



DEPARTAMENT KONTROLI

**SPRAWOZDANIE
Z NIEPRAWIDŁOWOŚCI ZGŁOSZONYCH
PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCÓW
NA PODSTAWIE DANYCH
W ZINTEGROWANYM INFORMATORZE
PACJENTA
W I PÓŁROCZU 2019 r.**

WARSZAWA, SIERPIEŃ 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	8
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	13
II.8. STRUKTURA WIEKOWA ŚWIADCZENIOBIORCY, KTÓREGO DOTYCZYŁA ZGŁOSZONA NIEPRAWIDŁOWOŚĆ	14
III. WNIOSKI I REKOMENDACJE.....	14

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 półrocze 2019 r. wynika, że:

- wpłynęło łącznie **628** zgłoszeń o nieprawidłowościach¹;
- z **628** zgłoszeń zakończono **460** postępowań wyjaśniających, w toku wyjaśniania pozostało **161** postępowań, **7** było w trakcie przekazywania do właściwego OW NFZ;
- z **460** zakończonych postępowań, merytorycznie zakończono **428 zgłoszeń**, z czego **259** zgłoszeń uznano za zasadne, co stanowi **60,51% spraw zakończonych merytorycznie (tj. 56,30% wszystkich spraw zakończonych)**;
- ogólna wartość świadczeń/refundacji, wynikająca ze wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP, wyniosła **113 166,63 zł**, nie uwzględniając świadczeń, których wycena wprost nie jest możliwa ze względu na sposób rozliczeń, tj. ryczałt/kapitacja;
- odzyskano kwotę **16 040,97 zł** za nienależnie wypłacone środki oraz nałożono kary umowne w kwocie **32 525,62 zł**;
- największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła świadczeń, których udzielenia pacjenci nie potwierdzili – **518** zgłoszonych nieprawidłowości;
- najwięcej zgłoszeń dotyczyło nieprawidłowości w następujących rodzajach świadczeń: leczenie stomatologiczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, refundacja leków oraz rehabilitacja lecznicza.

¹ Stan na dzień przekazania zestawień przez OW NFZ, tj. 10 lipca 2019 r., przydział do danego kwartału nastąpił na podstawie daty wpływu zgłoszenia; 9 zgłoszonych nieprawidłowości zostało usuniętych z uwagi na przekazanie z oddziału do właściwego oddziału (usunięte z oddziału przekazującego z powodu dublowania tych samych zgłoszeń).

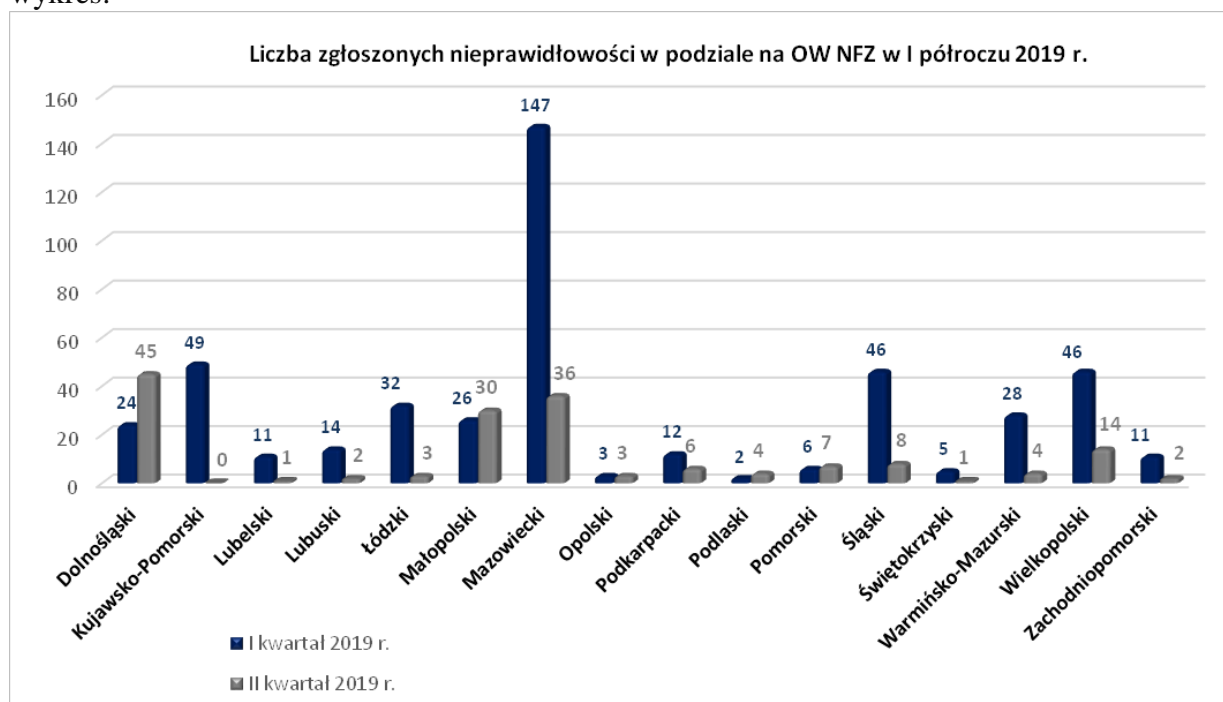
II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE

