



DEPARTAMENT KONTROLI

**SPRAWOZDANIE  
Z NIEPRAWIDŁOWOŚCI ZGŁOSZONYCH  
PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCÓW  
NA PODSTAWIE DANYCH  
W ZINTEGROWANYM INFORMATORZE  
PACJENTA  
w I KWARTALE 2018 r.**

**WARSZAWA, CZERWIEC 2018 R.**

## Spis treści

I WPROWADZENIE.....	3
II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE .....	5
II.1. LICZBA ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA OW NFZ.....	5
II.2. STRUKTURA WSZYSTKICH ZGŁOSZEŃ WG RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ .....	6
II.3. STRUKTURA WSZYSTKICH ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA RODZAJ NIEPRAWIDŁOWOŚCI .....	7
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 .....	12
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 I kwartał 2018 r. wynika, że:

- wpłynęło łącznie **299** zgłoszeń o nieprawidłowościach<sup>1</sup>;
- z **299** zgłoszeń zakończono **158** postępowań wyjaśniających, zaś w toku wyjaśniania pozostało **141** postępowań;
- z **158** zakończonych postępowań **94** zgłoszenia uznano za zasadne, co stanowi **59,49%** zakończonych spraw;
- ogólna wartość świadczeń/refundacji, wynikająca ze wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP, wyniosła **254 079,58 zł**, nie uwzględniając świadczeń, których wycena wprost nie jest możliwa ze względu na sposób rozliczeń, tj. ryczałt/kapitacja;
- odzyskano kwotę **3 417,81 zł** za nienależnie wypłacone środki oraz nałożono kary umowne w kwocie **1 000,00 zł**;
- nie przeprowadzono żadnej **kontroli**;
- do Prokuratury przekazano **1 zawiadomienie** o podejrzeniu popełnienia przestępstwa;
- największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła świadczeń, których udzielenia pacjenci nie potwierdzili – **227** zgłoszonych nieprawidłowości;
- najwięcej zgłoszeń dotyczyło nieprawidłowości w następujących rodzajach świadczeń: leczenie stomatologiczne, podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz rehabilitacja lecznicza.

---

<sup>1</sup> Stan na dzień przekazania zestawień przez OW NFZ, tj. 10 kwietnia 2018 r., przydział do danego kwartału nastąpił na podstawie daty wpływu zgłoszenia; liczba zawiera jedną zdublowaną nieprawidłowość z uwagi na wystanie przez świadczeniobiorcę zgłoszeń do dwóch oddziałów (nie nastąpiło przekazanie pomiędzy oddziałami); 15 zgłoszonych nieprawidłowości zostało usuniętych z uwagi na przekazanie z oddziału do właściwego oddziału (usunięte z oddziału przekazującego z powodu dublowania tych samych zgłoszeń).

## II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE

### II.1. LICZBA ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA OW NFZ

W I kwartale 2018 roku do OW NFZ wpłynęło 299 zgłoszeń o nieprawidłowościach.

Dane liczbowe zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na OW NFZ przedstawia poniższy wykres:



Najwięcej zgłoszeń wpłynęło w: Mazowieckim (30,77%), Dolnośląskim (20,07%) i Śląskim (14,72%) OW NFZ. Najmniej zgłoszonych nieprawidłowości zarejestrowano w: Podlaskim (0,33%), Opolskim (0,67%) oraz Podkarpackim i Świętokrzyskim (po 1,00%) OW NFZ.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

