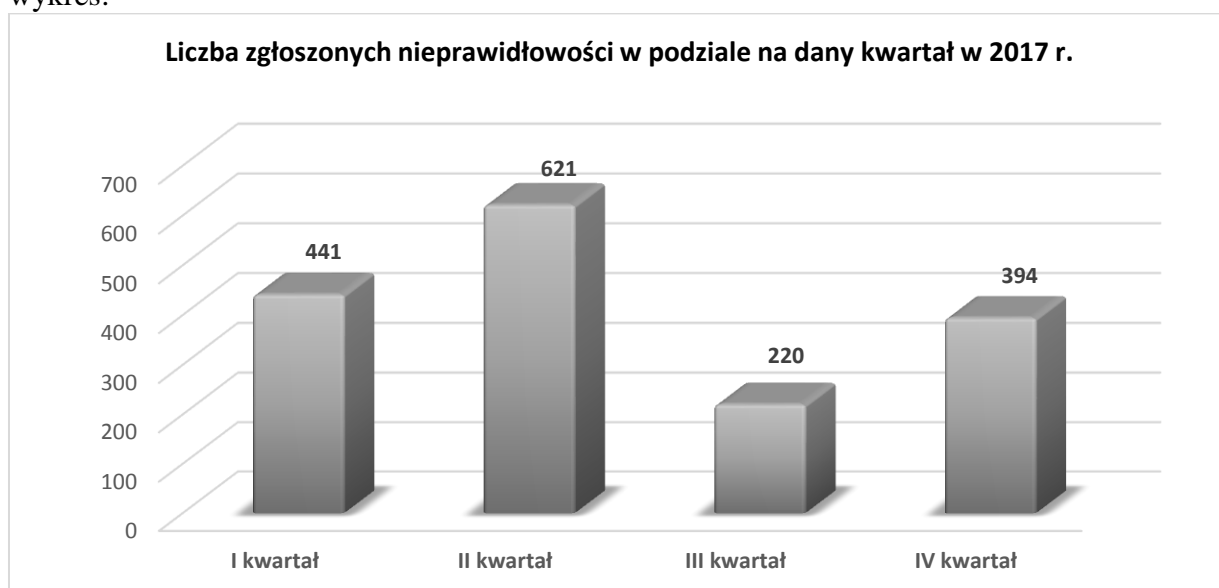
II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE

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

W 2017 roku do OW NFZ wpłynęło 1 676 zgłoszeń, z czego:

- w I kwartale – 441, tj. 26,31% zgłoszonych nieprawidłowości,
- w II kwartale – 621, tj. 37,05%,
- w III kwartale – 220, tj. 13,13%,
- w IV kwartale – 394, tj. 23,51%.

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



Najwięcej zgłoszeń wpłynęło w: Mazowieckim (36,04%), Zachodniopomorskim (11,04%) i Dolnośląskim (9,90%) OW NFZ. Najmniej zgłoszonych nieprawidłowości zarejestrowano w: Opolskim (0,54%), Podlaskim (0,60%) i Warmińsko-Mazurskim (0,66%) OW NFZ.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