II.1. LICZBA ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA OW NFZ

W I półroczu 2019 roku do OW NFZ wpłynęło 628 zgłoszeń, z czego:

- w I kwartale 462, tj. 73,57% zgłoszonych nieprawidłowości,
- w II kwartale 166, tj. 26,43%.

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



Wykres 1. Liczba zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na OW NFZ i dany kwartał w I półroczu 2019 r.

Najwięcej zgłoszeń wpłynęło w: Mazowieckim (29,14%), Dolnośląskim (10,99%) i Wielkopolskim (9,55%) OW NFZ. Najmniej zgłoszonych nieprawidłowości zarejestrowano w: Opolskim, Podlaskim i Świętokrzyskim (po 0,96%), Lubelskim (1,91%) oraz w Pomorskim i Zachodniopomorskim (po 2,07%) OW NFZ.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	Liczba zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP			Udział % OW NFZ w liczbie zgłoszonych nieprawidłowości		
	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	I półrocze 2019 r.	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	I półrocze 2019 r.
Dolnośląski	24	45	69	5,19%	27,11%	10,99%
Kujawsko-Pomorski	49	0	49	10,61%	0,00%	7,80%
Lubelski	11	1	12	2,38%	0,60%	1,91%
Lubuski	14	2	16	3,03%	1,20%	2,55%
Łódzki	32	3	35	6,93%	1,81%	5,57%
Małopolski	26	30	56	5,63%	18,07%	8,92%
Mazowiecki	147	36	183	31,82%	21,69%	29,14%
Opolski	3	3	6	0,65%	1,81%	0,96%
Podkarpacki	12	6	18	2,60%	3,61%	2,87%
Podlaski	2	4	6	0,43%	2,41%	0,96%
Pomorski	6	7	13	1,30%	4,22%	2,07%
Śląski	46	8	54	9,96%	4,82%	8,60%
Świętokrzyski	5	1	6	1,08%	0,60%	0,96%
Warmińsko-Mazurski	28	4	32	6,06%	2,41%	5,10%
Wielkopolski	46	14	60	9,96%	8,43%	9,55%
Zachodniopomorski	11	2	13	2,38%	1,20%	2,07%
Suma końcowa	462	166	628	100,00%	100,00%	100,00%