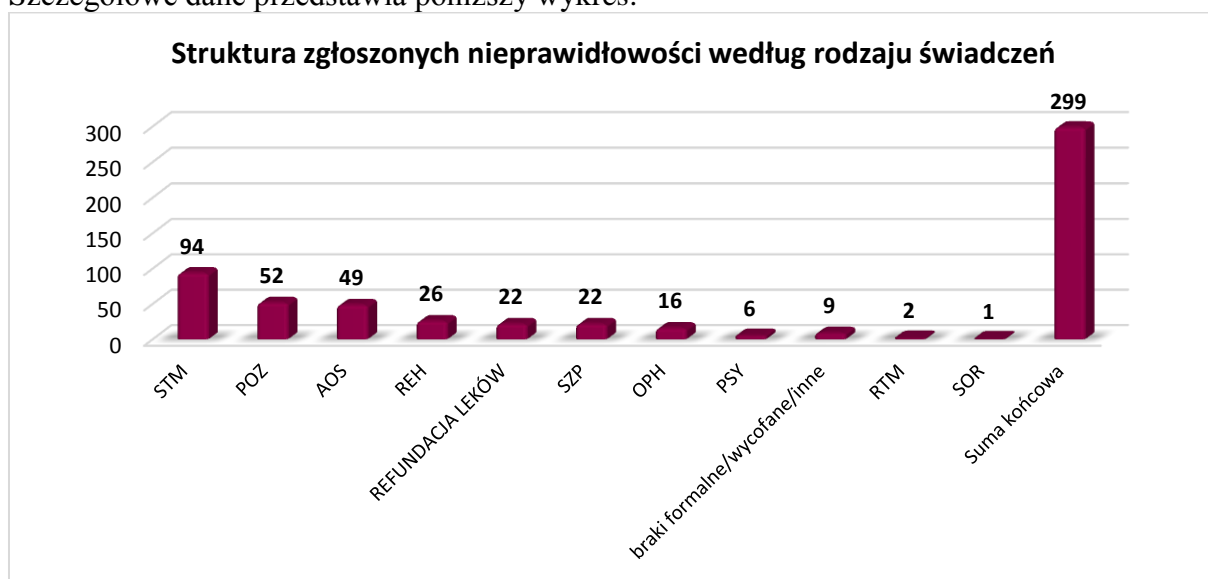
OW NFZ	Liczba zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP	Wartość % zgłoszonych nieprawidłowości
Dolnośląski	60	20,07%
Kujawsko-Pomorski	4	1,34%
Lubelski	5	1,67%
Lubuski	4	1,34%
Łódzki	12	4,01%
Małopolski	11	3,68%
Mazowiecki	92	30,77%
Opolski	2	0,67%
Podkarpacki	3	1,00%
Podlaski	1	0,33%
Pomorski	5	1,67%
Śląski	44	14,72%
Świętokrzyski	3	1,00%
Warmińsko-Mazurski	15	5,02%
Wielkopolski	27	9,03%
Zachodniopomorski	11	3,68%
<b>Suma końcowa</b>	<b>299</b>	<b>100,00%</b>

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

Największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła:

- leczenia stomatologicznego – 94, tj. 31,44% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- podstawowej opieki zdrowotnej – 52, tj. 17,39%,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 49, tj. 16,39%,
- rehabilitacji leczniczej – 26, tj. 8,70%.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres:



Z 94 zgłoszeń dotyczących **leczenia stomatologicznego** najczęściej dotyczyło świadczeń ogólnostomatologicznych (64).

Z 52 zgłoszeń dotyczących **podstawowej opieki zdrowotnej** najczęściej dotyczyło świadczeń w zakresie położnej POZ (36).

Z 49 zgłoszeń dotyczących **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** najczęściej dotyczyło świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii (9).

Z 26 zgłoszeń dotyczących **rehabilitacji leczniczej** najczęściej dotyczyło fizjoterapii ambulatoryjnej (22).