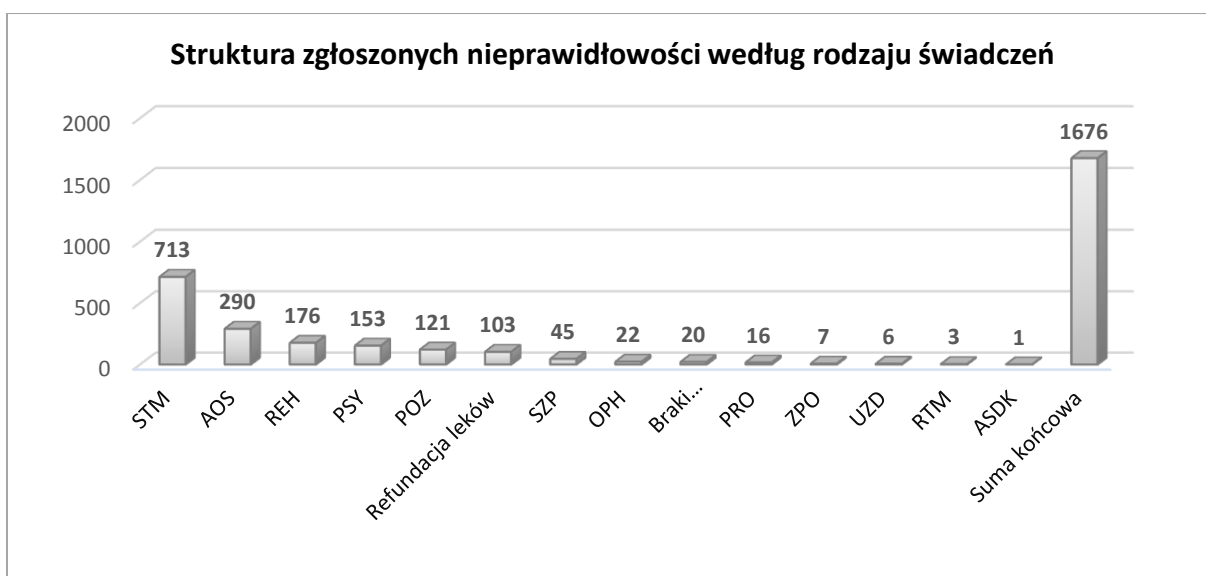
Liczba zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP:					
OW NFZ	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Suma końcowa
Dolnośląski	109	15	20	22	166
Kujawsko-Pomorski	34	6	5	1	46
Lubelski	4	6	1	5	16
Lubuski	6	6	2	0	14
Łódzki	18	20	14	54	106
Małopolski	18	8	7	6	39
Mazowiecki	72	314	83	135	604
Opolski	4	2	2	1	9
Podkarpacki	14	23	4	46	87
Podlaski	4	5	0	1	10
Pomorski	22	28	18	6	74
Śląski	44	18	15	36	113
Świętokrzyski	13	6	7	7	33
Warmińsko-Mazurski	5	2	2	2	11
Wielkopolski	52	22	35	54	163
Zachodniopomorski	22	140	5	18	185
Suma końcowa	441	621	220	394	1 676

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

Największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła:

- leczenia stomatologicznego – 713, tj. 42,54% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 290, tj. 17,30%,
- rehabilitacji leczniczej – 176, tj. 10,50%,
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – 153, tj. 9,13%.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższe wykres i tabela:



Liczba zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP:					
Rodzaj świadczeń	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Suma końcowa
STM	156	334	100	123	713
AOS	94	56	53	87	290
REH	63	28	7	78	176
PSY	9	100	6	38	153
POZ	43	25	17	36	121
Refundacja leków	51	27	12	13	103
SZP	12	12	10	11	45
OPH	1	21	0	0	22
Braki formalne/wycofane	2	2	13	3	20
PRO	4	12	0	0	16
ZPO	2	2	0	3	7
UZD	4	0	1	1	6
RTM	0	1	1	1	3
ASDK	0	1	0	0	1
Suma końcowa	441	621	220	394	1676

Z 713 zgłoszeń dotyczących **leczenia stomatologicznego** najwięcej dotyczyło świadczeń ogólnostomatologicznych (659).

Z 290 zgłoszeń dotyczących **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** najwięcej dotyczyło logopedii (67).

Z 176 zgłoszeń dotyczących **rehabilitacji leczniczej** najwięcej dotyczyło fizjoterapii ambulatoryjnej (70).

Z 153 zgłoszeń dotyczących **opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień** najwięcej dotyczyło świadczeń dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju (98).

