



DEPARTAMENT KONTROLI

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

**WARSZAWA, LUTY 2019 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 .....	10
II.4.2. STRUKTURA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE WG RODZAJU ŚWIADCZEŃ .....	11
II.4.3. STRUKTURA ZGŁOSZEŃ UZNANYCH ZA ZASADNE W PODZIALE NA RODZAJ NIEPRAWIDŁOWOŚCI .....	12
II.5. FINANSOWY WYMIAR I SKUTKI ZGŁOSZEŃ.....	12
II.5.1. WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ/REFUNDACJI WYNIKAJĄCA ZE ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA OW NFZ .....	12
II.5.2. KWOTA ŚRODKÓW ODZYSKANYCH W PODZIALE NA RODZAJE ŚWIADCZEŃ I OW NFZ .....	13
II.5.3. KWOTA NAŁOŻONYCH KAR UMOWNYCH W PODZIALE NA OW NFZ .....	14
II.6. LICZBA PRZEPROWADZONYCH KONTROLI ORAZ LICZBA ZAWIADOMIEŃ DO PROKURATURY W PODZIALE NA OW NFZ	14
II.7. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO .....	15
II.8. STRUKTURA WIEKOWA ŚWIADCZENIOBIORCY, KTÓREGO DOTYCZYŁA ZGŁOSZONA NIEPRAWIDŁOWOŚĆ .....	15
III. WNIOSKI I REKOMENDACJE .....	16

## 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-IV kwartał 2018 r. wynika, że:

- wpłynęło łącznie **1 415** zgłoszeń o nieprawidłowościach<sup>1</sup>;
- z **1 415** zgłoszeń zakończono **913** postępowań wyjaśniających (w tym 61 zakończono bez rozpatrzenia), w toku wyjaśniania pozostało **494** postępowania, **8** było w trakcie przekazywania do właściwego OW NFZ;
- z **852** merytorycznie zakończonych postępowań **564** zgłoszenia uznano za zasadne, co stanowi **66,20%** spraw zakończonych merytorycznie (tj. 61,77% wszystkich spraw zakończonych);
- ogólna wartość świadczeń/refundacji, wynikająca ze wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP, wyniosła **381 413,88 zł**, nie uwzględniając świadczeń, których wycena wprost nie jest możliwa ze względu na sposób rozliczeń, tj. ryczałt/kapitacja;
- odzyskano kwotę **77 481,68 zł** za nienależnie wypłacone środki oraz nałożono kary umowne w kwocie **9 476,79 zł**;
- przeprowadzono łącznie 2 kontrole w Lubelskim i Wielkopolskim OW NFZ oraz 1 zaplanowano do zrealizowania w Pomorskim OW NFZ;
- do Prokuratury zostały przekazane 23 zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa w związku z 76 zgłoszonymi nieprawidłowościami w następujących OW NFZ: Łódzkim, Małopolskim, Pomorskim, Śląskim, Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim;
- największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła świadczeń, których udzielenia pacjenci nie potwierdzili – **996** zgłoszonych nieprawidłowości;
- najwięcej zgłoszeń dotyczyło nieprawidłowości w następujących rodzajach świadczeń: leczenie stomatologiczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza oraz leczenie szpitalne.

---

<sup>1</sup> Stan na dzień przekazania zestawień przez OW NFZ, tj. 10 stycznia 2019 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); 95 zgłoszonych nieprawidłowości zostało usuniętych z uwagi na przekazanie z oddziału do właściwego oddziału (usunięte z oddziału przekazującego z powodu dublowania tych samych zgłoszeń).

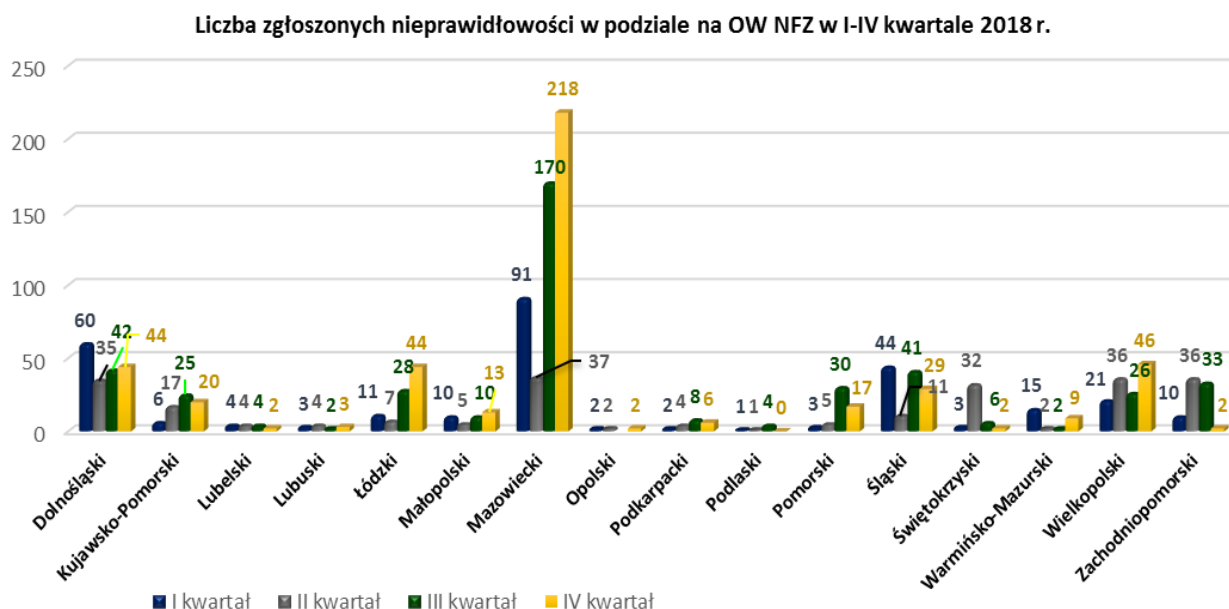
## II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE

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

W 2018 roku do OW NFZ wpłynęło 1 415 zgłoszeń, z czego:

- w I kwartale 286, tj. 20,21% zgłoszonych nieprawidłowości,
- w II kwartale 240, tj. 16,96%,
- w III kwartale 432, tj. 30,53%,
- w IV kwartale 457, tj. 32,30%.

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



**Wykres 1.** Liczba zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na OW NFZ oraz dany kwartał 2018 r.

Najwięcej zgłoszeń wpłynęło w: Mazowieckim (36,61%), Dolnośląskim (12,86%) i Wielkopolskim (9,12%) OW NFZ. Najmniej zgłoszonych nieprawidłowości zarejestrowano w: Opolskim i Podlaskim (po 0,42%), Lubuskim (0,85%) oraz Lubelskim (0,99%) OW NFZ. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	Liczba zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP					
	I kwartał 2018 r.	II kwartał 2018 r.	III kwartał 2018 r.	IV kwartał 2018 r.	2018 r.	Udział % OW NFZ w liczbie zgłoszonych nieprawidłowości
Dolnośląski	60	35	43	44	182	12,86%
Kujawsko-Pomorski	6	17	25	20	68	4,81%
Lubelski	4	4	4	2	14	0,99%
Lubuski	3	4	2	3	12	0,85%
Łódzki	11	7	28	44	90	6,36%
Małopolski	10	5	10	13	38	2,69%
Mazowiecki	91	39	170	218	518	36,61%
Opolski	2	2	0	2	6	0,42%
Podkarpacki	2	4	8	6	20	1,41%
Podlaski	1	1	4	0	6	0,42%
Pomorski	3	5	31	17	56	3,96%
Śląski	44	11	41	29	125	8,83%
Świętokrzyski	3	32	5	2	42	2,97%
Warmińsko-Mazurski	15	2	2	9	28	1,98%
Wielkopolski	21	36	26	46	129	9,12%
Zachodniopomorski	10	36	33	2	81	5,72%
Suma końcowa	286	240	432	457	1 415	100,00%

**Tabela 1.** Liczba i wartość % zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na OW NFZ i dany kwartał w 2018 r.

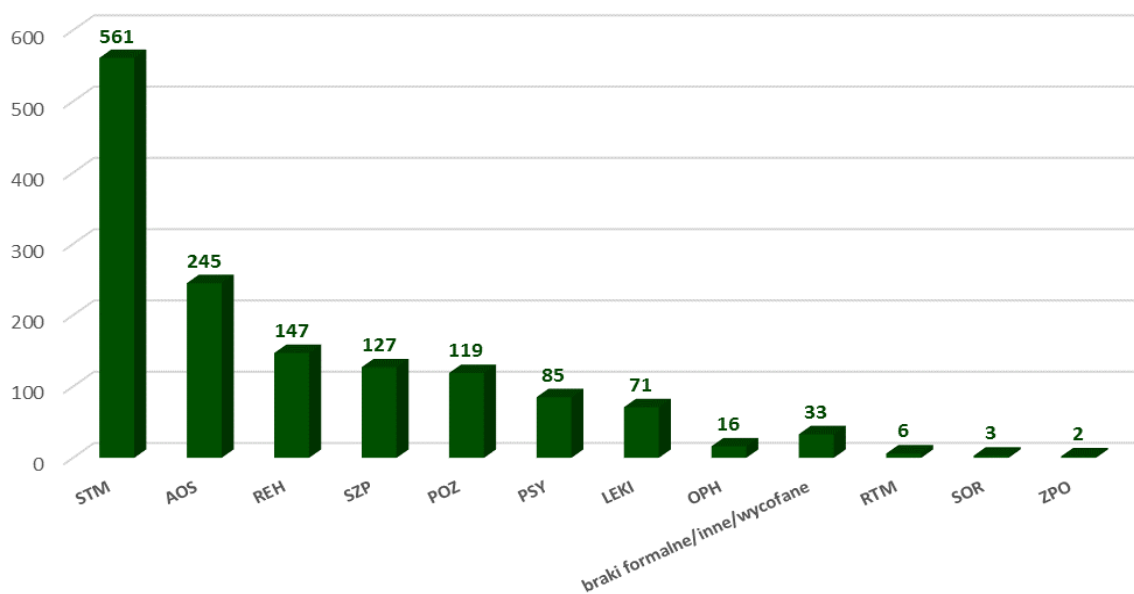
## II.2. STRUKTURA WSZYSTKICH ZGŁOSZEŃ WG RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ

Największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła:

- leczenia stomatologicznego – 561, tj. 39,65% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 245, tj. 17,31%,
- rehabilitacji leczniczej – 147, tj. 10,39%,
- leczenia szpitalnego – 127, tj. 8,98%.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres:

**Struktura zgłoszonych nieprawidłowości według rodzaju świadczeń w 2018 r.**



**Wykres 2.** Struktura zgłoszonych nieprawidłowości według rodzaju świadczeń w 2018 r.

Z 561 zgłoszeń dotyczących **leczenia stomatologicznego** najwięcej dotyczyło świadczeń ogólnostomatologicznych (528).

Z 245 zgłoszeń dotyczących **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** najwięcej dotyczyło świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii (85).

Ze 147 zgłoszeń dotyczących **rehabilitacji leczniczej** najwięcej dotyczyło fizjoterapii ambulatoryjnej (134).

Ze 127 zgłoszeń dotyczących **leczenia szpitalnego** najwięcej dotyczyło świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym (72).

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

rodzaj świadczeń/zakres świadczeń	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	2018 r.	% udział liczby zgłoszeń w danym rodzaju/zakresie świadczeń
<b>STM</b>	<b>87</b>	<b>107</b>	<b>209</b>	<b>158</b>	<b>561</b>	<b>39,65%</b>
Świadczenia ogólnostomatologiczne	55	97	145	47	344	24,31%
Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż.	25	6	47	106	184	13,00%
Świadczenia w zakresie stomatologii zachowawczej	2	4	14	2	22	1,55%
Świadczenia w zakresie protetyki stomatologicznej	2	0	2	2	6	0,42%
Świadczenia w zakresie chirurgii stomatologicznej i periodontologii	3	0	1	0	4	0,28%
Świadczenia w zakresie stomatologicznej pomocy doraźnej	0	0	0	1	1	0,07%
<b>AOS</b>	<b>46</b>	<b>37</b>	<b>51</b>	<b>111</b>	<b>245</b>	<b>17,31%</b>
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	9	10	13	53	85	6,01%
Świadczenia w zakresie otolaryngologii	6	0	6	9	21	1,48%
Świadczenia w zakresie endokrynologii	2	2	0	15	19	1,34%
Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	0	6	2	10	18	1,27%
Świadczenia w zakresie okulistyki	3	2	4	8	17	1,20%
Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej	6	0	6	2	14	0,99%
Świadczenia w zakresie neurologii	0	6	3	3	12	0,85%
Świadczenia w zakresie kardiologii	7	0	4	0	11	0,78%
Świadczenia w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej	2	1	1	4	8	0,57%
Świadczenia w zakresie onkologii	3	2	1	1	7	0,49%
Świadczenia w zakresie alergologii	1	1	4	0	6	0,42%
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej	0	1	2	1	4	0,28%
Świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	0	4	0	0	4	0,28%
Świadczenia w zakresie urologii	1	1	1	1	4	0,28%
Świadczenia w zakresie gastroenterologii	1	0	2	0	3	0,21%
Świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc	2	0	0	0	2	0,14%
Świadczenia w zakresie reumatologii	0	0	0	2	2	0,14%
Świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii	0	1	1	0	2	0,14%
Badania tomografii komputerowej	1	0	0	0	1	0,07%
Świadczenia w zakresie chorób metabolicznych	0	0	0	1	1	0,07%
Świadczenia w zakresie neurochirurgii	0	0	1	0	1	0,07%
Badania ultrasonograficzne - Doppler Duplex	1	0	0	0	1	0,07%
Świadczenia w zakresie nefrologii	1	0	0	0	1	0,07%
Świadczenia w zakresie logopedii	0	0	0	1	1	0,07%
<b>REH</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>81</b>	<b>21</b>	<b>147</b>	<b>10,39%</b>
Fizjoterapia ambulatoryjna	21	20	81	12	134	9,47%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa	1	0	0	9	10	0,71%
Rehabilitacja kardiologiczna	1	0	0	0	1	0,07%
Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	1	0	0	0	1	0,07%
Rehabilitacja neurologiczna	1	0	0	0	1	0,07%

