



DEPARTAMENT KONTROLI

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

WARSZAWA, GRUDZIEŃ 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	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 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 ORAZ LICZBA ZAWIADOMIEŃ DO PROKURATURY W PODZIALE NA OW NFZ	13
II.7. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO	14
II.8. STRUKTURA WIEKOWA ŚWIADCZENIOBIORCY, KTÓREGO DOTYCZYŁA ZGŁOSZONA NIEPRAWIDŁOWOŚĆ	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 I-III kwartał 2018 r. wynika, że:

- wpłynęło łącznie **955** zgłoszeń o nieprawidłowościach¹;
- z **955** zgłoszeń zakończono **593** postępowania wyjaśniające (w tym 21 zakończono bez rozpatrzenia), w toku wyjaśniania pozostało **355** postępowań, **7** było w trakcie przekazywania do właściwego OW NFZ;
- z **593** zakończonych postępowań **426** zgłoszeń uznano za zasadne, co stanowi **71,84%** zakończonych spraw;
- ogólna wartość świadczeń/refundacji, wynikająca ze wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP, wyniosła **345 666,35 zł**, nie uwzględniając świadczeń, których wycena wprost nie jest możliwa ze względu na sposób rozliczeń, tj. ryczałt/kapitacja;
- odzyskano kwotę **67 173,08 zł** za nienależnie wypłacone środki oraz nałożono kary umowne w kwocie **6 076,81zł**;
- przeprowadzono 1 kontrolę w Lubelskim OW NFZ oraz 1 zaplanowano do zrealizowania w Pomorskim OW NFZ ;
- do Prokuratury zostało przekazanych 15 zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa w związku z 62 zgłoszonymi nieprawidłowościami w następujących OW NFZ: Małopolskim, Pomorskim, Śląskim, Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim;
- największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła świadczeń, których udzielenia pacjenci nie potwierdzili – **699** zgłoszonych nieprawidłowości;
- najwięcej zgłoszeń dotyczyło nieprawidłowości w następujących rodzajach świadczeń: leczenie stomatologiczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza oraz podstawowa opieka zdrowotna.

¹ Stan na dzień przekazania zestawień przez OW NFZ, tj. 10 października 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); 85 zgłoszonych nieprawidłowości zostało usuniętych z uwagi na przekazanie z oddziału do właściwego oddziału (usunięte z oddziału przekazującego z powodu dublowania tych samych zgłoszeń).

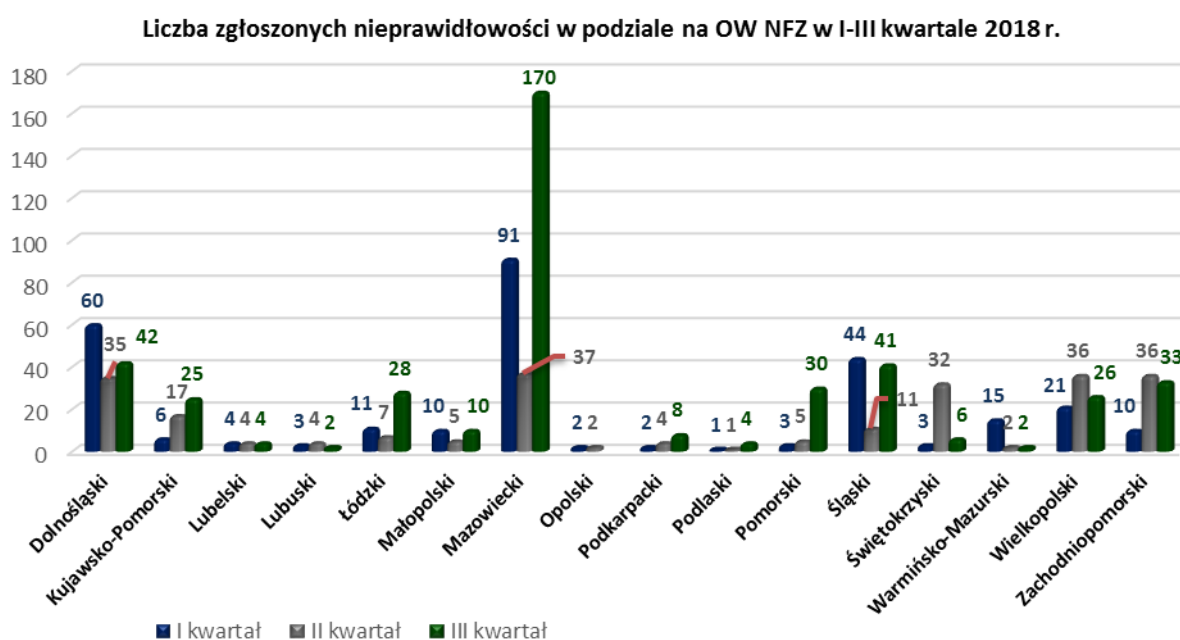
II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE