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

rodzaj świadczeń/zakres świadczeń	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Suma końcowa
STM	156	334	100	123	713
Świadczenia ogólnostomatologiczne	148	326	70	115	659
Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż.	4	0	30	2	36
Świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii	1	1	0	4	6
Świadczenia w zakresie protetyki stomatologicznej	2	2	0	1	5
Świadczenia ortodoncji	0	5	0	0	5
Świadczenia endodoncji	1	0	0	0	1
Świadczenia stomatologii zachowawczej	0	0	0	1	1
AOS	94	56	53	87	290
Świadczenia w zakresie logopedii	0	0	19	48	67
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	37	10	9	6	62
Świadczenia w zakresie okulistyki	13	10	3	3	29
Świadczenia w zakresie otolaryngologii	8	3	2	6	19
Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej	5	7	4	1	17
Świadczenia w zakresie neurologii	5	2	0	7	14
Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	0	5	2	3	10
Świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii	3	0	3	1	7
Świadczenia w zakresie urologii	2	0	3	2	7
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej	1	0	0	4	5
Świadczenia w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej	3	1	0	1	5

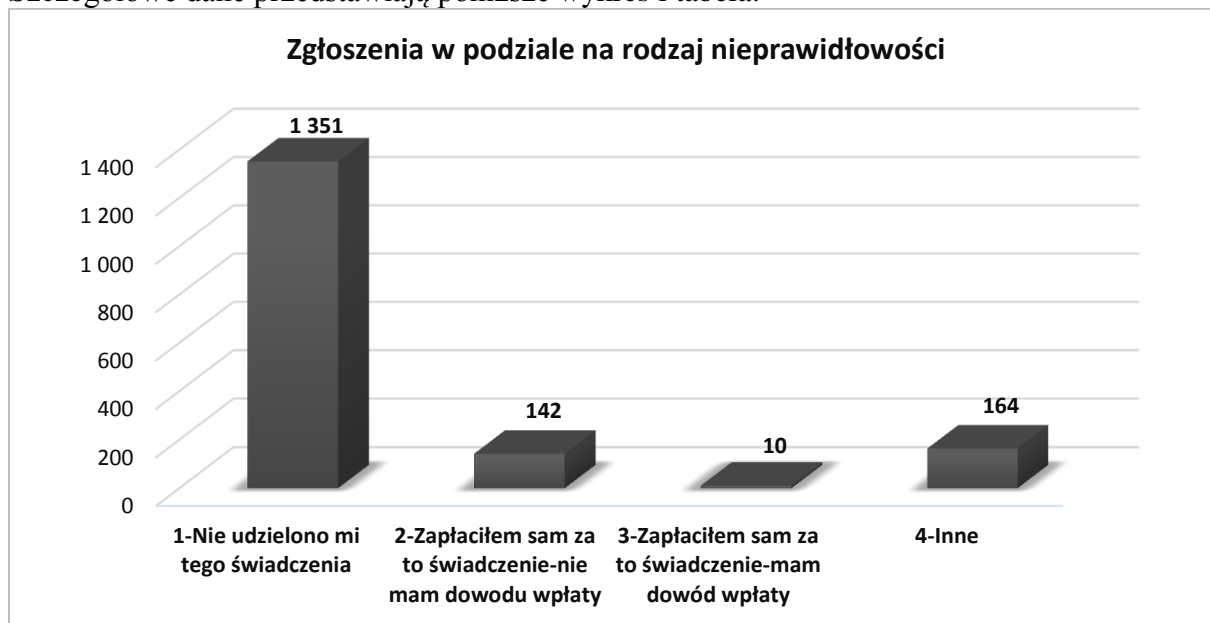
Świadczenia w zakresie alergologii	3	1	0	1	5
Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń	2	1	2	0	5
Świadczenia w zakresie gastroenterologii	0	5	0	0	5
Świadczenia w zakresie dermatologii	3	1	0	0	4
Świadczenia w zakresie onkologii	0	3	0	0	3
Świadczenia w zakresie poradni metabolicznej	0	0	0	3	3
Świadczenia w zakresie kardiologii	1	1	1	0	3
Świadczenia w zakresie reumatologii	1	0	1	0	2
Badania tomografii komputerowej	1	1	0	0	2
brak danych	0	0	2	0	2
chirurgia naczyniowa	0	1	0	0	1
Poradnia Kardiochirurgiczna	0	1	0	0	1
Świadczenia w zakresie preluksacji	1	0	0	0	1
Świadczenia w zakresie leczenia bólu	0	0	1	0	1
ASDK	1	0	0	0	1
SOR	0	1	0	0	1
Scyntygrafia	0	1	0	0	1
Badania ultrasonograficzne - doppler duplex	0	0	1	0	1
Świadczenia w zakresie endokrynologii	1	0	0	0	1
Badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia	1	0	0	0	1
Badania rezonansu magnetycznego (mr)	1	0	0	0	1
Świadczenia w zakresie leczenia jaskry	1	0	0	0	1
Świadczenia w zakresie leczenia zęza	0	0	0	1	1
Świadczenia w zakresie okulistyki; laryngologii; dermatologii; neurologii	0	1	0	0	1
REH	63	28	7	78	176
Fizjoterapia ambulatoryjna	36	27	6	1	70
Rehabilitacja lecznicza	27	1	0	40	68
Rehabilitacji wzroku od rozpoczęcia 8 r.ż. do ukończenia 19 r.ż.	0	0	0	37	37
Rehabilitacja kardiologiczna	0	0	1	0	1
PSY	9	100	6	38	153
Świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju	0	98	0	0	98
Świadczenia w zakresie psychiatrii	6	1	4	38	49
Świadczenia w zakresie uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu	1	1	0	0	2
Świadczenie seksuologiczne i patologii współżycia	1	0	0	0	1
Świadczenia w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych	1	0	0	0	1
Brak danych	0	0	1	0	1
Świadczenia w zakresie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych	0	0	1	0	1
POZ	43	25	17	36	121
Refundacja leków	51	27	12	13	103
SZP	12	12	10	11	45
OPH	1	21	0	0	22
Braki formalne/wycofane	2	2	13	3	20
PRO	4	12	0	0	16
ZPO	2	2	0	3	7
UZD	4	0	1	1	6
RTM	0	1	1	1	3
ASDK	0	1	0	0	1
Suma końcowa	441	621	220	394	1 676