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

rodzaj świadczeń/zakres świadczeń	liczba zgłoszonych nieprawidłowości	% udział liczby zgłoszeń w danym rodzaju/zakresie świadczeń
<b>STM</b>	<b>94</b>	<b>31,44%</b>
Świadczenia ogólnostomatologiczne	64	21,40%
Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż.	25	8,36%
Świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii	3	1,00%
Świadczenia w zakresie protetyki stomatologicznej	2	0,67%
<b>POZ</b>	<b>52</b>	<b>17,39%</b>

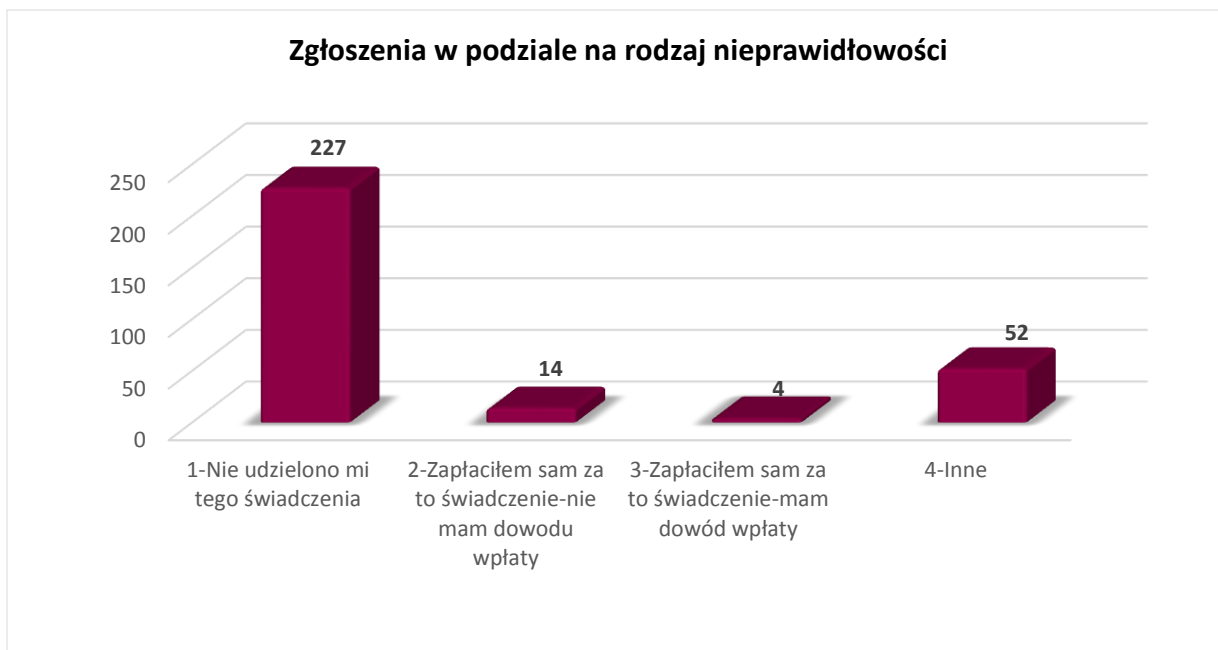
Świadczenia w zakresie położnej POZ	36	12,04%
Świadczenia w zakresie lekarza POZ	10	3,34%
Deklaracja POZ	3	1,00%
Świadczenia w zakresie poradni POZ	1	0,33%
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym	1	0,33%
Świadczenia w zakresie pielęgniarstwa POZ	1	0,33%
<b>AOS</b>	<b>49</b>	<b>16,39%</b>
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	9	3,01%
Świadczenia w zakresie kardiologii	7	2,34%
Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej	6	2,01%
Świadczenia w zakresie otolaryngologii	6	2,01%
Świadczenia w zakresie okulistyki	4	1,34%
Świadczenia w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej	3	1,00%
Świadczenia w zakresie onkologii	3	1,00%
Świadczenia w zakresie alergologii	2	0,67%
Świadczenia w zakresie endokrynologii	2	0,67%
Świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc	2	0,67%
Świadczenia w zakresie urologii	1	0,33%
Badania ultrasonograficzne - Doppler Duplex	1	0,33%
Świadczenia w zakresie gastroenterologii	1	0,33%
Badania tomografii komputerowej	1	0,33%
Świadczenia w zakresie nefrologii	1	0,33%
<b>REH</b>	<b>26</b>	<b>8,70%</b>
Fizjoterapia ambulatoryjna	22	7,36%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa	1	0,33%
Rehabilitacja kardiologiczna	1	0,33%
Rehabilitacja neurologiczna	1	0,33%
Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	1	0,33%
<b>LEKI</b>	<b>22</b>	<b>7,36%</b>
<b>SZP</b>	<b>22</b>	<b>7,36%</b>
<b>OPH</b>	<b>16</b>	<b>5,35%</b>
<b>Braki formalne/wycofane/inne</b>	<b>9</b>	<b>3,01%</b>
<b>PSY</b>	<b>6</b>	<b>2,01%</b>
<b>RTM</b>	<b>2</b>	<b>0,67%</b>
<b>SOR</b>	<b>1</b>	<b>0,33%</b>
<b>Suma końcowa</b>	<b>299</b>	<b>100,00%</b>