II.1. LICZBA ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA OW NFZ

W I-III kwartale 2018 roku do OW NFZ wpłynęło 955 zgłoszeń, z czego:

- w I kwartale 286, tj. 29,95% zgłoszonych nieprawidłowości,
- w II kwartale 238, tj. 24,92%,
- w III kwartale 431, tj. 45,13%.

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



Wykres 1. Liczba zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na OW NFZ w I-III kwartale 2018 r.

Najwięcej zgłoszeń wpłynęło w: Mazowieckim (31,20%), Dolnośląskim (14,35%) i Śląskim (10,05%) OW NFZ. Najmniej zgłoszonych nieprawidłowości zarejestrowano w: Opolskim (0,42%), Podlaskim (0,63%) oraz Lubuskim (0,94%) OW NFZ.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	Liczba zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP				Udział % OW NFZ w liczbie zgłoszonych nieprawidłowości
	I kwartał 2018 r.	II kwartał 2018 r.	III kwartał 2018 r.	I-III kwartał 2018 r.	
Dolnośląski	60	35	42	137	14,35%
Kujawsko-Pomorski	6	17	25	48	5,03%
Lubelski	4	4	4	12	1,26%
Lubuski	3	4	2	9	0,94%
Łódzki	11	7	28	46	4,82%
Małopolski	10	5	10	25	2,62%
Mazowiecki	91	37	170	298	31,20%
Opolski	2	2	0	4	0,42%
Podkarpacki	2	4	8	14	1,47%
Podlaski	1	1	4	6	0,63%
Pomorski	3	5	30	38	3,98%
Śląski	44	11	41	96	10,05%
Świętokrzyski	3	32	6	41	4,29%
Warmińsko-Mazurski	15	2	2	19	1,99%
Wielkopolski	21	36	26	83	8,69%
Zachodniopomorski	10	36	33	79	8,27%
Suma końcowa	286	238	431	955	100,00%

Tabela 1. Liczba i wartość % zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na OW NFZ i dany kwartał w I-III kwartale 2018 r.

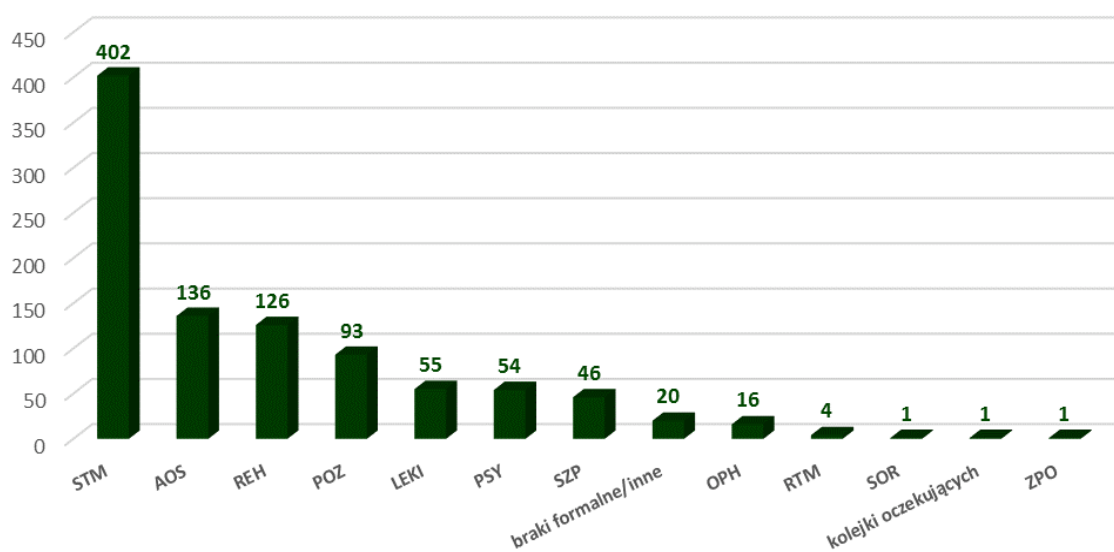
II.2. STRUKTURA WSZYSTKICH ZGŁOSZEŃ WG RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ

Największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła:

- leczenia stomatologicznego – 402, tj. 42,09% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 136, tj. 14,24%,
- rehabilitacji leczniczej – 126, tj. 13,19%,
- podstawowej opieki zdrowotnej – 93, tj. 9,74%.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres:

Struktura zgłoszonych nieprawidłowości według rodzaju świadczeń w I-III kwartale 2018 r.