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

Z 1 676 wszystkich zgłoszeń najwięcej dotyczyło:

- świadczeń, które nie miały miejsca – 1 351 zgłoszeń,
- świadczeń, za które pacjent zapłacił, a które zostały wykazane do finansowania przez NFZ – 152 zgłoszenia.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższe wykres i tabela:



Powód zgłoszenia nieprawidłowości	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Suma końcowa
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	318	517	189	327	1351
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	47	66	2	27	142
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	5	3	2	0	10
4-Inne	71	33	23	37	164
Brak danych/zgłoszenia wycofane, nieuzupełnione	0	2	4	3	9
Suma końcowa	441	621	220	394	1676

II.4. ZGŁOSZENIA ZASADNE

Z 1 676 wszystkich zgłoszeń w analizowanym okresie zakończono 1 311 spraw, z których za zasadne uznano 652 zgłoszenia, tj. 49,73% spraw zakończonych.

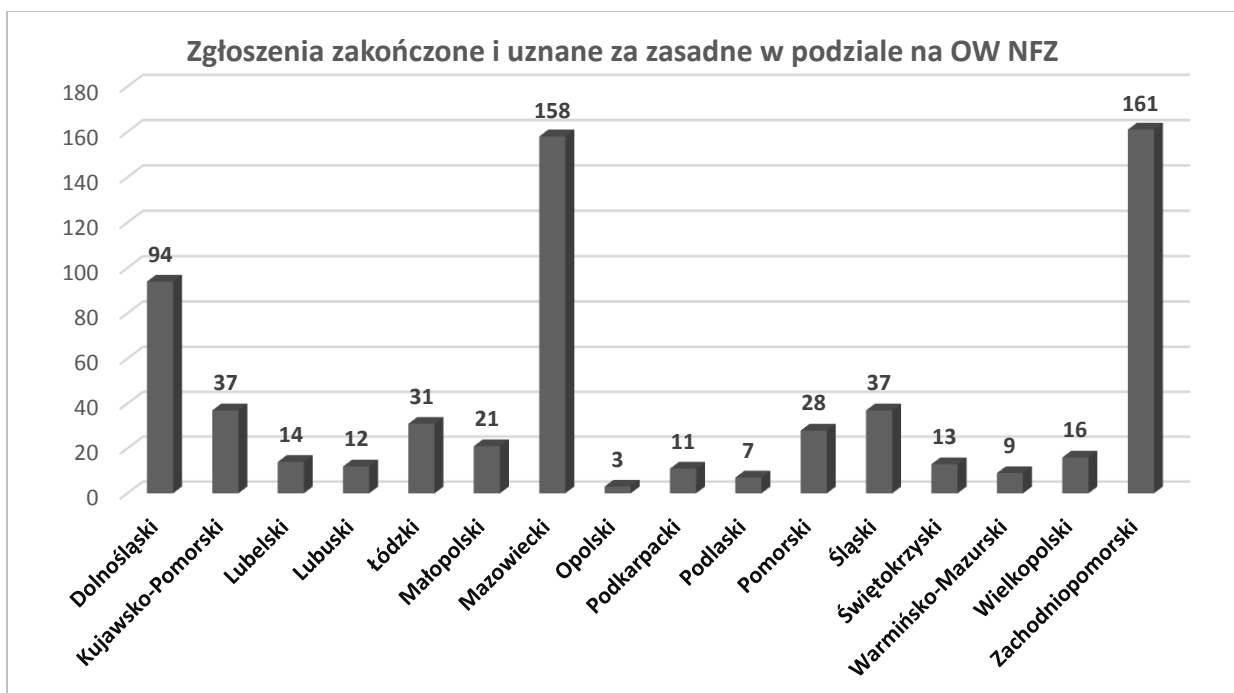
II.4.1. LICZBA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE W PODZIALE NA OW NFZ

Najwięcej zgłoszeń zbadał i uznał za zasadne:

- Zachodniopomorski OW NFZ – 161, tj. 24,69% zgłoszeń zasadnych i zakończonych,
- Mazowiecki OW NFZ – 158, tj. 24,23%,
- Dolnośląski OW NFZ – 94, tj. 14,42%.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższa tabela i wykres:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne						
OW NFZ	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Suma końcowa	% liczba zgłoszeń zasadnych