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

Z 299 wszystkich zgłoszeń najwięcej dotyczyło:

- świadczeń, które nie miały miejsca – 227 zgłoszeń,
- świadczeń, za które pacjent zapłacił, a które zostały wykazane do finansowania przez NFZ – 18 zgłoszeń.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres i tabela:



Powód zgłoszenia nieprawidłowości	Suma końcowa
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	227
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	14
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	4
4-Inne	52
Brak danych/zgłoszenia wycofane, nieuzupełnione	2
<b>Suma końcowa</b>	<b>299</b>

## II.4. ZGŁOSZENIA ZASADNE

Z 299 wszystkich zgłoszeń w analizowanym okresie zakończono 158 spraw, z których za zasadne uznano 94 zgłoszenia, tj. 59,49% spraw zakończonych.

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

Najwięcej zgłoszeń zbadał i uznał za zasadne:

- Mazowiecki OW NFZ – 35, tj. 37,23% zgłoszeń zasadnych i zakończonych,
- Warmińsko-Mazurski OW NFZ – 15, tj. 15,96%,
- Śląski OW NFZ – 14, tj. 14,89%.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższa tabela i wykres:



Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne		
OW NFZ	suma	% liczba zgłoszeń zasadnych
Dolnośląski	11	11,70%
Kujawsko-Pomorski	3	3,19%
Lubelski	3	3,19%
Łódzki	4	4,26%
Małopolski	5	5,32%
Mazowiecki	35	37,23%
Pomorski	1	1,06%
Śląski	14	14,89%
Warmińsko-Mazurski	15	15,96%
Zachodniopomorski	3	3,19%
<b>Suma końcowa</b>	<b>94</b>	<b>100,00%</b>



W I kwartale 2018 r. ze zgłoszonych nieprawidłowości, które zostały zakończone, zasadności nie wykazano w następujących OW NFZ:

- Lubuskim OW NFZ,
- Opolskim OW NFZ,
- Podkarpackim OW NFZ,
- Podlaskim OW NFZ,
- Świętokrzyskim OW NFZ,
- Wielkopolskim OW NFZ.

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

Z 94 zgłoszeń, które zostały zbadane i uznane za zasadne najwięcej dotyczyło:

- leczenia stomatologicznego – 46, tj. 48,94% zgłoszeń zakończonych uznanych za zasadne,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 12, tj. 12,77%,

- rehabilitacji leczniczej i podstawowej opieki zdrowotnej – po 10, tj. po 10,64%.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne		
OW NFZ	suma	% liczba zgłoszeń zasadnych
STM	46	48,94%
AOS	12	12,77%
REH	10	10,64%
POZ	10	10,64%
SZP	6	6,38%
LEKI	5	5,32%
PSY	2	2,13%
SOR	1	1,06%
RTM	1	1,06%
Brak danych w ZIP	1	1,06%
<b>Suma końcowa</b>	<b>94</b>	<b>100,00%</b>