Wykres 2. Struktura zgłoszonych nieprawidłowości według rodzaju świadczeń w I-III kwartale 2018 r.

Z 402 zgłoszeń dotyczących **leczenia stomatologicznego** najwięcej dotyczyło świadczeń ogólnostomatologicznych (386).

Z 136 zgłoszeń dotyczących **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** najwięcej dotyczyło świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii (30).

Z 126 zgłoszeń dotyczących **rehabilitacji leczniczej** najwięcej dotyczyło fizjoterapii ambulatoryjnej (121).

Z 93 zgłoszeń dotyczących **podstawowej opieki zdrowotnej** najwięcej dotyczyło świadczeń w zakresie położnej POZ (59).

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

rodzaj świadczeń/zakres świadczeń	I kwartał	II kwartał	III kwartał	Suma końcowa	% udział liczby zgłoszeń w danym rodzaju/zakresie świadczeń
STM	87	107	208	402	42,09%
Świadczenia ogólnostomatologiczne	57	100	151	308	32,25%
Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż.	25	6	47	78	8,17%
Świadczenia w zakresie stomatologii zachowawczej	0	1	7	8	0,84%
Świadczenia w zakresie protetyki stomatologicznej	2	0	2	4	0,42%
Świadczenia w zakresie chirurgii stomatologicznej i periodontologii	3	0	1	4	0,42%
AOS	49	35	52	136	14,24%
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	9	8	13	30	3,14%
Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej	6	0	6	12	1,26%
Świadczenia w zakresie otolaryngologii	6	0	6	12	1,26%
Świadczenia w zakresie kardiologii	7	0	4	11	1,15%
Świadczenia w zakresie okulistyki	3	2	4	9	0,94%
Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	0	6	2	8	0,84%
Świadczenia w zakresie neurologii	0	6	2	8	0,84%
Świadczenia w zakresie onkologii	3	2	1	6	0,63%
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej	0	1	4	5	0,52%
Świadczenia w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej	2	1	1	4	0,42%
Świadczenia w zakresie alergologii	1	1	2	4	0,42%
Świadczenia w zakresie endokrynologii	2	2	0	4	0,42%
Świadczenia w zakresie urologii	1	1	2	4	0,42%
Świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	0	4	0	4	0,42%
Świadczenia w zakresie audiologii	2	0	0	2	0,21%
Świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc	2	0	0	2	0,21%
Badania tomografii komputerowej	2	0	0	2	0,21%
Świadczenia w zakresie gastroenterologii	1	0	2	3	0,31%
Świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii	0	1	2	2	0,21%
Świadczenia w zakresie neurochirurgii	0	0	1	1	0,10%
Badania ultrasonograficzne - Doppler Duplex	1	0	0	1	0,10%
Świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych	0	0	1	1	0,10%
Świadczenia w zakresie nefrologii	1	0	0	1	0,10%
REH	25	20	81	126	13,19%
Fizjoterapia ambulatoryjna	21	20	80	121	12,67%
Rehabilitacja neurologiczna	1	0	1	2	0,21%
Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	1	0	0	1	0,10%
Rehabilitacja kardiologiczna	1	0	0	1	0,10%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa	1	0	0	1	0,10%
POZ	51	6	36	93	9,74%
Świadczenia w zakresie położnej POZ	36	0	23	59	6,18%
Świadczenia w zakresie lekarza POZ	10	5	1	16	1,68%
ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ	0	0	6	6	0,63%
Świadczenia w zakresie poradni POZ	1	1	3	5	0,52%
Deklaracja POZ	2	0	0	2	0,21%
Świadczenia lekarza POZ udzielane w stanach nagłego zachorowania ubezpieczonego spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadującej i spoza listy	0	0	2	2	0,21%

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	0	1	0,10%
Świadczenia w zakresie pielęgniarstwa POZ	1	0	0	1	0,10%
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 150 000 osób	0	0	1	1	0,10%
LEKI	21	16	18	55	5,76%
PSY	6	37	11	54	5,65%
SZP	22	11	13	46	4,82%
braki formalne/techniczne/wycofane/oczekujące na upoważnienie/inne	6	4	10	20	2,09%
OPH	16	0	0	16	1,68%
RTM	2	1	1	4	0,42%
SOR	1	0	0	1	0,10%
Kolejki oczekujących	0	0	1	1	0,10%
ZPO	0	1	0	1	0,10%
Suma końcowa	286	238	431	955	100,00%