Dolnośląski	68	9	16	1	94	14,42%
Kujawsko-Pomorski	29	4	4	0	37	5,67%
Lubelski	4	5	0	5	14	2,15%
Lubuski	6	5	1	0	12	1,84%
Łódzki	10	16	5	0	31	4,75%
Małopolski	11	5	4	1	21	3,22%
Mazowiecki	9	66	6	77	158	24,23%
Opolski	0	2	1	0	3	0,46%
Podkarpacki	3	7	1	0	11	1,69%
Podlaski	3	4	0	0	7	1,07%
Pomorski	11	11	5	1	28	4,29%
Śląski	21	8	4	4	37	5,67%
Świętokrzyski	10	1	1	1	13	1,99%
Warmińsko-Mazurski	5	2	0	2	9	1,38%
Wielkopolski	10	6	0	0	16	2,45%
Zachodniopomorski	20	133	5	3	161	24,69%
Suma końcowa	220	284	53	95	652	100,00%



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

Z 652 zgłoszeń, które zostały zbadane i uznane za zasadne najwięcej dotyczyło:

- leczenia stomatologicznego – 192, tj. 29,45% zgłoszeń zakończonych uznanych za zasadne,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 107, tj. 16,41%,
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – 107, tj. 16,41%,
- rehabilitacji leczniczej – 82, tj. 12,58%.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne						
Rodzaj świadczeń	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Suma końcowa	% liczba zgłoszeń zasadnych
STM	67	65	22	38	192	29,45%
AOS	59	30	13	5	107	16,41%
PSY	6	99	2	0	107	16,41%
REH	13	24	4	41	82	12,58%
Refundacja leków	24	26	6	7	63	9,66%
POZ	34	10	3	0	47	7,21%
OPH	1	21	0	0	22	3,37%
SZP	10	7	2	3	22	3,37%
PRO	4	0	0	0	4	0,61%
Brak/inne/wycofane	1	0	1	1	3	0,46%
ZPO	1	0	0	0	1	0,15%
ASDK	0	1	0	0	1	0,15%
RTM	0	1	0	0	1	0,15%
Suma końcowa	220	284	53	95	652	100,00%