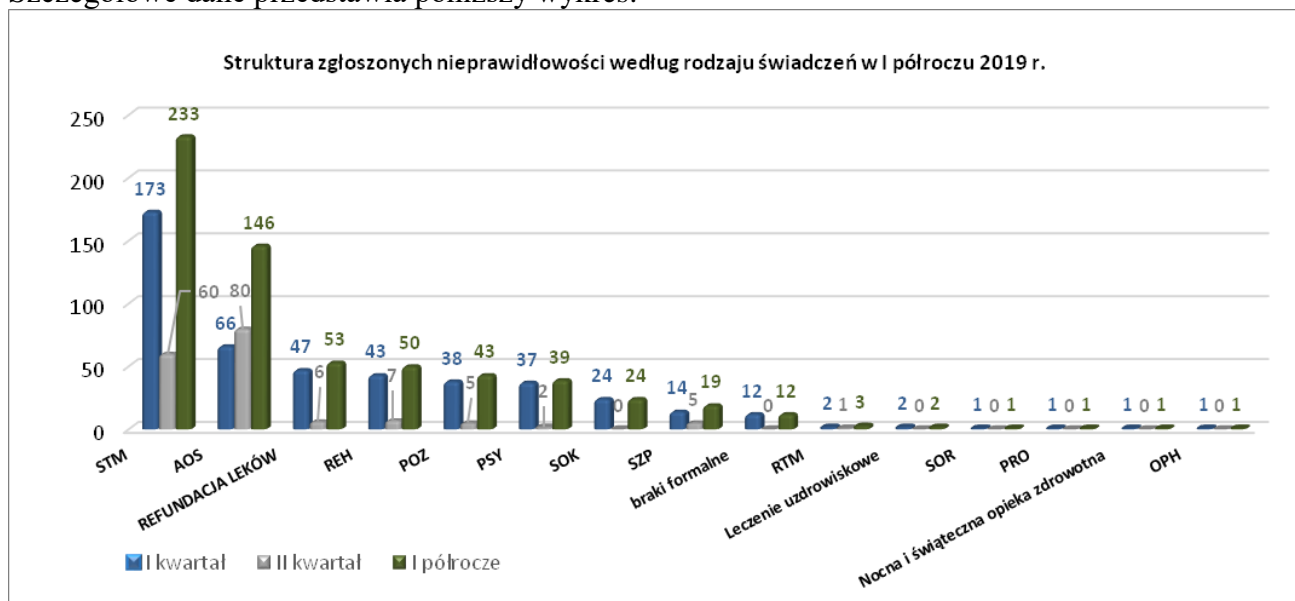
Tabela 1. Liczba i wartość % zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na OW NFZ i dany kwartał w I półroczu 2019 r.

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

Największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła:

- leczenia stomatologicznego – 233, tj. 37,10% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 146, tj. 23,25%,
- refundacji leków – 53, tj. 8,44%,
- rehabilitacji leczniczej – 50, tj. 7,96%.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres:



Wykres 2. Struktura zgłoszonych nieprawidłowości według rodzaju świadczeń w I półroczu 2019 r.

Z 233 zgłoszeń dotyczących **leczenia stomatologicznego** najwięcej dotyczyło świadczeń ogólnostomatologicznych (203).

Z 146 zgłoszeń dotyczących **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** najwięcej dotyczyło świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii (53).

53 zgłoszenia dotyczyły **refundacji leków**.

Z 50 zgłoszeń dotyczących **rehabilitacji leczniczej** najwięcej dotyczyło fizjoterapii ambulatoryjnej (33).