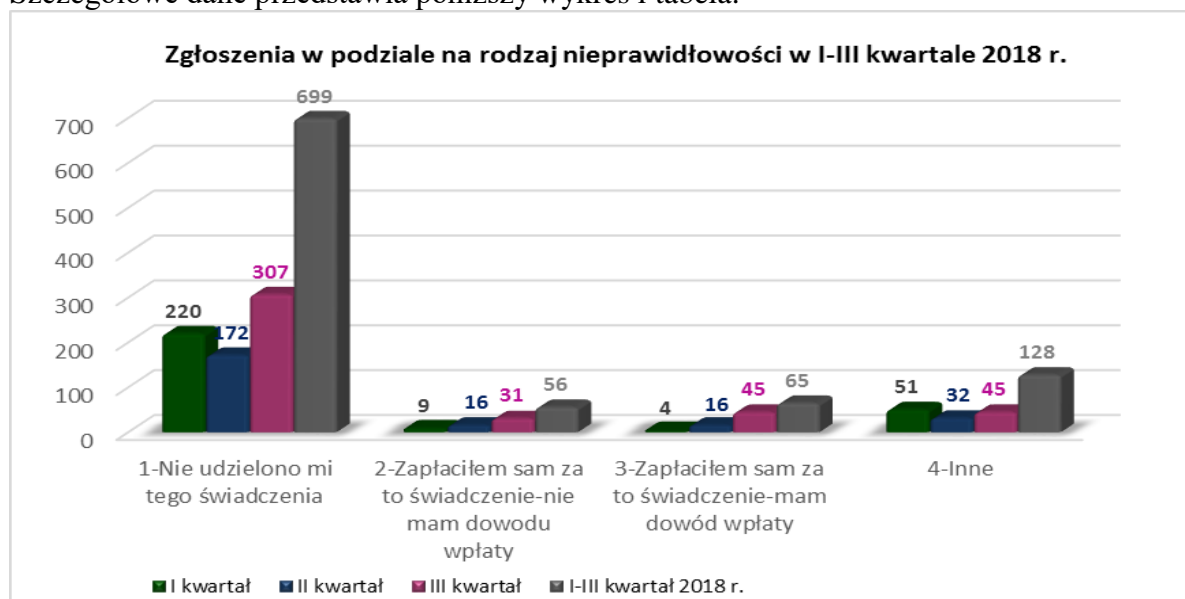
Tabela 2. Struktura zgłoszonych nieprawidłowości według rodzaju i zakresu świadczeń w podziale na dany kwartał w I-III kwartale 2018 r.

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

Z 955 wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości najczęściej dotyczyło:

- świadczeń, które nie miały miejsca – 699 zgłoszeń,
- świadczeń, za które pacjent zapłacił, a które zostały wykazane do finansowania przez NFZ – 121 zgłoszeń.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres i tabela:



Wykres 3. Liczba zgłoszeń w podziale na rodzaj nieprawidłowości w I-III kwartale 2018 r.

Opis nieprawidłowości w zgłoszeniu/ przedmiot zgłoszenia:	I kwartał	II kwartał	III kwartał	I-III kwartał 2018 r.
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	220	172	307	699
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	9	16	31	56
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	4	16	45	65
4-Inne	51	32	45	128
braki formalne/wycofane	2	2	3	7
Suma końcowa	286	238	431	955

Tabela 3. Liczba zgłoszeń w podziale na rodzaj nieprawidłowości w I-III kwartale 2018 r.

II.4. ZGŁOSZENIA ZASADNE

Z 955 wszystkich zgłoszeń w analizowanym okresie zakończono 593 sprawy rozpatrzone merytorycznie, z których za zasadne uznano 426 zgłoszeń, tj. 71,84% spraw zakończonych.

Status sprawy/ocena zasadności zgłoszeń	I kwartał	II kwartał	III kwartał	I-III kwartał 2018 r.
① przekazane	0	2	5	7
② w toku	18	66	271	355
③ zakończone	268	170	155	593
① zakończone merytorycznie	261	164	147	572
• uznane za zasadne	180	117	129	426
• uznane za niezasadne	81	47	18	146
② zakończono bez możliwości oceny*	7	6	8	21
Suma końcowa	286	238	431	955

Tabela 4. Liczba zgłoszeń zakończonych w podziale na status sprawy oraz I-III kwartał 2018 r.