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

Z 652 zgłoszonych nieprawidłowości uznanych za zasadne, większość dotyczyła świadczeń, które faktycznie nie miały miejsca – 525, tj. 80,52% spraw zakończonych i uznanych za zasadne.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Powód zgłoszenia nieprawidłowości	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Suma końcowa
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	184	210	43	88	525
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	12	50	0	1	63
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	1	3	1	0	5
4-Inne	23	21	8	6	58
Brak danych	0	0	1	0	1
Suma końcowa	220	284	53	95	652

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 1 676 zgłoszeń wyniosła w analizowanym okresie **76 213 305,07 zł**, nie uwzględniając świadczeń rozliczanych ryczałtowo.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Wartość świadczeń/ refundacji wynikająca ze zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP					
OW NFZ	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Suma końcowa
Dolnośląski	9 225,11	3 711,30	13 363,17	1 216,65	27 516,23
Kujawsko-Pomorski	5 930,57	641,39	329,08	141,90	7 042,94
Lubelski	363,73	2 634,29	5,00	672,78	3 675,80
Lubuski	2 823,55	703,64	1 775,37	0,00	5 302,56
Łódzki	4 031,32	19 411,40	4 929,01	1 943,33	30 315,06
Małopolski	1 111,46	1 025,36	4 036,45	115,36	6 288,63
Mazowiecki	5 094,01	5 531,95	3 144,82	75 998 345,49	*76 012 116,27
Opolski	298,48	961,39	38,26	0,00	1 298,13
Podkarpacki	2 281,44	1 201,49	167,37	1 099,08	4 749,38
Podlaski	279,00	227,90	0,00	103,96	610,86
Pomorski	6 728,07	10 461,29	1 709,17	2 882,36	21 780,89
Śląski	8 577,47	2 240,34	4 774,72	3 546,54	19 139,07
Świętokrzyski	9 794,39	1 506,59	5 185,87	813,31	17 300,16
Warmińsko-Mazurski	326,72	699,96	4 200,00	2 255,00	7 481,68
Wielkopolski	4 973,44	4 824,58	2 742,93	4 027,59	16 568,54
Zachodniopomorski	1 679,06	27 455,79	325,14	2 658,88	32 118,87
Suma końcowa	63 517,82	83 238,66	46 726,36	76 019 822,23	76 213 305,07

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

W 2017 r. ze wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości na podstawie danych w ZIP odzyskano łącznie kwotę **72 417,41 zł**, z czego największą za świadczenia w rodzaju:

- leczenie stomatologiczne – **18 231,07 zł**, tj. **25,17%** wszystkich odzyskanych środków,
- opieka paliatywna i hospicyjna – **18 082,40 zł**, tj. **24,97%**,
- leczenie szpitalne – **17 064,30 zł**, tj. **23,56%**.

Największe kwoty odzyskał:

- Zachodniopomorski OW NFZ – **28 619,44 zł**, tj. **39,52%** wszystkich odzyskanych środków;
- Świętokrzyski OW NFZ – **9 660,31 zł**, tj. **13,34%**;
- Dolnośląski OW NFZ – **9 579,17 zł**, tj. **13,23%**.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższe tabele:

* Z wartości całkowitej zgłoszeń, 75 991 344,00 zł dotyczyło jednej zgłoszonej nieprawidłowości, w której świadczeniobiorca zakwestionował nieprawidłowo sprawozdaną kwotę wykazanego świadczenia. Usługa nie została sfinansowana przez NFZ. Przeprowadzono postępowanie wyjaśniające na skutek, którego świadczeniodawca usunął nieprawidłowość, a następnie sprawozdał świadczenie specjalistyczne 1-go typu rozliczone na kwotę 0,00 zł (ryczałt/kapitacja) w ramach umowy w rodzaju leczenia szpitalnego (zgłoszenie dotyczyło świadczenia specjalistycznego 1-go typu w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej).