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

rodzaj świadczeń/zakres świadczeń	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	I półrocze 2019 r.	% udział liczby zgłoszeń w danym rodzaju/zakresie świadczeń
STM	173	60	233	37,10%
Świadczenia ogólnostomatologiczne	146	57	203	32,32%
Świadczenia w zakresie stomatologii zachowawczej	22	1	23	3,66%
Świadczenia w zakresie chirurgii stomatologicznej i periodontologii	2	2	4	0,64%
Świadczenia w zakresie protetyki stomatologicznej	3	0	3	0,48%
AOS	66	80	146	23,25%
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	12	41	53	8,44%
Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej	6	12	18	2,87%
Świadczenia w zakresie onkologii	2	9	11	1,75%
Świadczenia w zakresie otolaryngologii	4	6	10	1,59%
Świadczenia w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej	8	0	8	1,27%
Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	5	3	8	1,27%
Świadczenia w zakresie neurologii	6	1	7	1,11%
Świadczenia w zakresie okulistyki	6	0	6	0,96%
Świadczenia w zakresie dermatologii	4	0	4	0,64%
Świadczenia w zakresie laryngologii	2	2	4	0,64%
Świadczenia w zakresie pulmonologii	3	0	3	0,48%
Świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii	3	0	3	0,48%
Świadczenia w zakresie endokrynologii	2	0	2	0,32%
Świadczenia w zakresie urologii	1	1	2	0,32%
Świadczenia w zakresie kardiologii	0	2	2	0,32%
Świadczenia w zakresie gastroenterologii	0	1	1	0,16%
Badania rezonansu magnetycznego	1	0	1	0,16%
Świadczenia w zakresie diabetologii	1	0	1	0,16%
Świadczenia w zakresie hematologii	0	1	1	0,16%
Świadczenia ambulatoryjne	0	1	1	0,16%
REFUNDACJA LEKÓW	47	6	53	8,44%
REH	43	7	50	7,96%
Fizjoterapia ambulatoryjna	30	3	33	5,25%
Rehabilitacja w warunkach domowych	10	0	10	1,59%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa	3	4	7	1,11%
POZ	38	5	43	6,85%
PSY	37	2	39	6,21%
SOK	24	0	24	3,82%
SZP	14	5	19	3,03%
braki formalne	12	0	12	1,91%
RTM	2	1	3	0,48%
UZD	2	0	2	0,32%
SOR	1	0	1	0,16%
Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	1	0	1	0,16%
OPH	1	0	1	0,16%
PRO	1	0	1	0,16%
Suma końcowa	462	166	628	100,00%

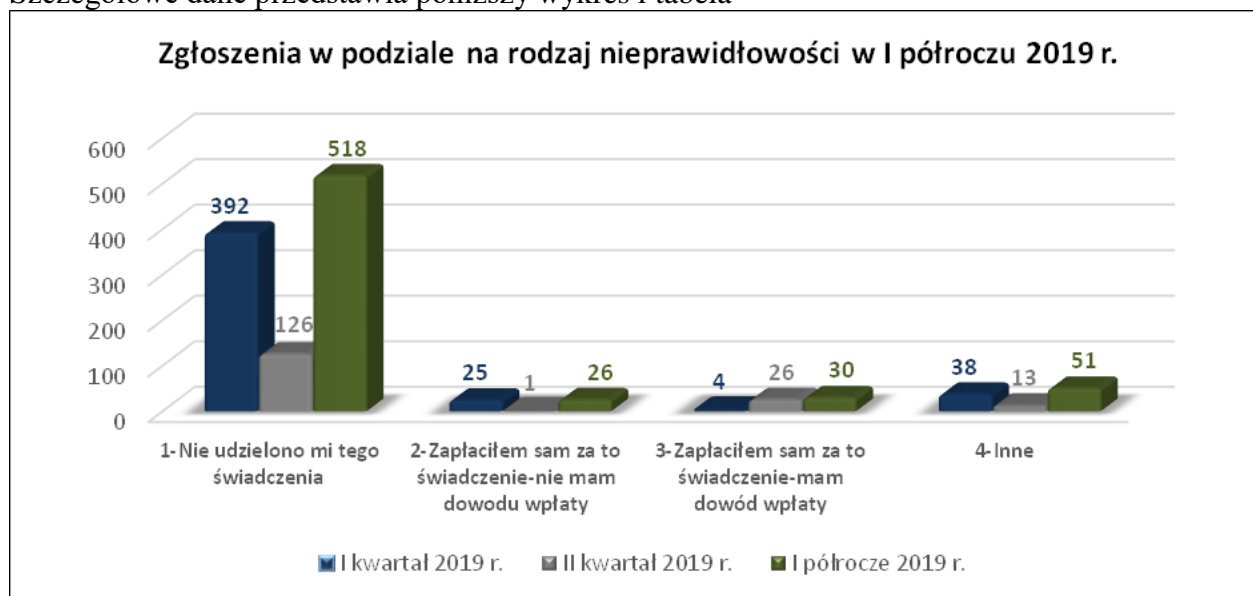
Tabela 2. Struktura zgłoszonych nieprawidłowości według rodzaju i zakresu świadczeń w I półroczu 2019 r.