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

Z 94 zgłoszonych nieprawidłowości uznanych za zasadne, większość dotyczyła świadczeń, które faktycznie nie miały miejsca – 78, tj. 82,98% spraw zakończonych i uznanych za zasadne.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne		
Powód zgłoszenia nieprawidłowości	suma	% liczba zgłoszeń zasadnych
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	78	82,98%
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie - nie mam dowodu wpłaty	4	4,26%
4-Inne	12	12,77%
<b>Suma końcowa</b>	<b>94</b>	<b>100,00%</b>

#### 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 299 zgłoszeń wyniosła w analizowanym okresie **254 079,58 zł**, nie uwzględniając świadczeń rozliczanych ryczałtowo.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	Wartość świadczeń/refundacji wynikająca ze zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP
Dolnośląski	5 196,49
Kujawsko-Pomorski	814,43
Lubelski	434,32
Lubuski	318,87
Łódzki	2 571,09
Małopolski	10 689,18
Mazowiecki	16 127,02
Opolski	0,00
Podkarpacki	211,75
Podlaski	17,88
Pomorski	791,19
Śląski	185 781,70
Świętokrzyski	305,45
Warmińsko-Mazurski	942,00
Wielkopolski	5 540,35
Zachodniopomorski	24 337,86
<b>Suma końcowa</b>	<b>254 079,58</b>

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

W I kwartale 2018 r. ze wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości na podstawie danych w ZIP odzyskano łącznie kwotę **3 417,81 zł**, z czego największą za świadczenia w rodzaju:

- leczenie szpitalne – **1 560,00 zł**, tj. **45,64%** wszystkich odzyskanych środków,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna – **884,53 zł**, tj. **25,88%**,
- leczenie stomatologiczne – **558,32 zł**, tj. **16,34%**.

Największe kwoty odzyskał:

- Śląski OW NFZ – **1 713,83 zł**, tj. **50,14%** wszystkich odzyskanych środków;
- Zachodniopomorski OW NFZ – **424,00 zł**, tj. **12,41%**;
- Małopolski OW NFZ – **287,85 zł**, tj. **8,42%**.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Kwota środków odzyskanych w podziale na rodzaj świadczeń								
OW NFZ	SZP	AOS	STM	POZ	PSY	REH	Suma końcowa	udział % środków odzyskanych w danym OW NFZ
Dolnośląski	0,00	0,00	51,00	217,00	0,00	0,00	268,00	7,84%
Kujawsko-Pomorski	0,00	106,03	0,00	0,00	0,00	0,00	106,03	3,10%
Lubelski	0,00	0,00	276,05	0,00	0,00	0,00	276,05	8,08%
Lubuski	0,00	92,07	0,00	0,00	0,00	0,00	92,07	2,69%
Łódzki	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Małopolski	0,00	287,85	0,00	0,00	0,00	0,00	287,85	8,42%
Mazowiecki	0,00	0,00	135,29	0,00	0,00	0,00	135,29	3,96%
Opolski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Podkarpacki	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Podlaski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Pomorski	0,00	30,69	0,00	0,00	0,00	84,00	114,69	3,36%
Śląski	1 560,00	57,85	95,98	0,00	0,00	0,00	1 713,83	50,14%
Świętokrzyski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Warmińsko-Mazurski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Wielkopolski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Zachodniopomorski	0,00	310,04	0,00	0,00	113,96	0,00	424,00	12,41%
<b>Suma końcowa</b>	<b>1 560,00</b>	<b>884,53</b>	<b>558,32</b>	<b>217,00</b>	<b>113,96</b>	<b>84,00</b>	<b>3 417,81</b>	<b>100,00%</b>
<b>udział % środków odzyskanych w danym rodzaju świadczeń</b>	<b>45,64%</b>	<b>25,88%</b>	<b>16,34%</b>	<b>6,35%</b>	<b>3,33%</b>	<b>2,46%</b>	<b>100,00%</b>	x

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

W analizowanym okresie Dyrektor Śląskiego OW NFZ nałożył karę umowną w kwocie **1 000 zł**.