*zgłoszenia wycofane bądź zawierające nieuzupełnione braki formalne przez osobę zgłaszającą, brak możliwości pozyskania kopii recept (realizacja powyżej 5 lat)

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

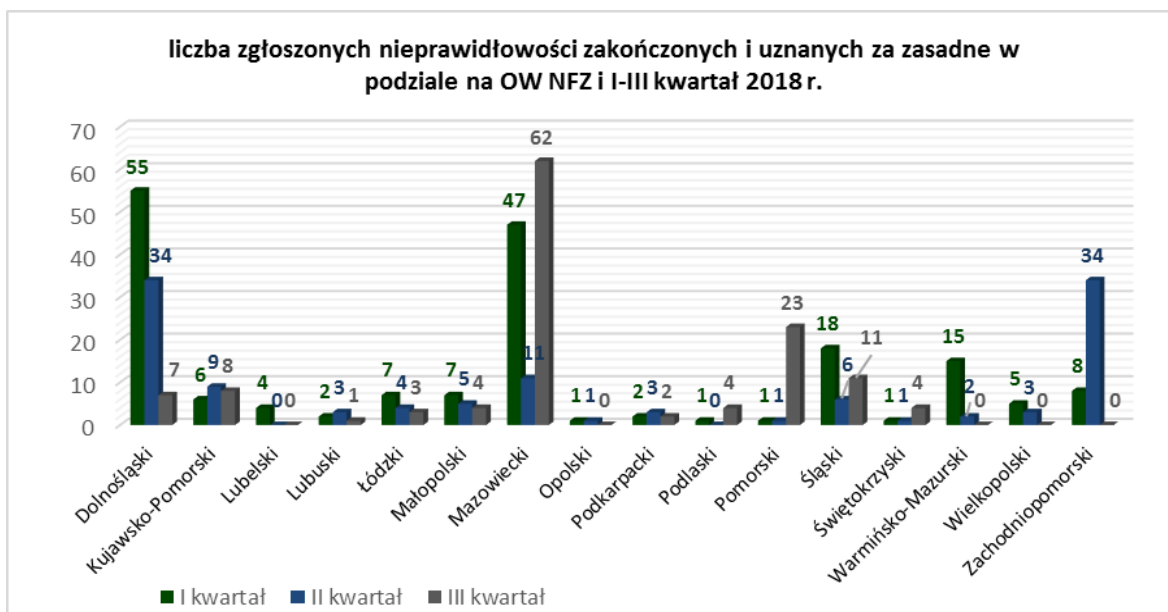
Najwięcej zgłoszeń, których badanie zostało zakończone, uznał za zasadne:

- Mazowiecki OW NFZ – 120, tj. 28,17% zgłoszeń zasadnych i zakończonych,
- Dolnośląski OW NFZ – 96, tj. 22,54%,
- Zachodniopomorski OW NFZ – 42, tj. 9,86%.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższa tabela i wykres:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne					
OW NFZ	I kwartał	II kwartał	III kwartał	I-III kwartał 2018 r.	udział % OW NFZ w liczbie zgłoszeń zasadnych
Dolnośląski	55	34	7	96	22,54%
Kujawsko-Pomorski	6	9	8	23	5,40%
Lubelski	4	0	0	4	0,94%
Lubuski	2	3	1	6	1,41%
Łódzki	7	4	3	14	3,29%
Małopolski	7	5	4	16	3,76%
Mazowiecki	47	11	62	120	28,17%
Opolski	1	1	0	2	0,47%
Podkarpacki	2	3	2	7	1,64%
Podlaski	1	0	4	5	1,17%
Pomorski	1	1	23	25	5,87%
Śląski	18	6	11	35	8,22%
Świętokrzyski	1	1	4	6	1,41%
Warmińsko-Mazurski	15	2	0	17	3,99%
Wielkopolski	5	3	0	8	1,88%
Zachodniopomorski	8	34	0	42	9,86%
Suma końcowa	180	117	129	426	100,00%

Tabela 5. Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na OW NFZ i I-III kwartał 2018 r.



Wykres 4. Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na OW NFZ i I-III kwartał 2018 r.

