



DEPARTAMENT KONTROLI

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

WARSZAWA, STYCZEŃ 2020 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	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 2019 r. wynika, że:

- wpłynęło łącznie **796** zgłoszeń o nieprawidłowościach¹;
- z **796** zgłoszeń zakończono **631** postępowań wyjaśniających, w toku wyjaśniania pozostało **151** postępowań, **14** było w trakcie przekazywania do właściwego OW NFZ;
- z **631** zakończonych postępowań, merytorycznie zakończono **591 zgłoszeń**, z czego **364** zgłoszeń uznano za zasadne, co stanowi **61,59% spraw zakończonych merytorycznie (tj. 57,69% wszystkich spraw zakończonych)**;
- ogólna wartość świadczeń/refundacji, wynikająca ze wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP, wyniosła **216 806,93 zł**, nie uwzględniając świadczeń, których wycena wprost nie jest możliwa ze względu na sposób rozliczeń, tj. ryczałt/kapitacja;
- odzyskano kwotę **18 843,83 zł** za nienależnie wypłacone środki oraz nałożono kary umowne w kwocie **32 881,52 zł**;
- największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła świadczeń, których udzielenia pacjenci nie potwierdzili – **652** zgłoszonych nieprawidłowości;
- najwięcej zgłoszeń dotyczyło nieprawidłowości w następujących rodzajach świadczeń: leczenie stomatologiczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza oraz refundacja leków.

¹ Stan na dzień przekazania zestawień przez OW NFZ, tj. 10 października 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).

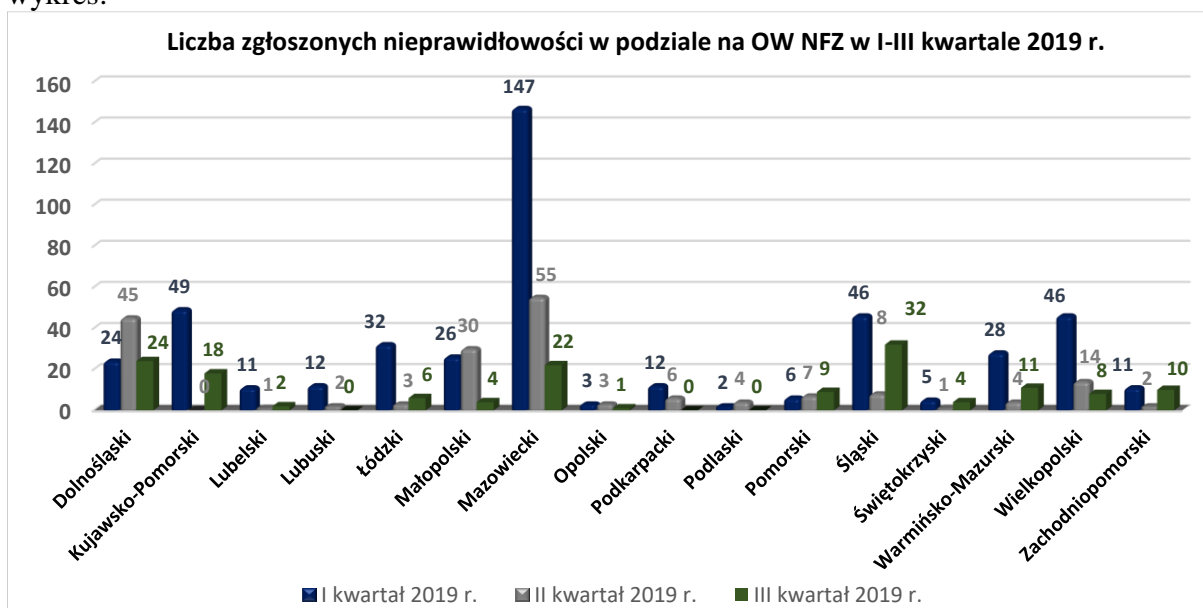
II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE

II.1. LICZBA ZGŁOSZEŃ W PODZIALE NA OW NFZ

W I-III kwartale 2019 roku do OW NFZ wpłynęło 796 zgłoszeń, z czego:

- w I kwartale 460, tj. 57,79% zgłoszonych nieprawidłowości,
- w II kwartale 185, tj. 23,24%,
- w III kwartale 151, tj. 18,97%.