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

Z 628 wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości najwięcej dotyczyło:

- świadczeń, które nie miały miejsca – 518 zgłoszeń,
- świadczeń, za które pacjent zapłacił, a które zostały wykazane do finansowania przez NFZ – 56 zgłoszeń.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres i tabela



Wykres 3. Liczba zgłoszeń w podziale na rodzaj nieprawidłowości w I półroczu 2019 r.

Opis nieprawidłowości w zgłoszeniu/ przedmiot zgłoszenia:	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	I półrocze 2019 r.	% rodzaju zgłoszonych nieprawidłowości w odniesieniu do wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	392	126	518	82,48%
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	25	1	26	4,14%
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	4	26	30	4,78%
4-Inne	38	13	51	8,12%
Zgłoszenie zawierające nieuzupełnione braki formalne	3	0	3	0,48%
Suma końcowa	462	166	628	100,00%

Tabela 3. Liczba zgłoszeń w podziale na rodzaj nieprawidłowości w I półroczu 2019 r.

II.4. ZGŁOSZENIA ZASADNE

Z 628 wszystkich zgłoszeń w analizowanym okresie zakończono 428 spraw rozpatrzonych merytorycznie, z których za zasadne uznano 259 zgłoszeń, tj. 60,51% spraw zakończonych merytorycznie oraz 56,30% wszystkich spraw zakończonych.

Status sprawy/ocena zasadności zgłoszeń	I kwartał 2019 r.		II kwartał 2019 r.		I półrocze 2019 r.	
	Liczba zgłoszonych nieprawidłowości	% statusu zgłoszonych nieprawidłowości w odniesieniu do: ①, ②, ③ - wszystkich zgłoszeń ①, ② - zgłoszeń zakończonych • - zgłoszeń zakończonych merytorycznie	Liczba zgłoszonych nieprawidłowości	% statusu zgłoszonych nieprawidłowości w odniesieniu do: ①, ②, ③ - wszystkich zgłoszeń ①, ② - zgłoszeń zakończonych • - zgłoszeń zakończonych merytorycznie	Liczba zgłoszonych nieprawidłowości	% statusu zgłoszonych nieprawidłowości w odniesieniu do: ①, ②, ③ - wszystkich zgłoszeń ①, ② - zgłoszeń zakończonych • - zgłoszeń zakończonych merytorycznie
① przekazane	7	1,52%	0	0,00%	7	1,11%
② w toku	83	17,97%	78	46,99%	161	25,64%
③ zakończone	372	80,52%	88	53,01%	460	73,25%
① zakończone merytorycznie	340	91,40%	88	100,00%	428	93,04%
• uznane za zasadne	191	56,18%	68	77,27%	259	60,51%
• uznane za niezasadne	149	43,82%	20	22,73%	169	39,49%
② zakończono bez możliwości oceny*	32	8,60%	0	0,00%	32	6,96%
Suma końcowa	462	100,00%	166	35,93%	628	100,00%

Tabela 4. Liczba zgłoszeń zakończonych w podziale na status sprawy w I półroczu 2019 r.

*zgłoszenia zawierające nieuzupełnione braki formalne przez osobę zgłaszającą (15 zgłoszeń), brak możliwości oceny z uwagi na zalanie budynku (16 zgłoszeń) oraz brak możliwości oceny z uwagi na nieprawidłowości dotyczące recept sprzed okresu 5 lat (1 zgłoszenie).

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

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

- Dolnośląski i Kujawsko-Pomorski OW NFZ – po 49, tj. po 18,92% zgłoszeń zasadnych i zakończonych merytorycznie,
- Małopolski OW NFZ – 38, tj. 14,67%,
- Śląski OW NFZ – 30, tj. 11,58%.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższa tabela i wykres:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne				
OW NFZ	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	I półrocze 2019 r.	udział % OW NFZ w liczbie zgłoszeń zasadnych
Dolnośląski	13	36	49	18,92%
Kujawsko-Pomorski	49	0	49	18,92%
Lubelski	10	1	11	4,25%
Lubuski	9	0	9	3,47%
Łódzki	8	0	8	3,09%
Małopolski	16	22	38	14,67%
Mazowiecki	27	1	28	10,81%
Opolski	2	0	2	0,77%
Podkarpacki	11	1	12	4,63%
Podlaski	2	1	3	1,16%
Pomorski	4	2	6	2,32%
Śląski	30	0	30	11,58%
Świętokrzyski	2	1	3	1,16%
Wielkopolski	0	3	3	1,16%
Zachodniopomorski	8	0	8	3,09%
Suma końcowa	191	68	259	100,00%

Tabela 5. Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na OW NFZ w I półroczu 2019 r.