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

Największą zasadność zgłoszonych nieprawidłowości (spośród zgłoszeń dotyczących rodzajów świadczeń, w których zakończono minimum 10 spraw) potwierdzono w:

- podstawowej opiece zdrowotnej - 93,55% zakończonych zgłoszeń w tym rodzaju świadczeń uznano za zasadne, tj. 58,
- opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień - 89,58%, tj. 43,
- rehabilitacji leczniczej - 75,56%, tj. 68,
- ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 75,29%, tj. 64.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w I-III kwartale 2018 r.									
Rodzaj świadczeń	I kwartał		II kwartał		III kwartał		I-III kwartał 2018 r.		
	zgłoszenia zakończone	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne	zgłoszenia zakończone	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne	zgłoszenia zakończone	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne	zgłoszenia zakończone	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne	udział % liczby zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w zgłoszeniach zakończonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń
STM	81	58	68	43	46	38	195	139	71,28%
REH	24	12	12	2	54	68	90	68	75,56%
AOS	38	28	21	16	26	20	85	64	75,29%
POZ	51	48	5	5	6	5	62	58	93,55%
PSY	6	4	37	36	5	3	48	43	89,58%
LEKI	21	16	14	11	9	4	44	31	70,45%
SZP	22	11	8	3	6	4	36	18	50,00%
RTM	2	1	1	1	1	0	4	2	50,00%
braki formalne	4	1	3	0	1	0	8	0	0,00%
brak danych w ZIP	1	1	1	0	1	0	1	1	100,00%
kolejki oczekujących	0	0	0	0	1	1	1	1	100,00%
SOR	1	1	0	0	0	0	1	1	100,00%
OPH	16	0	0	0	0	0	16	0	0,00%
wycofano zgłoszenie	1	0	0	0	0	0	1	0	0,00%
ZPO	0	0	1	0	0	0	1	0	0,00%
Suma końcowa	268	180	170	117	155	129	593	426	71,84%

Tabela 6. Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na rodzaj świadczeń oraz I-III kwartał 2018 r.

Zasadności zgłoszonych nieprawidłowości nie potwierdzono w opiece paliatywnej i hospicyjnej (16 zgłoszonych nieprawidłowości) oraz w zaopatrzeniu w wyroby medyczne (1 zgłoszona nieprawidłowość).

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

Największą zasadność zgłoszonych nieprawidłowości potwierdziły zgłoszenia, dotyczące świadczeń, które faktycznie nie miały miejsca – z 444 zakończonych zgłoszeń 359 uznano za zasadne, tj. 80,86% zakończonych zgłoszeń dla tej nieprawidłowości.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w I-III kwartale 2018 r.									
Opis nieprawidłowości w zgłoszeniu/ przedmiot zgłoszenia:	I kwartał		II kwartał		III kwartał		I-III kwartał 2018 r.		
	zgłoszenia zakończone	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne	zgłoszenia zakończone	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne	zgłoszenia zakończone	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne	zgłoszenia zakończone	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne	udział % liczby zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w zgłoszeniach zakończonych dla poszczególnych nieprawidłowości
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	204	153	119	99	121	107	444	359	80,86%
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie- nie mam dowodu wpłaty	7	5	7	2	7	4	21	11	52,38%
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie- mam dowód wpłaty	4	4	12	2	1	1	17	7	41,18%
4-Inne	51	18	30	14	25	17	106	49	46,23%
braki formalne	1	0	2	0	1	0	4	0	0,00%
wycofano zgłoszenie	1	0	0	0	0	0	1	0	0,00%
Suma końcowa	268	180	170	117	155	129	593	426	71,84%

Tabela 7. Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na rodzaj nieprawidłowości zgłoszenia oraz I-III kwartał 2018 r.

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 955 zgłoszeń wyniosła w analizowanym okresie **345 666,35 zł**, nie uwzględniając świadczeń rozliczanych ryczałtowo.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	Wartość świadczeń/ refundacji wynikająca ze zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP w I półroczu 2018 r.			
	I kwartał	II kwartał	III kwartał	I-III kwartał 2018 r.
Dolnośląski	5 351,49	5 475,29	8 889,75	19 716,53
Kujawsko-Pomorski	814,43	2 901,52	3 270,63	6 986,58
Lubelski	406,25	862,53	105,28	1 374,06
Lubuski	192,87	262,05	177,42	632,34
Łódzki	2 463,09	4 481,37	4 444,06	11 388,52
Małopolski	10 689,18	2 757,63	1 777,83	15 224,64
Mazowiecki	16 127,02	2 560,49	4 430,30	23 117,81
Opolski	128,52	4 187,30	0,00	4 315,82
Podkarpacki	113,75	11 637,91	592,63	12 344,29
Podlaski	17,88	0,00	593,35	611,23
Pomorski	585,00	620,36	3 177,12	4 382,48
Śląski	190 733,70	5 796,07	2 450,86	198 980,63
Świętokrzyski	305,45	2 321,64	1 027,44	3 654,53
Warmińsko-Mazurski	942,00	620,48	6,98	1 569,46
Wielkopolski	5 972,17	4 807,88	1 851,33	12 631,38
Zachodniopomorski	24 249,51	2 593,70	1 892,84	28 736,05
Suma końcowa	259 092,31	51 886,22	34 687,82	345 666,35

Tabela 8. Wartość świadczeń/refundacji wynikająca ze zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP w podziale na OW NFZ oraz I-III kwartał 2018 r.