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-III kwartale 2019 r.

Najwięcej zgłoszeń wpłynęło w: Mazowieckim (28,14%), Dolnośląskim (11,68%) i Śląskim (10,80%) OW NFZ. Najmniej zgłoszonych nieprawidłowości zarejestrowano w: Podlaskim (0,75%), Opolskim (0,88%) i Świętokrzyskim (1,26%) 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.	III kwartał 2019 r.	I-III kwartał 2019 r.	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	III kwartał 2019 r.	I-III kwartał 2019 r.
Dolnośląski	24	45	24	93	5,22%	24,32%	15,89%	11,68%
Kujawsko-Pomorski	49	0	18	67	10,65%	0,00%	11,92%	8,42%
Lubelski	11	1	2	14	2,39%	0,54%	1,32%	1,76%
Lubuski	12	2	0	14	2,61%	1,08%	0,00%	1,76%
Łódzki	32	3	6	41	6,96%	1,62%	3,97%	5,15%
Małopolski	26	30	4	60	5,65%	16,22%	2,65%	7,54%
Mazowiecki	147	55	22	224	31,96%	29,73%	14,57%	28,14%
Opolski	3	3	1	7	0,65%	1,62%	0,66%	0,88%
Podkarpacki	12	6	0	18	2,61%	3,24%	0,00%	2,26%
Podlaski	2	4	0	6	0,43%	2,16%	0,00%	0,75%
Pomorski	6	7	9	22	1,30%	3,78%	5,96%	2,76%
Śląski	46	8	32	86	10,00%	4,32%	21,19%	10,80%
Świętokrzyski	5	1	4	10	1,09%	0,54%	2,65%	1,26%
Warmińsko-Mazurski	28	4	11	43	6,09%	2,16%	7,28%	5,40%
Wielkopolski	46	14	8	68	10,00%	7,57%	5,30%	8,54%
Zachodniopomorski	11	2	10	23	2,39%	1,08%	6,62%	2,89%
Suma końcowa	460	185	151	796	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

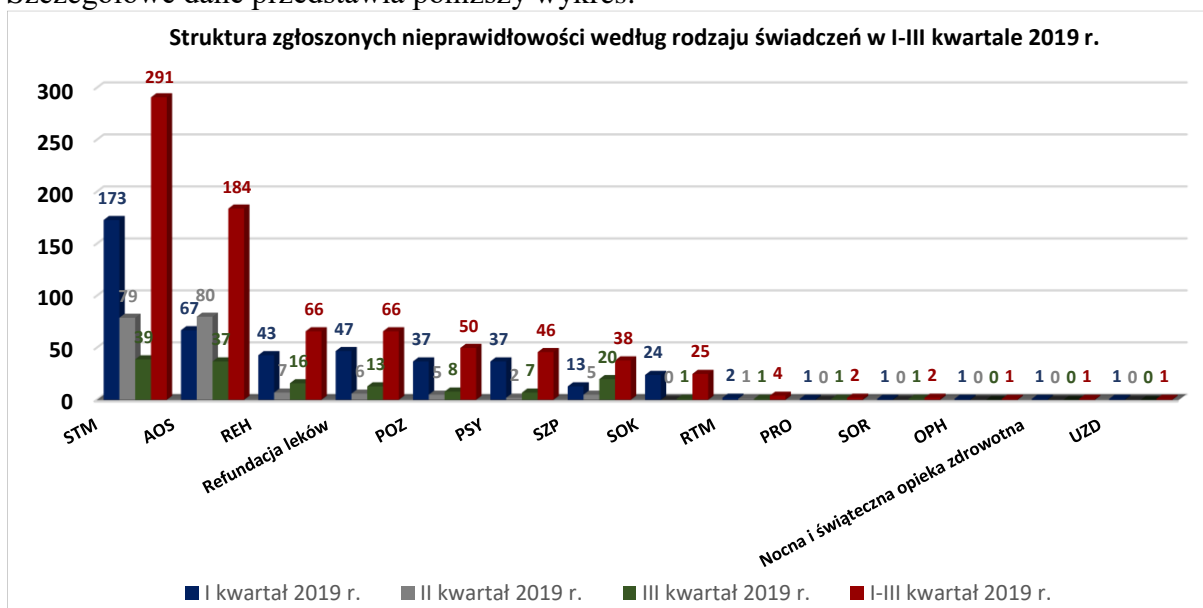
Tabela 1. Liczba i wartość % zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na OW NFZ i dany kwartał w I-III kwartale 2019 r.