SZP	22	11	12	82	127	8,98%
Szpitalny oddział ratunkowy	2	0	0	70	72	5,09%
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	3	1	1	2	7	0,49%
Położnictwo i ginekologia	3	1	2	1	7	0,49%
Izba przyjęć	1	0	1	2	4	0,28%
Choroby wewnętrzne	0	1	1	2	4	0,28%
Chirurgia urazowo-ortopedycznej	2	0	0	1	3	0,21%
Nocna i świąteczna opieka zdrowotna/udzielona w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym	1	0	1	1	3	0,21%
Chirurgia ogólna	0	0	2	1	3	0,21%
Dermatologia ogólnej i onkologiczna	0	2	0	1	3	0,21%
Program lekowy	0	0	2	0	2	0,14%
Leczenie szpitalne	0	2	0	0	2	0,14%
Pediatrya	2	0	0	0	2	0,14%
Chirurgia plastyczna	1	1	0	0	2	0,14%
Choroby zakaźne	2	0	0	0	2	0,14%
Dermatologia i wenerologia	0	1	0	0	1	0,07%
Hematologia	0	0	1	0	1	0,07%
Audiologia i foniatria	1	0	0	0	1	0,07%
Gastroenterologia	0	1	0	0	1	0,07%
Neurologia	1	0	0	0	1	0,07%
Onkologii	1	0	0	0	1	0,07%
Neurochirurgia	0	0	1	0	1	0,07%
Badania genetyczne	1	0	0	0	1	0,07%
Otorynolaryngologia	0	1	0	0	1	0,07%
Endokrynologia	0	0	0	1	1	0,07%
Badania rezonansu magnetycznego (RM)	1	0	0	0	1	0,07%
<b>POZ</b>	<b>51</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>26</b>	<b>119</b>	<b>8,41%</b>
<b>PSY</b>	<b>6</b>	<b>37</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>85</b>	<b>6,01%</b>
<b>LEKI</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>71</b>	<b>5,02%</b>
<b>braki formalne/inne/wycofane</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>33</b>	<b>2,33%</b>
<b>OPH</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>1,13%</b>
<b>RTM</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>0,42%</b>
<b>SOR</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0,21%</b>
<b>ZPO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0,14%</b>
<b>Suma końcowa</b>	<b>286</b>	<b>240</b>	<b>432</b>	<b>457</b>	<b>1 415</b>	<b>100,00%</b>

**Tabela 2.** Struktura zgłoszonych nieprawidłowości według rodzaju i zakresu świadczeń w podziale na dany kwartał 2018 r.

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

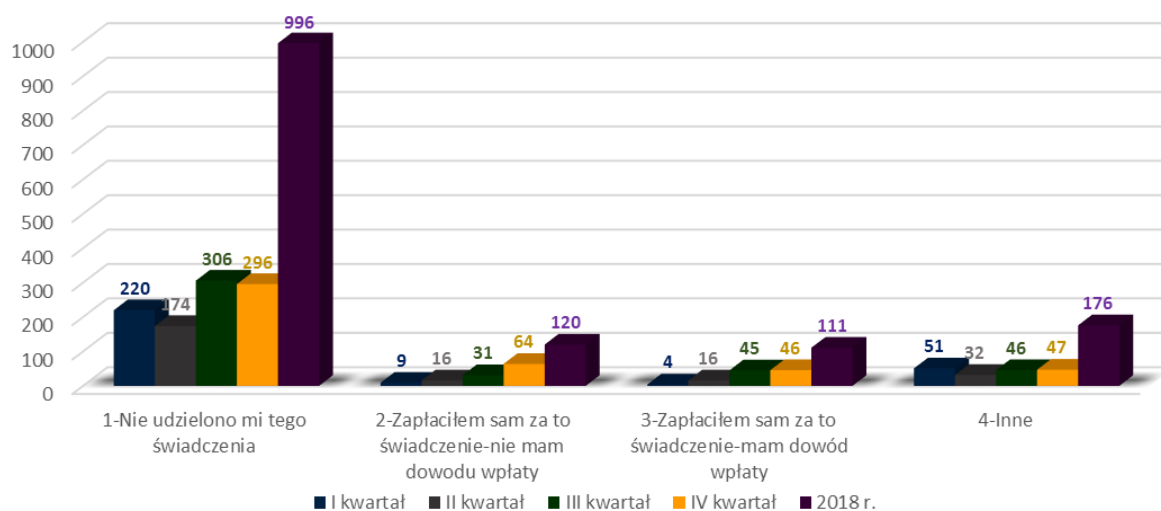
Z 1 415 wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości najczęściej dotyczyło:

- świadczeń, które nie miały miejsca – 996 zgłoszeń,
- świadczeń, za które pacjent zapłacił, a które zostały wykazane do finansowania przez NFZ – 231 zgłoszeń.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres i tabela:



### Zgłoszenia w podziale na rodzaj nieprawidłowości w I-IV kwartale 2018 r.



**Wykres 3.** Liczba zgłoszeń w podziale na rodzaj nieprawidłowości oraz dany kwartał 2018 r.

Opis nieprawidłowości w zgłoszeniu/ przedmiot zgłoszenia:	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	2018 r.
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	220	174	306	296	996
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu	9	16	31	64	120
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	4	16	45	46	111
4-Inne	51	32	46	47	176
Zgłoszenie wycofane/zawierające braki formalne	2	2	4	4	12
<b>Suma końcowa</b>	<b>286</b>	<b>240</b>	<b>432</b>	<b>457</b>	<b>1415</b>

**Tabela 3.** Liczba zgłoszeń w podziale na rodzaj nieprawidłowości oraz dany kwartał 2018 r.

## II.4. ZGŁOSZENIA ZASADNE

Z 1 415 wszystkich zgłoszeń w analizowanym okresie zakończono 852 sprawy rozpatrzone merytorycznie, z których za zasadne uznano 564 zgłoszeń, tj. 66,20% spraw zakończonych merytorycznie (tj. 61,77% wszystkich spraw zakończonych).

Status sprawy/ocena zasadności zgłoszeń	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	2018 r.
① przekazane	0	2	4	2	8
② w toku	11	50	89	344	494
③ zakończone	275	188	339	111	913
① zakończone merytorycznie	268	150	330	104	852
• uznane za zasadne	182	98	233	51	564
• uznane za zasadne w części	5	0	0	0	5
• uznane za niezasadne	81	52	97	53	283
② zakończono bez możliwości oceny*	7	38	9	7	61
<b>Suma końcowa</b>	<b>286</b>	<b>240</b>	<b>432</b>	<b>457</b>	<b>1 415</b>

**Tabela 4.** Liczba zgłoszeń zakończonych w podziale na status sprawy oraz dany kwartał 2018 r.

\*zgłoszenia wycofane bądź zawierające nieuzupełnione braki formalne przez osobę zgłaszającą, brak możliwości pozyskania kopii recept (realizacja powyżej 5 lat), sprawy w trakcie prowadzenia przez organy ścigania

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

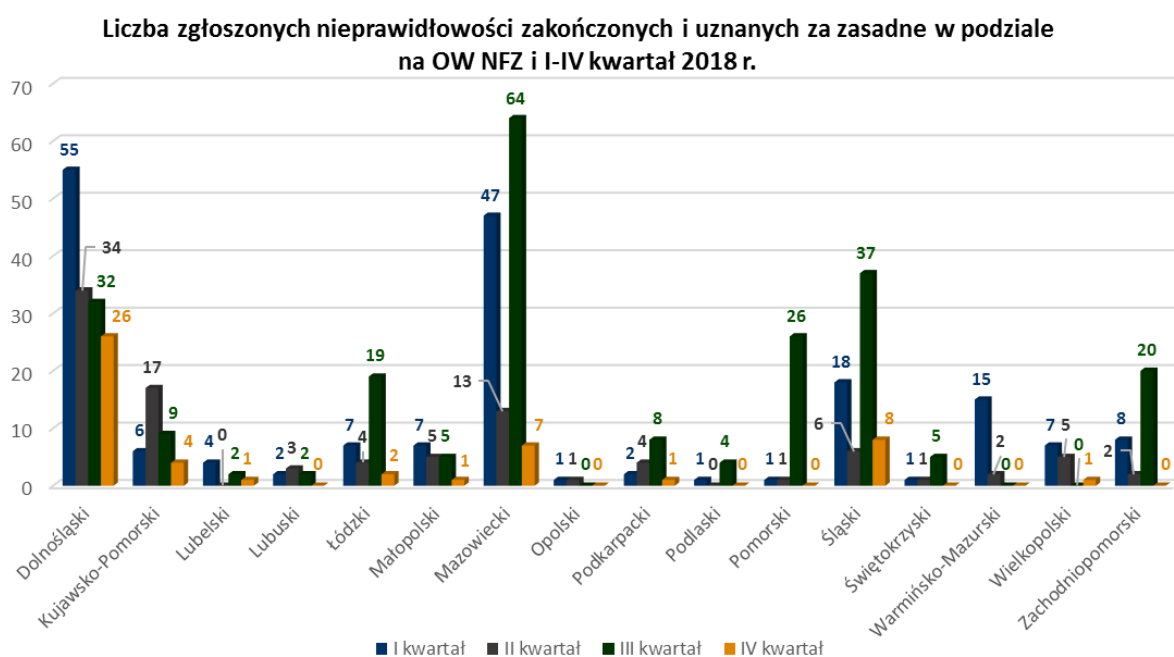
Najwięcej zgłoszeń, których badanie zostało zakończone, uznał za zasadne:

- Dolnośląski OW NFZ – 147, tj. 26,06% zgłoszeń zasadnych i zakończonych,
- Mazowiecki OW NFZ – 131, tj. 23,23%,
- Śląski OW NFZ – 69, tj. 12,23%.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższa tabela i wykres:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne						
OW NFZ	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	2018 r.	udział % OW NFZ w liczbie zgłoszeń zasadnych
Dolnośląski	55	34	32	26	147	26,06%
Kujawsko-Pomorski	6	17	9	4	36	6,38%
Lubelski	4	0	2	1	7	1,24%
Lubuski	2	3	2	0	7	1,24%
Łódzki	7	4	19	2	32	5,67%
Małopolski	7	5	5	1	18	3,19%
Mazowiecki	47	13	64	7	131	23,23%
Opolski	1	1	0	0	2	0,35%
Podkarpacki	2	4	8	1	15	2,66%
Podlaski	1	0	4	0	5	0,89%
Pomorski	1	1	26	0	28	4,96%
Śląski	18	6	37	8	69	12,23%
Świętokrzyski	1	1	5	0	7	1,24%
Warmińsko-Mazurski	15	2	0	0	17	3,01%
Wielkopolski	7	5	0	1	13	2,30%
Zachodniopomorski	8	2	20	0	30	5,32%
Suma końcowa	182	98	233	51	564	100,00%

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



Wykres 4. Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na OW NFZ i dany 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 – 78,85% zakończonych zgłoszeń w tym rodzaju świadczeń uznano za zasadne, tj. 82,
- rehabilitacji leczniczej – 76,98%, tj. 97,
- refundacji leków – 76,19%, tj. 48,
- ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 68,50%, tj. 87,
- leczeniu stomatologicznym – 54,92%, tj. 173,
- leczeniu szpitalnym – 52,00%, tj. 26,
- opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień – 48,10%, tj. 38.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w I-IV kwartale 2018 r.											
Rodzaj świadczeń	I kwartał		II kwartał		III kwartał		IV 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	zgłoszenia zakończone	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne	udział % liczby zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w zgłoszeniach zakończonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń
STM	87	59	68	43	137	69	23	2	315	173	54,92%
REH	24	12	20	10	81	74	1	1	126	97	76,98%
AOS	36	26	28	19	45	30	18	12	127	87	68,50%
POZ	51	48	5	5	29	28	19	1	104	82	78,85%
LEKI	21	16	15	12	17	12	10	8	63	48	76,19%
PSY	6	4	37	3	10	8	26	23	79	38	48,10%
SZP	22	11	10	5	11	7	7	3	50	26	52,00%
INNE	5	3	0	0	4	4	0	0	9	7	77,78%
RTM	2	1	1	1	1	0	0	0	4	2	50,00%
ZPO	0	0	1	0	0	0	1	1	2	1	50,00%
SOR	1	1	0	0	0	0	1	0	2	1	50,00%
brak danych w ZIP	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	100,00%
kolejki oczekujących	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	100,00%
OPH	16	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0,00%
braki formalne	2	0	3	0	3	0	4	0	12	0	0,00%
zgłoszenia wycofane	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0,00%
Suma końcowa	275	182	188	98	339	233	111	51	913	564	61,77%

**Tabela 6.** Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na rodzaj świadczeń oraz dany kwartał 2018 r.

Zasadności zgłoszonych nieprawidłowości nie potwierdzono w opiece paliatywnej i hospicyjnej (16 zgłoszonych nieprawidłowości).

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

Największą zasadność zgłoszonych nieprawidłowości potwierdziły zgłoszenia, dotyczące świadczeń, które faktycznie nie miały miejsca – z 723 zakończonych zgłoszeń 476 uznano za zasadne, tj. 65,84% zakończonych zgłoszeń dla tej nieprawidłowości.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w I-IV kwartale 2018 r.											
Opis nieprawidłowości w zgłoszeniu/ przedmiot zgłoszenia:	I kwartał		II kwartał		III kwartał		IV 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	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	211	155	137	80	286	199	89	42	723	476	65,84%
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	7	5	7	2	10	7	2	0	26	14	53,85%
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	4	4	12	2	5	4	1	1	22	11	50,00%
4-Inne	51	18	30	14	36	23	19	8	136	63	46,32%
braki formalne	1	0	2	0	2	0	0	0	5	0	0,00%
wycofano zgłoszenie	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0,00%
Suma końcowa	275	182	188	98	339	233	111	51	913	564	61,77%