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

W I-III kwartale 2018 r. ze wszystkich zgłoszonych w okresie sprawozdawczym nieprawidłowości na podstawie danych w ZIP odzyskano łącznie kwotę **67 173,08 zł**, z czego największą za świadczenia w rodzaju:

- leczenie szpitalne – **41 938,55 zł**, tj. **62,43%** wszystkich odzyskanych środków,
- leczenie stomatologiczne – **14 976,11 zł**, tj. **22,29%**,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna – **4 959,99 zł**, tj. **7,38%**,
- podstawowa opieka zdrowotna – **2 525,72 zł**, tj. **3,76%**.

Największe kwoty odzyskał:

- Zachodniopomorski OW NFZ – **23 714,10 zł**, tj. **35,30%** wszystkich odzyskanych środków,
- Podkarpacki OW NFZ – **11 748,95 zł**, tj. **17,49%**,
- Dolnośląski OW NFZ – **10 925,25 zł**, tj. **16,26%**.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	AOS	LEKI	POZ	PSY	REH	STM	SZP	razem I-III kwartał 2018 r.	% udział OW NFZ w wielkości środków odzyskanych
Dolnośląski	1 016,24	0,00	1 812,72	0,00	0,00	5 105,79	2 990,50	10 925,25	16,26%
Kujawsko-Pomorski	697,09	0,00	0,00	0,00	0,00	2 851,80	0,00	3 548,89	5,28%
Lubelski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	276,05	0,00	276,05	0,41%
Lubuski	215,49	0,00	0,00	0,00	0,00	126,00	0,00	341,49	0,51%
Łódzki	167,30	147,88	0,00	0,00	0,00	1 608,92	1 976,00	3 900,10	5,81%
Małopolski	287,85	0,00	0,00	0,00	0,00	11,11	0,00	298,96	0,45%
Mazowiecki	281,27	0,00	0,00	52,50	504,90	1 190,33	832,05	2 861,05	4,26%
Opolski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	128,52	0,00	128,52	0,19%
Podkarpacki	164,75	0,00	0,00	0,00	0,00	144,20	11 440,00	11 748,95	17,49%
Podlaski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	347,25	0,00	347,25	0,52%
Pomorski	854,93	0,00	0,00	0,00	84,00	2 051,10	0,00	2 990,03	4,45%
Śląski	749,93	399,10	713,00	1 001,11	0,00	339,48	1 560,00	4 762,62	7,09%
Świętokrzyski	0,00	0,00	0,00	0,00	469,26	666,74	0,00	1 136,00	1,69%
Warmińsko-Mazurski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Wielkopolski	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	128,82	0,00	193,82	0,29%
Zachodniopomorski	460,14	0,00	0,00	113,96	0,00	0,00	23 140,00	23 714,10	35,30%
razem I-III kwartał 2018 r.	4 959,99	546,98	2 525,72	1 167,57	1 058,16	14 976,11	41 938,55	67 173,08	100,00%
% udział rodzaju świadczeń w wartości środków odzyskanych	7,38%	0,81%	3,76%	1,74%	1,58%	22,29%	62,43%	100,00%	x

Tabela 9. Wartość środków odzyskanych wraz z % udziałem rodzaju świadczeń w wartości środków odzyskanych i % udziałem OW NFZ w wielkości środków odzyskanych w podziale na dany OW NFZ oraz I-III kwartał 2018 r.

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

W analizowanym okresie wartość nałożonych kar umownych wyniosła **6 076,81 zł**:

- Śląski OW NFZ – **4 271,00 zł**, tj. 70,28% łącznej wartości nałożonych kar umownych,
- Wielkopolski OW NFZ – **1 594,38 zł**, tj. 26,24%,
- Małopolski OW NFZ – **211,43 zł**, tj. 3,48%.

II.6. LICZBA PRZEPROWADZONYCH KONTROLI ORAZ LICZBA ZAWIADOMIEŃ DO PROKURATURY W PODZIALE NA OW NFZ

W I-III kwartale 2018 r. na skutek zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP, przeprowadzono 1 kontrolę w Lubelskim OW NFZ oraz 1 zaplanowano do zrealizowania w Pomorskim OW NFZ.