Kwota środków odzyskanych					
OW NFZ	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Suma końcowa
Dolnośląski	5 452,84	2 688,68	1 437,65	0,00	9 579,17
Kujawsko-Pomorski	2 224,98	254,75	92,40	0,00	2 572,13
Lubelski	86,00	2 318,47	0,00	10,20	2 414,67
Lubuski	108,00	323,48	0,00	0,00	431,48
Łódzki	1 295,04	1 787,70	499,52	0,00	3 582,26
Małopolski	1 812,20	166,40	2 643,87	0,00	4 622,47
Mazowiecki	570,08	2 235,40	743,44	470,92	4 019,84
Opolski	0,00	131,75	0,00	0,00	131,75
Podkarpacki	31,00	103,45	54,18	152,00	340,63
Podlaski	120,16	452,67	0,00	0,00	572,83
Pomorski	170,30	515,80	542,18	0,00	1 228,28
Śląski	1 270,46	1 254,81	155,25	815,60	3 496,12
Świętokrzyski	8 884,35	49,40	726,56	0,00	9 660,31
Warmińsko-Mazurski	75,90	0,00	0,00	0,00	75,90
Wielkopolski	430,59	484,52	64,40	90,62	1 070,13
Zachodniopomorski	1 651,06	25 717,63	115,70	1 135,05	28 619,44
Suma końcowa	24 182,96	38 484,91	7 075,15	2 674,39	72 417,41

Kwota środków odzyskanych w podziale na rodzaj świadczeń											
OW NFZ	STM	OPH	SZP	AOS	PSY	REH	POZ	Refundacja leków	PRO	ASDK	Suma końcowa
Dolnośląski	4512,36	0,00	3366,00	1566,85	0,00	133,96	0,00	0,00	0,00	0,00	9579,17
Kujawsko-Pomorski	301,40	1040,00	0,00	858,58	147,15	225,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2572,13
Lubelski	178,92	0,00	1820,00	415,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2414,67
Lubuski	0,00	0,00	0,00	62,30	108,00	227,70	0,00	33,48	0,00	0,00	431,48
Łódzki	2374,76	0,00	322,30	852,80	0,00	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	3582,26
Małopolski	4354,52	0,00	0,00	267,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4622,47
Mazowiecki	2214,76	0,00	0,00	1100,94	0,00	399,04	0,00	0,00	305,10	0,00	4019,84
Opolski	0,00	0,00	0,00	131,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	131,75
Podkarpacki	0,00	0,00	0,00	152,00	54,18	0,00	31,00	103,45	0,00	0,00	340,63
Podlaski	0,00	0,00	0,00	45,00	0,00	0,00	527,83	0,00	0,00	0,00	572,83
Pomorski	382,26	0,00	0,00	633,58	0,00	105,64	0,00	0,00	0,00	106,80	1228,28
Śląski	2337,74	0,00	0,00	919,51	0,00	84,00	0,00	154,87	0,00	0,00	3496,12
Świętokrzyski	953,35	0,00	7956,00	684,00	0,00	0,00	66,96	0,00	0,00	0,00	9660,31
Warmińsko-Mazurski	75,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,90
Wielkopolski	247,10	0,00	0,00	751,75	0,00	71,28	0,00	0,00	0,00	0,00	1070,13
Zachodniopomorski	298,00	17042,40	3600,00	1527,97	5508,00	0,00	540,00	103,07	0,00	0,00	28619,44
Suma końcowa	18231,07	18082,40	17064,30	9970,73	5817,33	1279,02	1165,79	394,87	305,10	106,80	72417,41

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

W analizowanym okresie dyrektorzy OW NFZ nałożyli kary umowne w łącznej kwocie **19 049,61 zł**, z czego:

- Zachodniopomorski – **8 720,52 zł**,
- Wielkopolski – **5 522,38 zł**,
- Małopolski – **2 141,47 zł**,
- Śląski – **1 500,00 zł**,
- Świętokrzyski – **1 165,24 zł**.

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

W 2017 r. przeprowadzono łącznie 5 kontroli w: Lubuskim, Łódzkim, Pomorskim, Świętokrzyskim oraz Wielkopolskim OW NFZ. W Mazowieckim OW NFZ jedna kontrola jest w trakcie przygotowywania.