**Tabela 7.** Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na rodzaj nieprawidłowości zgłoszenia oraz dany 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 1 415 zgłoszeń wyniosła w analizowanym okresie **381 413,88 zł**, nie uwzględniając świadczeń rozliczanych ryczałtowo.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	Wartość świadczeń/ refundacji wynikająca ze zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP w I-IV kwartale 2018 r.				
	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	Suma końcowa
Dolnośląski	5 351,49	5 475,29	9 011,74	9 135,57	28 974,09
Kujawsko-Pomorski	814,43	2 901,52	3 270,63	4 124,10	11 110,68
Lubelski	406,25	862,53	186,28	185,86	1 640,92
Lubuski	192,87	262,05	177,42	5 014,10	5 646,44
Łódzki	2 463,09	4 481,37	4 444,06	2 482,54	13 871,06
Małopolski	10 689,18	2 757,63	1 777,83	2 029,29	17 253,93
Mazowiecki	16 127,02	2 802,49	4 309,30	3 530,27	26 769,08
Opolski	128,52	4 187,30	0,00	418,00	4 733,82
Podkarpacki	113,75	11 637,91	592,63	84,54	12 428,83
Podlaski	17,88	0,00	593,35	0,00	611,23
Pomorski	585,00	620,36	3 177,12	527,00	4 909,48
Śląski	190 733,70	5 796,07	2 450,86	3 451,73	202 432,36
Świętokrzyski	305,45	2 321,64	493,14	109,40	3 229,63
Warmińsko-Mazurski	942,00	620,48	128,84	0,00	1 691,32
Wielkopolski	5 972,17	4 762,28	1 876,19	4 847,10	17 457,74
Zachodniopomorski	24 249,51	2 593,70	1 765,34	44,72	28 653,27
<b>Suma końcowa</b>	<b>259 092,31</b>	<b>52 082,62</b>	<b>34 254,73</b>	<b>35 984,22</b>	<b>381 413,88</b>

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

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

W I-IV kwartale 2018 r. ze wszystkich zgłoszonych w okresie sprawozdawczym nieprawidłowości na podstawie danych w ZIP odzyskano łącznie kwotę **77 481,68 zł**, z czego największą za świadczenia w rodzaju:

- leczenie szpitalne – **41 938,55 zł**, tj. **54,13%** wszystkich odzyskanych środków,
- leczenie stomatologiczne – **19 200,01 zł**, tj. **24,78%**,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna – **8 694,30 zł**, tj. **11,22%**,
- podstawowa opieka zdrowotna – **2 574,72 zł**, tj. **3,32%**.

Największe kwoty odzyskał:

- Zachodniopomorski OW NFZ – **23 714,10 zł**, tj. **30,61%** wszystkich odzyskanych środków,
- Dolnośląski OW NFZ – **15 289,34 zł**, tj. **19,73%**,
- Podkarpacki OW NFZ – **12 118,00 zł**, tj. **15,64%**.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Kwota środków odzyskanych w 2018 r.										
OW NFZ	SZP	STM	AOS	POZ	REH	PSY	LEKI	INNE	razem 2018 r.	% udział OW NFZ w wielkości środków odzyskanych
Dolnośląski	2 990,50	8 452,96	1 295,31	1 812,72	7,56	730,29	0,00	0,00	15 289,34	19,73%
Kujawsko-Pomorski	0,00	2 906,80	256,15	0,00	938,00	0,00	0,00	545,00	4 645,95	6,00%
Lubelski	0,00	276,05	0,00	49,00	0,00	0,00	0,00	0,00	325,05	0,42%
Lubuski	0,00	126,00	215,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	341,49	0,44%
Łódzki	1 976,00	1 608,92	350,70	0,00	0,00	0,00	147,88	0,00	4 083,50	5,27%
Małopolski	0,00	11,11	1 028,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1 039,53	1,34%
Mazowiecki	832,05	1 190,33	1 674,87	0,00	504,90	52,50	0,00	0,00	4 254,65	5,49%
Opolski	0,00	128,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	128,52	0,17%
Podkarpacki	11 440,00	406,85	271,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12 118,00	15,64%
Podlaski	0,00	347,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	347,25	0,45%
Pomorski	0,00	2 051,10	854,93	0,00	84,00	0,00	0,00	0,00	2 990,03	3,86%
Śląski	1 560,00	339,48	1 911,34	713,00	0,00	1 001,11	479,64	0,00	6 004,57	7,75%
Świętokrzyski	0,00	677,74	62,40	0,00	469,26	0,00	0,00	0,00	1 209,40	1,56%
Warmińsko-Mazurski	0,00	121,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	121,86	0,16%
Wielkopolski	0,00	555,04	313,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	868,44	1,12%
Zachodniopomorski	23 140,00	0,00	460,14	0,00	0,00	113,96	0,00	0,00	23 714,10	30,61%
<b>razem 2018 r.</b>	<b>41 938,55</b>	<b>19 200,01</b>	<b>8 694,30</b>	<b>2 574,72</b>	<b>2 003,72</b>	<b>1 897,86</b>	<b>627,52</b>	<b>545,00</b>	<b>77 481,68</b>	<b>100,00%</b>
% udział rodzaju świadczeń w wartości środków odzyskanych	54,13%	24,78%	11,22%	3,32%	2,59%	2,45%	0,81%	0,70%	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 OW NFZ oraz dany kwartał 2018 r.