Wykres 4. Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na OW NFZ w I półroczu 2019 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:

- ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 77,14% zakończonych zgłoszeń w tym rodzaju świadczeń uznano za zasadne, tj. 81,
- rehabilitacji leczniczej – 97,50%, tj. 39,
- refundacji leków – 81,58% tj. 31,
- leczeniu stomatologicznym – 16,28%, tj. 28.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Liczba wszystkich zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w I półroczu 2019 r.							
Rodzaj świadczeń	zgłoszenia zakończone w I kwartale	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne w I kwartale	zgłoszenia zakończone w II kwartale	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne w II kwartale	zgłoszenia zakończone w I półroczu	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne w I półroczu	udział % liczby zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w zgłoszeniach zakończonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń w I półroczu
AOS	44	29	61	52	105	81	77,14%
REH	33	33	7	6	40	39	97,50%
LEKI	34	28	4	3	38	31	81,58%
STM	166	25	6	3	172	28	16,28%
SOK	24	24	0	0	24	24	100,00%
POZ	24	21	5	0	29	21	72,41%
PSY	19	19	1	1	20	20	100,00%
SZP	9	8	3	2	12	10	83,33%
RTM	2	2	1	1	3	3	100,00%
OPH	1	1	0	0	1	1	100,00%
SOR	1	1	0	0	1	1	100,00%
braki formalne	12	0	0	0	12	0	0,00%
UZD	2	0	0	0	2	0	0,00%
PRO	1	0	0	0	1	0	0,00%
Suma końcowa	372	191	88	68	460	259	56,30%

Tabela 6. Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na rodzaj świadczeń w I półroczu 2019 r.

Zasadności zgłoszonych nieprawidłowości nie potwierdzono w leczeniu uzdrowiskowym (2 zgłoszone nieprawidłowości) oraz programach zdrowotnych (1 zgłoszona nieprawidłowość).

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

Największą zasadność zgłoszonych nieprawidłowości (spośród zgłoszeń, w których zakończono minimum 10 spraw) potwierdziły zgłoszenia, dotyczące świadczeń, które faktycznie nie miały miejsca – z 392 zakończonych zgłoszeń 236 uznano za zasadne, tj. 54,37% zakończonych zgłoszeń dla tej nieprawidłowości.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Opis nieprawidłowości w zgłoszeniu/ przedmiot zgłoszenia	Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w I kwartale 2019 r.		Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w II kwartale 2019 r.		Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w I półroczu 2019 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	udział % liczby zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w zgłoszeniach zakończonych dla poszczególnych nieprawidłowości
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	309	168	83	68	392	236	54,37%
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	25	2	0	0	25	2	8,00%
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	4	3	0	0	4	3	75,00%
4-Inne	31	18	5	0	36	18	58,06%
braki formalne	3	0	0	0	3	0	0,00%
Suma końcowa	372	191	88	68	460	259	51,34%

Tabela 7. Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na rodzaj nieprawidłowości zgłoszenia w I półroczu 2019 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 628 zgłoszeń wyniosła w analizowanym okresie **113 166,63 zł**, nie uwzględniając świadczeń rozliczanych ryczałtowo.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	Wartość świadczeń/ refundacji wynikająca ze zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP w I kwartale 2019 r.	Wartość świadczeń/ refundacji wynikająca ze zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP w II kwartale 2019 r.	Wartość świadczeń/ refundacji wynikająca ze zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP w I półroczu 2019 r.
Dolnośląski	3 946,39	2 136,72	6 083,11
Kujawsko-Pomorski	46 731,99	0,00	46 731,99
Lubelski	790,86	0,00	790,86
Lubuski	1 041,83	145,86	1 187,69
Łódzki	7 490,35	750,24	8 240,59
Małopolski	3 146,30	1 718,37	4 864,67
Mazowiecki	8 304,88	962,98	9 267,86
Opolski	123,36	0,00	123,36
Podkarpacki	0,00	0,00	0,00
Podlaski	59,16	528,58	587,74
Pomorski	9 171,84	1 855,04	11 026,88
Śląski	11 770,41	3 464,56	15 234,97
Świętokrzyski	1 901,38	2 142,00	4 043,38
Warmińsko-Mazurski	0,00	110,00	110,00
Wielkopolski	3 063,32	682,04	3 745,36
Zachodniopomorski	846,47	281,70	1 128,17
Suma końcowa	98 388,54	14 778,09	113 166,63