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

W analizowanym okresie do Prokuratury zostało przekazanych 26 zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, na podstawie zgłoszenia 41 nieprawidłowości pacjentów w: Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim, Podkarpackim, Pomorskim, Śląskim Świętokrzyskim oraz Wielkopolskim OW NFZ.

II.8. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO

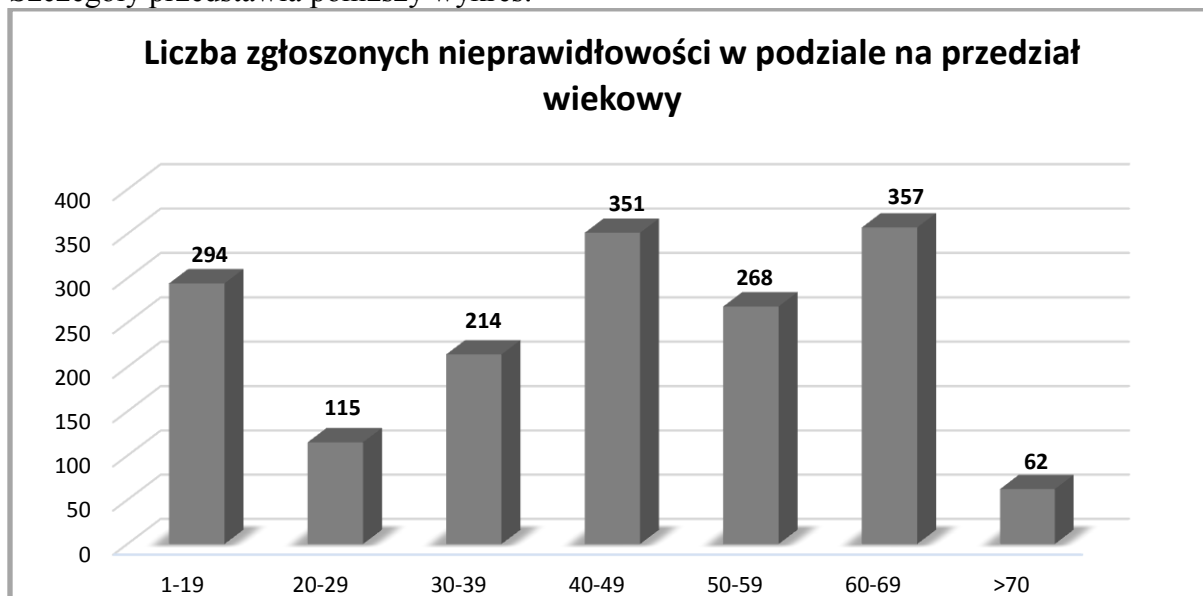
Z 1 312 spraw zakończonych z podaną datą wysłania odpowiedzi świadczeniobiorcy w analizowanym okresie wynika, że średni czas trwania postępowania (od daty wpływu do daty wysłania odpowiedzi do świadczeniobiorcy) wyniósł około 74 dni.

II.9. STRUKTURA WIEKOWA OSÓB, KTÓRE ZGŁOSIŁY NIEPRAWIDŁOWOŚCI

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

- **60-69 lat** – 357, tj. 21,30% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości z podanym numerem pesel,
- **40-49 lat** – 351, tj. 20,94%,
- **1-19 lat** – 294, tj. 17,54%,
- 50-59 lat – 268, tj. 15,99%,
- 30-39 lat – 214, tj. 12,77%,
- 20-29 lat – 115, tj. 6,86%,
- >70 lat – 62, tj. 3,70%,
- 15 zgłoszeń (0,89%) nie zawierało podanego numeru PESEL (braki formalne w zgłoszeniach i brak możliwości ustalenia numeru).

Szczegóły przedstawia poniższy wykres:



III. WNIOSKI I REKOMENDACJE

1. Wysoki odsetek spraw uznanych za zasadne po zakończonym postępowaniu wyjaśniającym (**49,58%**) 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.