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

W I kwartale 2018 r. nie przeprowadzono kontroli na skutek zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP.

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

W analizowanym okresie do Prokuratury zostało przekazane jedno zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa w Śląskim OW NFZ.

### II.8. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO

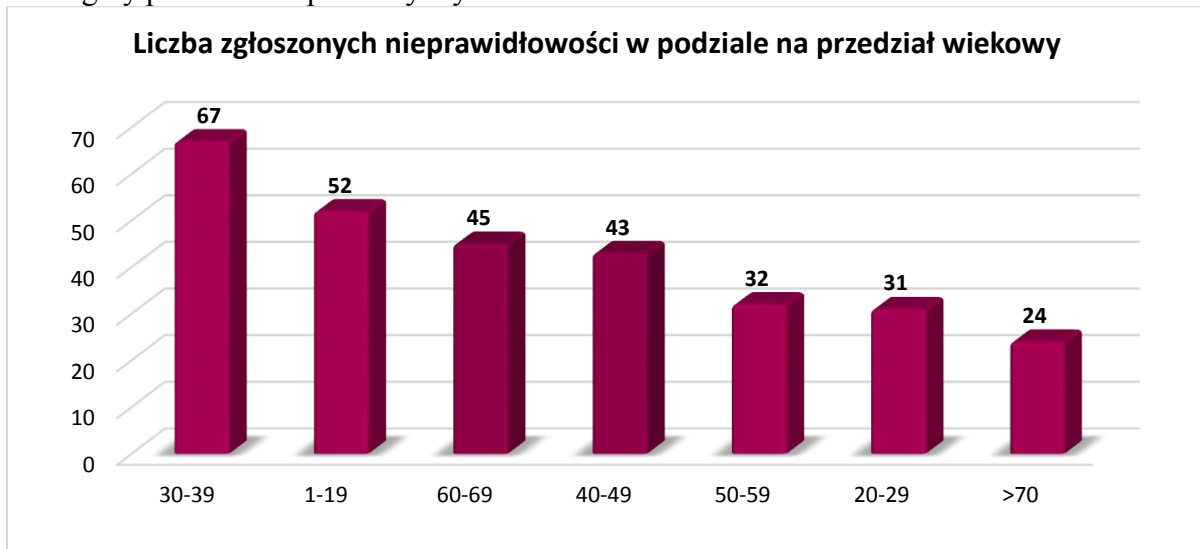
Z 158 spraw zakończonych datą wysłania odpowiedzi świadczeniobiorcy w analizowanym okresie wynika, że średni czas trwania postępowania (od daty wpływu do daty wysłania odpowiedzi do świadczeniobiorcy) wyniósł około 30 dni.

### II.9. STRUKTURA WIEKOWA OSÓB, KTÓRE ZGŁOSIŁY NIEPRAWIDŁOWOŚCI

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

- **30-39 lat** – 67, tj. 22,41% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości z podanym numerem pesel,
- **1-19 lat** – 52, tj. 17,39%,
- **60-69 lat** – 45, tj. 15,05%,
- 40-49 lat – 43, tj. 14,38%,
- 50-59 lat – 32, tj. 10,70%,
- 20-29 lat – 31, tj. 10,37%,
- >70 lat – 24, tj. 8,03%,
- 5 zgłoszeń (1,67%) nie zawierało podanego numeru PESEL (braki formalne w zgłoszeniach, brak możliwości ustalenia numeru bądź wycofane zgłoszenie).

Szczegóły przedstawia poniższy wykres:



### III. WNIOSKI I REKOMENDACJE

1. Wysoki odsetek spraw uznanych za zasadne po zakończonym postępowaniu wyjaśniającym (**59,49%**) niezmiennie potwierdza, że ZIP stanowi najlepsze źródło informacji o nieprawidłowościach dotyczących udzielonych świadczeń.

2. Największa liczba zgłoszeń dotyczących: leczenia stomatologicznego, podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej, 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.**