Tabela 8. Wartość świadczeń/refundacji wynikająca ze zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP w podziale na OW NFZ w I półroczu 2019 r.

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

W I półroczu 2019 r. ze wszystkich zgłoszonych w okresie sprawozdawczym nieprawidłowości na podstawie danych w ZIP odzyskano łącznie kwotę **16 040,97 zł**, z czego największą za świadczenia w rodzaju:

- rehabilitacja lecznicza – **4 846,10 zł**, tj. **30,21%** wszystkich odzyskanych środków,
- leczenie stomatologiczne – **4 263,09 zł**, tj. **26,58%**,
- leczenie szpitalne – **3 191,00 zł**, tj. **19,89%**,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna – **2 213,22 zł**, tj. **13,80%**.

Największe kwoty odzyskał:

- Pomorski OW NFZ – **4 229,58 zł**, tj. **26,37%** wszystkich odzyskanych środków,
- Dolnośląski OW NFZ – **4 095,77 zł**, tj. **25,53%**,
- Łódzki OW NFZ – **3 496,40 zł**, tj. **21,80%**.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	REH	STM	SZP	AOS	LEKI	PSY	POZ	Suma końcowa	% udział OW NFZ w wielkości środków odzyskanych
Pomorski	3 990,00	0,00	0,00	239,58	0,00	0,00	0,00	4 229,58	26,37%
Dolnośląski	0,00	2 758,15	0,00	1 337,62	0,00	0,00	0,00	4 095,77	25,53%
Łódzki	14,40	163,40	3 191,00	127,60	0,00	0,00	0,00	3 496,40	21,80%
Śląski	0,00	596,66	0,00	250,92	571,74	0,00	0,00	1 419,32	8,85%
Mazowiecki	139,70	94,76	0,00	154,00	542,81	0,00	0,00	931,27	5,81%
Lubelski	702,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	702,00	4,38%
Zachodniopomorski	0,00	240,03	0,00	0,00	45,20	62,40	92,93	440,56	2,75%
Małopolski	0,00	292,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	292,03	1,82%
Lubuski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	115,28	0,00	115,28	0,72%
Opolski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	97,20	0,00	97,20	0,61%
Świętokrzyski	0,00	58,90	0,00	31,50	0,00	0,00	0,00	90,40	0,56%
Kujawsko-Pomorski	0,00	0,00	0,00	72,00	0,00	0,00	0,00	72,00	0,45%
Podlaski	0,00	59,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	59,16	0,37%
Podkarpacki	0,00	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	0,00%
Wielkopolski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Suma końcowa	4 846,10	4 263,09	3 191,00	2 213,22	1 159,75	274,88	92,93	16 040,97	100,00%
% udział rodzaju świadczeń w wartości środków odzyskanych	30,21%	26,58%	19,89%	13,80%	7,23%	1,71%	0,58%	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 w I półroczu 2019 r.

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

W analizowanym okresie wartość nałożonych kar umownych wyniosła **32 525,62 zł**:

- Dolnośląski OW NFZ – **28 911,74 zł**, tj. 88,89% łącznej wartości nałożonych kar umownych,
- Małopolski OW NFZ – **1 737,40 zł**, tj. 5,34%,
- Śląski OW NFZ – **1 300,00 zł**, tj. 4,00%,
- Zachodniopomorski OW NFZ – **433,38 zł**, tj. 1,33%,
- Mazowiecki OW NFZ – **143,10 zł**, tj. 0,44%.