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

W analizowanym okresie wartość nałożonych kar umownych wyniosła **9 476,79 zł**:

- Śląski OW NFZ – **6 071,00 zł**, tj. 64,06% łącznej wartości nałożonych kar umownych,
- Wielkopolski OW NFZ – **1 919,24 zł**, tj. 20,25%,
- Zachodniopomorski OW NFZ – **1 275,12 zł**, tj. 13,46%,
- Małopolski OW NFZ – **211,43 zł**, tj. 2,23%.

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

W 2018 r. na skutek zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP, przeprowadzono łącznie 2 kontrole w Lubelskim i Wielkopolskim OW NFZ oraz 1 zaplanowano do zrealizowania w Pomorskim OW NFZ.

Do Prokuratury przekazano 23 zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa w związku z 76 zgłoszonymi nieprawidłowościami w następujących OW NFZ: Łódzkim, Małopolskim, Pomorskim, Śląskim, Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim.

## II.7. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO

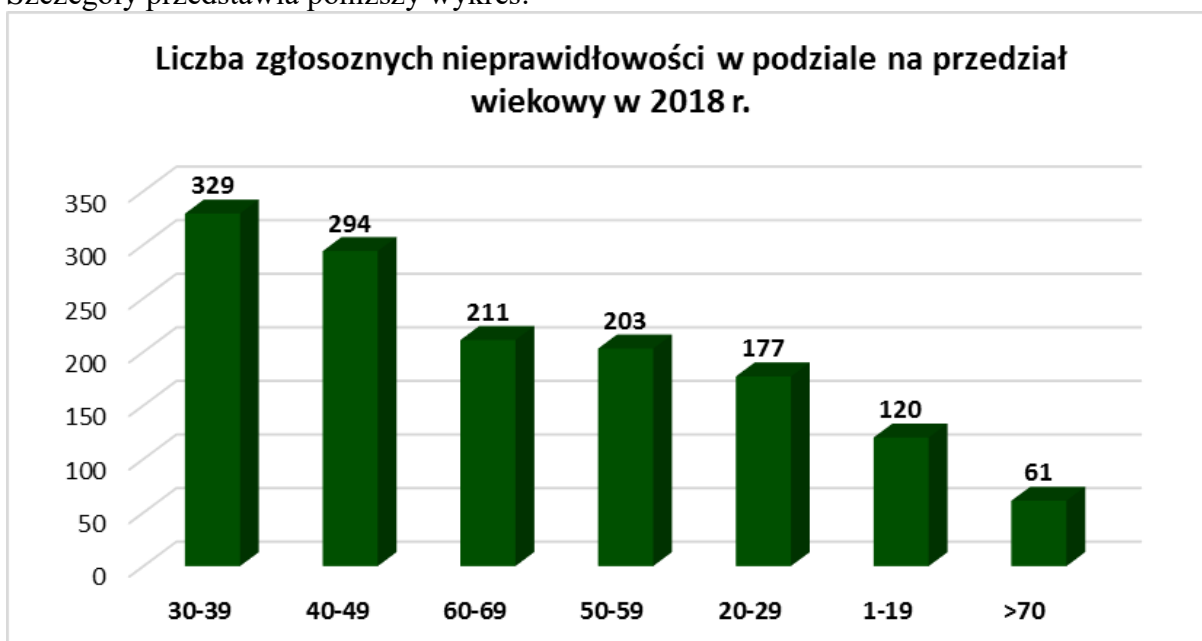
W 898 sprawach zakończonych, w których w analizowanym okresie wysłano odpowiedzi świadczeniobiorcy średni czas trwania postępowania (od daty wpływu do daty wysłania odpowiedzi do świadczeniobiorcy) wyniósł około 58 dni.

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

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

- **30-39 lat** – 329, tj. 23,25% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- **40-49 lat** – 294, tj. 20,78%,
- **60-69 lat** – 211, tj. 14,91%,
- **50-59 lat** – 203, tj. 14,35%,
- **20-29 lat** – 177, tj. 12,51%,
- **1-19 lat** – 120, tj. 8,48%,
- **>70 lat** – 61, tj. 4,31%,
- 20 zgłoszeń (1,41%) 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 przedziały wiekowe i dany kwartał 2018 r.

<sup>2</sup> Podział na przedziały według wieku osoby na dzień wpływu zgłoszenia (data urodzenia ustalona na podstawie nr pesel).

### **III. WNIOSKI I REKOMENDACJE**

1. Wysoki odsetek spraw uznanych za zasadne po merytorycznym zakończonym postępowaniu wyjaśniającym (**66,20%**) 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 leczenia szpitalnego, 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.**