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

Największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła:

- leczenia stomatologicznego – 291, tj. 36,56% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 184, tj. 23,12%,
- rehabilitacji leczniczej – 66, tj. 8,29%,
- refundacji leków – 66, tj. 8,29%.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres:



Wykres 2. Struktura zgłoszonych nieprawidłowości według rodzaju świadczeń w I-III kwartale 2019 r.

Z 291 zgłoszeń dotyczących **leczenia stomatologicznego** najwięcej dotyczyło świadczeń ogólnostomatologicznych (255).

Z 184 zgłoszeń dotyczących **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** najwięcej dotyczyło świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii (57).

Z 66 zgłoszeń dotyczących **rehabilitacji leczniczej** najwięcej dotyczyło fizjoterapii ambulatoryjnej (49).

66 zgłoszeń dotyczyło **refundacji leków**.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

rodzaj świadczeń/zakres świadczeń	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	III kwartał 2019 r.	I-III kwartał 2019 r.	% udział liczby zgłoszeń w danym rodzaju/zakresie świadczeń
STM	173	79	39	291	36,56%
Świadczenia ogólnostomatologiczne	146	76	33	255	32,04%
Świadczenia w zakresie stomatologii zachowawczej	22	1	2	25	3,14%
Świadczenia w zakresie chirurgii stomatologicznej i periodontologii	2	2	4	8	1,01%
Świadczenia w zakresie protetyki stomatologicznej	3	0	0	3	0,38%
AOS	67	80	37	184	23,12%
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	12	41	4	57	7,16%
Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej	6	12	2	20	2,51%
Świadczenia w zakresie otolaryngologii	4	6	6	16	2,01%
Świadczenia w zakresie onkologii	2	9	4	15	1,88%
Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	5	3	4	12	1,51%
Świadczenia w zakresie okulistyki	6	0	3	9	1,13%
Świadczenia w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej	8	0	0	8	1,01%
Świadczenia w zakresie neurologii	6	1	1	8	1,01%
Świadczenia w zakresie logopedii	0	0	6	6	0,75%
Świadczenia w zakresie laryngologii	2	2	1	5	0,63%
Świadczenia w zakresie dermatologii	4	0	0	4	0,50%
Świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii	3	0	1	4	0,50%
Świadczenia w zakresie pulmonologii	3	0	0	3	0,38%
Świadczenia w zakresie urologii	1	1	1	3	0,38%
Świadczenia w zakresie endokrynologii	2	0	0	2	0,25%
Świadczenia w zakresie kardiologii	0	2	0	2	0,25%
Świadczenia w zakresie gastroenterologii	0	1	1	2	0,25%
Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń	0	0	2	2	0,25%
Badania rezonansu magnetycznego	1	0	0	1	0,13%
Świadczenia w zakresie diabetologii	1	0	0	1	0,13%
Świadczenia w zakresie hematologii	0	1	0	1	0,13%
Świadczenia ambulatoryjne	0	1	0	1	0,13%
Świadczenia w zakresie chorób zakaźnych	0	0	1	1	0,13%
Świadczenia w zakresie endokrynologii i diabetologii	1	0	0	1	0,13%
REH	43	7	16	66	8,29%
Fizjoterapia ambulatoryjna	30	3	16	49	6,16%
Rehabilitacja w warunkach domowych	10	0	0	10	1,26%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa	3	4	0	7	0,88%
Refundacja leków	47	6	13	66	8,29%
POZ	37	5	8	50	6,28%
PSY	37	2	7	46	5,78%
SZP	13	5	20	38	4,77%
SOK	24	0	1	25	3,14%
Braki formalne	12	0	7	19	2,39%
RTM	2	1	1	4	0,50%
PRO	1	0	1	2	0,25%
SOR	1	0	1	2	0,25%
OPH	1	0	0	1	0,13%
Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	1	0	0	1	0,13%
UZD	1	0	0	1	0,13%
Suma końcowa	460	185	151	796	100,00%