Do Prokuratury przekazano 15 zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa w związku z 62 zgłoszonymi nieprawidłowościami w następujących OW NFZ: Małopolskim, Pomorskim, Śląskim, Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim.

II.7. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO

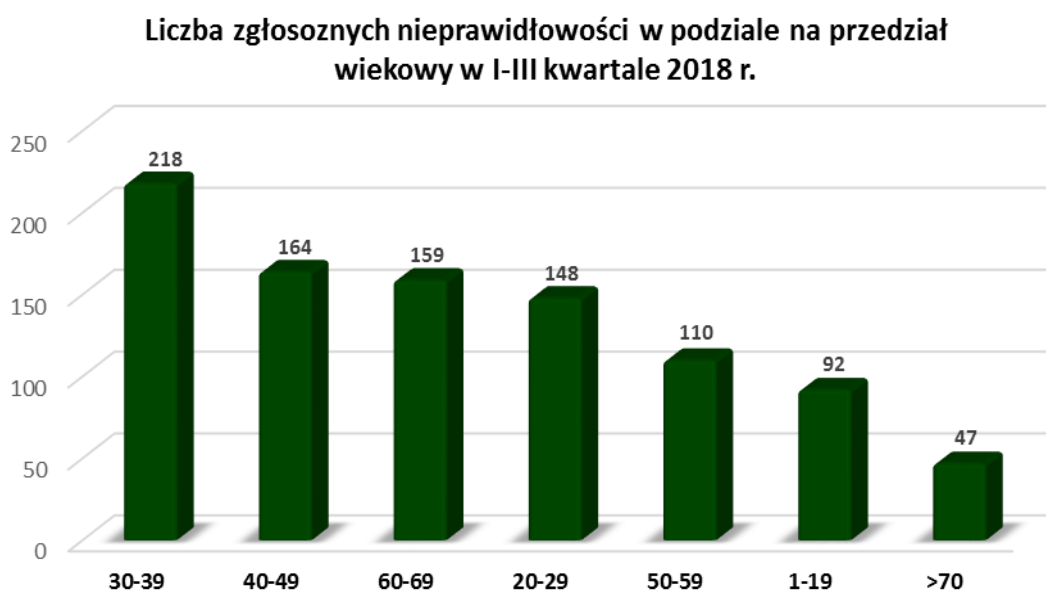
W 587 sprawach zakończonych, w których w analizowanym okresie wysłano odpowiedzi świadczeniobiorcy średni czas trwania postępowania (od daty wpływu do daty wysłania odpowiedzi do świadczeniobiorcy) wyniósł około 50 dni.

II.8. STRUKTURA WIEKOWA ŚWIADCZENIOBIORCY, KTÓREGO DOTYCZYŁA ZGŁOSZONA NIEPRAWIDŁOWOŚĆ

Największa liczba zgłoszeń o nieprawidłowościach na podstawie danych w ZIP dotyczyła osób w przedziale wiekowym:²

- **30-39 lat** – 218, tj. 22,83% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- **40-49 lat** – 164, tj. 17,17%,
- **60-69 lat** – 159, tj. 16,65%,
- **20-29 lat** – 148, tj. 15,50%,
- **50-59 lat** – 110, tj. 11,52%,
- **1-19 lat** – 92, tj. 9,63%,
- **>70 lat** – 47, tj. 4,92%,
- 17 zgłoszeń (1,78%) nie zawierało podanego numeru PESEL (nie uzupełnione przez świadczeniobiorcę braki formalne w zgłoszeniach, wycofane zgłoszenie, brak upoważnienia).

Szczegóły przedstawia poniższy wykres:



Wykres 5. Liczba zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na przedział wiekowy w I-III kwartale 2018 r.

² Podział na przedziały według wieku osoby w dacie wpływu zgłoszenia (data urodzenia ustalona na podstawie nr pesel).

III. WNIOSKI I REKOMENDACJE

1. Wysoki odsetek spraw uznanych za zasadne po zakończonym postępowaniu wyjaśniającym (**71,84%**) niezmiennie potwierdza, że ZIP stanowi najlepsze źródło informacji o nieprawidłowościach dotyczących udzielonych świadczeń.

2. Największa liczba zgłoszeń dotyczących: leczenia stomatologicznego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz podstawowej opieki zdrowotnej, potwierdza, że obszary te wymagają intensyfikacji działań nadzorczych 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.