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

W I półroczu 2019 r. na skutek zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP, przeprowadzono 1 kontrolę w Dolnośląskim OW NFZ oraz 1 zaplanowano do zrealizowania w Lubuskim OW NFZ.

W związku ze zgłoszonymi nieprawidłowościami, do Prokuratury przekazano 2 zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

II.7. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO

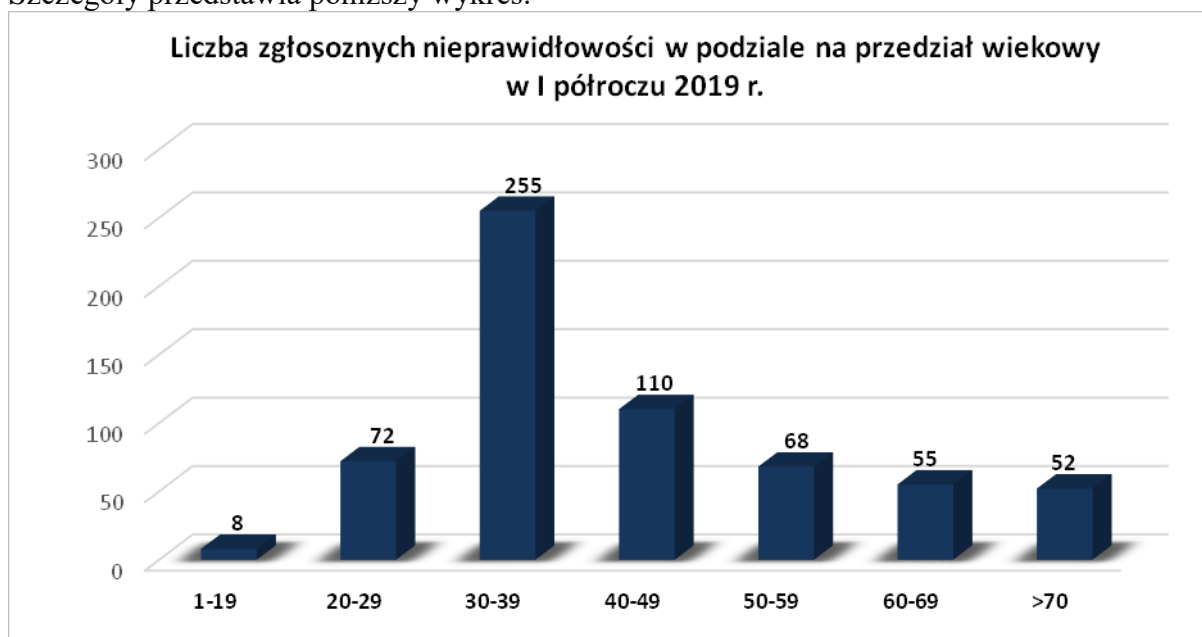
W 460 sprawach zakończonych, w których w analizowanym okresie wysłano odpowiedzi świadczeniobiorcy średni czas trwania postępowania (od daty wpływu do daty wysłania odpowiedzi do świadczeniobiorcy) wyniósł około 47 dni.

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 – 255, tj. 40,61% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- 40-49 lat - 110, tj. 17,52%,
- 20-29 lat – 72, tj. 11,46%,
- 50-59 lat – 68, tj. 10,83%,
- 60-69 lat – 55, tj. 8,76%,
- >70 lat – 52, tj. 8,28%,
- 1-19 lat – 8, tj. 1,27%,
- 8 zgłoszeń (1,27%) nie zawierało podanego numeru PESEL (nie uzupełnione przez świadczeniobiorcę braki formalne w zgłoszeniach).

Szczegóły przedstawia poniższy wykres:



Wykres 5. Liczba zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na przedział wiekowy w I półroczu 2019 r.

III. WNIOSKI I REKOMENDACJE

Wysoka liczba zgłoszeń dotyczących: leczenia stomatologicznego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, refundacji leków oraz rehabilitacji leczniczej, potwierdza, że obszary te wymagają systematycznej weryfikacji oraz działań nadzorczych NFZ.

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