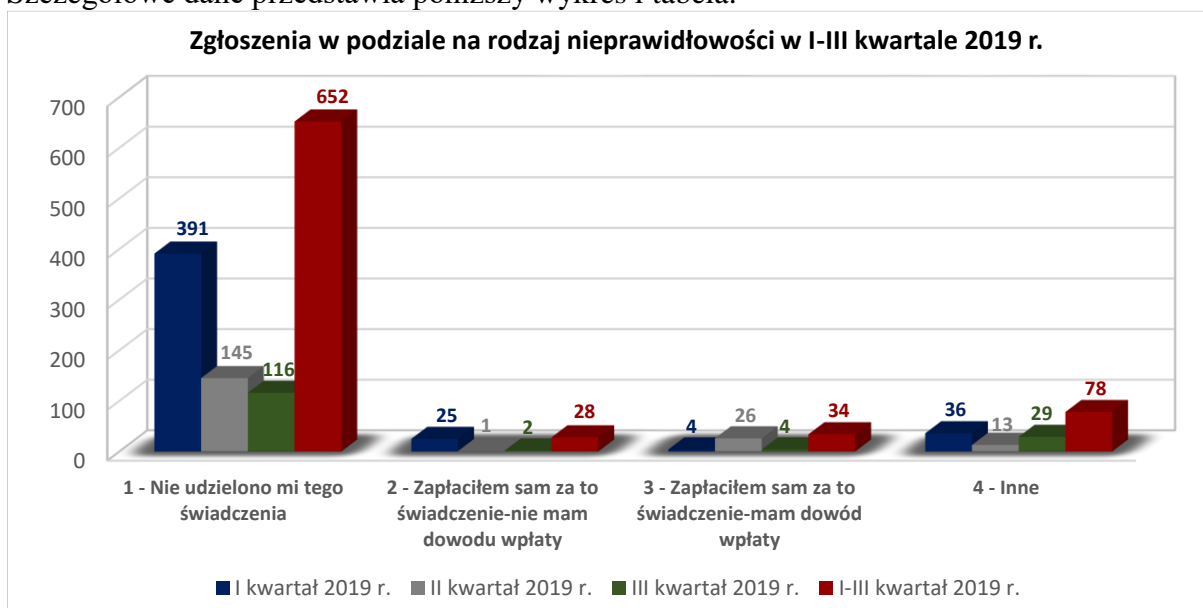
Tabela 2. Struktura zgłoszonych nieprawidłowości według rodzaju i zakresu świadczeń w I-III kwartale 2019 r.

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

Z 796 wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości najwięcej dotyczyło:

- świadczeń, które nie miały miejsca – 652 zgłoszenia,
- świadczeń, za które pacjent zapłacił, a które zostały wykazane do finansowania przez NFZ – 62 zgłoszenia.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres i tabela:



Wykres 3. Liczba zgłoszeń w podziale na rodzaj nieprawidłowości w I-III kwartale 2019 r.

Opis nieprawidłowości w zgłoszeniu/ przedmiot zgłoszenia:	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	III kwartał 2019 r.	I-III kwartał 2019 r.	% rodzaju zgłoszonych nieprawidłowości w odniesieniu do wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości
1-Nie udzielono mi tego świadczenia	391	145	116	652	81,91%
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	25	1	2	28	3,52%
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	4	26	4	34	4,27%
4-Inne	36	13	29	78	9,80%
Zgłoszenie zawierające nieuzupełnione braki formalne	4	0	0	4	0,50%
Suma końcowa	460	185	151	796	100,00%

Tabela 3. Liczba zgłoszeń w podziale na rodzaj nieprawidłowości w I-III kwartale 2019 r.

II.4. ZGŁOSZENIA ZASADNE

Z 796 wszystkich zgłoszeń w analizowanym okresie zakończono 591 spraw rozpatrzonych merytorycznie, z których za zasadne uznano 364 zgłoszeń, tj. 61,59% spraw zakończonych merytorycznie oraz 57,69% wszystkich spraw zakończonych.

Status sprawy/ ocena zasadności zgłoszeń	I kwartał 2019 r.		II kwartał 2019 r.		III kwartał 2019 r.		I-III kwartał 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	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	4,64%	14	9,27%
② w toku	59	12,83%	30	16,22%	62	41,06%	151	100,00%
③ zakończone	394	85,65%	155	83,78%	82	54,30%	631	417,88%
① zakończone merytorycznie	361	91,62%	154	99,35%	76	92,68%	591	93,66%
• uznane za zasadne	210	58,17%	121	78,57%	33	43,42%	364	61,59%
• uznane za niezasadne	151	41,83%	33	21,43%	43	56,58%	227	38,41%
② zakończono bez możliwości oceny*	33	8,38%	1	0,65%	6	7,32%	40	6,34%
Suma końcowa	460	100,00%	185	40,22%	151	100,00%	796	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 (18 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), brak możliwości pozyskanie recepty – oryginał recepty w Prokuraturze (1 recepta), z uwagi na zgłoszenie dotyczące deklaracji (1 recepta) oraz zgłoszenia wycofane (3 zgłoszenia).

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

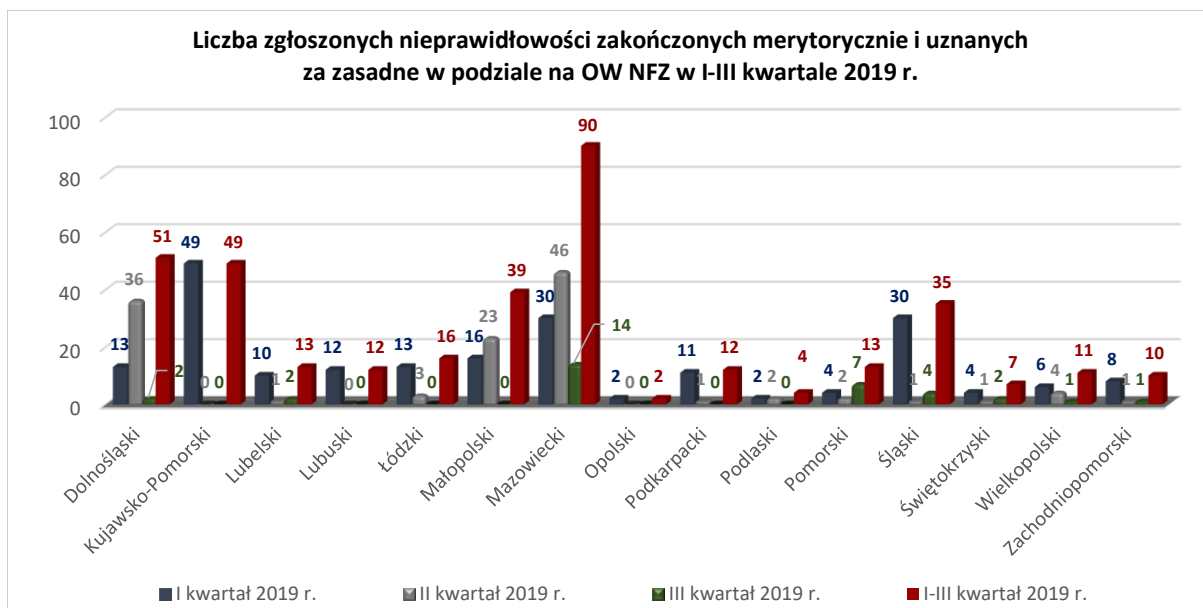
Najwięcej zgłoszeń, których badanie zostało zakończone merytorycznie, uznał za zasadne:

- Mazowiecki OW NFZ – 90, tj. 24,73% zgłoszeń zasadnych i zakończonych merytorycznie,
- Dolnośląski OW NFZ – 51, tj. 14,01%,
- Kujawsko-Pomorski OW NFZ – 49, tj. 13,46%.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela i wykres:

OW NFZ	Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne					udział % OW NFZ w liczbie zgłoszeń zasadnych
	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	III kwartał 2019 r.	I-III kwartał 2019 r.		
Dolnośląski	13	36	2	51	14,01%	
Kujawsko-Pomorski	49	0	0	49	13,46%	
Lubelski	10	1	2	13	3,57%	
Lubuski	12	0	0	12	3,30%	
Łódzki	13	3	0	16	4,40%	
Małopolski	16	23	0	39	10,71%	
Mazowiecki	30	46	14	90	24,73%	
Opolski	2	0	0	2	0,55%	
Podkarpacki	11	1	0	12	3,30%	
Podlaski	2	2	0	4	1,10%	
Pomorski	4	2	7	13	3,57%	
Śląski	30	1	4	35	9,62%	
Świętokrzyski	4	1	2	7	1,92%	
Wielkopolski	6	4	1	11	3,02%	
Zachodniopomorski	8	1	1	10	2,75%	
Suma końcowa	210	121	33	364	100,00%	

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



Wykres 4. Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na OW NFZ w I-III kwartale 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 – 76,22% zakończonych zgłoszeń w tym rodzaju świadczeń uznano za zasadne, tj. 109,
- leczeniu stomatologicznym – 31,27%, tj. 81,
- refundacji leków – 76,79% tj. 43,
- rehabilitacji leczniczej – 95,24%, tj. 40.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Liczba wszystkich zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w I-III kwartale 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 III kwartale	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne w III kwartale	zgłoszenia zakończone w I-III kwartale	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne w I-III kwartale	udział % liczby zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w zgłoszeniach zakończonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń w I-III kwartale
AOS	52	36	68	57	23	16	143	109	76,22%
STM	171	30	62	49	26	2	259	81	31,27%
LEKI	42	36	6	4	8	3	56	43	76,79%
REH	34	34	7	6	1	0	42	40	95,24%
SOK	24	24	0	0	1	0	25	24	96,00%
PSY	19	19	2	2	5	1	26	22	84,62%
POZ	22	20	5	0	2	1	29	21	72,41%
SZP	11	7	4	2	14	10	29	19	65,52%
RTM	1	1	1	1	1	0	3	2	66,67%
OPH	1	1	0	0	0	0	1	1	100,00%
SOR	1	1	0	0	1	0	2	1	50,00%
RM	1	1	0	0	0	0	1	1	100,00%
UZD	1	0	0	0	0	0	1	0	0,00%
PRO	1	0	0	0	0	0	1	0	0,00%
braki	13	0	0	0	0	0	13	0	0,00%
Suma końcowa	394	210	155	121	82	33	631	364	57,69%

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

Zasadności zgłoszonych nieprawidłowości nie potwierdzono w leczeniu uzdrowiskowym oraz programach zdrowotnych (po 1 zgłoszonej nieprawidłowości).

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

Największą zasadność zgłoszonych nieprawidłowości (spośród zgłoszeń, w których zakończono minimum 10 spraw) potwierdziły zgłoszenia, dotyczące świadczeń, które faktycznie nie miały miejsca – z 510 zakończonych zgłoszeń 305 uznano za zasadne, tj. 59,80% 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-III kwartale 2019 r.		
	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	510	305	59,80%
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	26	2	7,69%
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	30	29	96,67%
4-Inne	61	28	45,90%
braki formalne	4	0	0,00%
Suma końcowa	631	364	57,69%

Tabela 7. Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na rodzaj nieprawidłowości zgłoszenia w I-III kwartale 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 796 zgłoszeń wyniosła w analizowanym okresie **216 806,93 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 III kwartale 2019 r.	Wartość świadczeń/ refundacji wynikająca ze zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP w I-III kwartale 2019 r.
Dolnośląski	3 946,39	2 136,72	6 863,22	12 946,33
Kujawsko-Pomorski	46 731,99	0,00	391,00	47 122,99
Lubelski	790,86	0,00	133,64	924,50
Lubuski	1 041,83	145,86	0,00	1 187,69
Łódzki	7 490,35	750,24	452,31	8 692,90
Małopolski	3 146,30	1 718,37	0,00	4 864,67
Mazowiecki	8 304,88	1 170,77	2 709,26	12 184,91
Opolski	123,36	0,00	82,08	205,44
Podkarpacki	0,00	0,00	0,00	0,00
Podlaski	59,16	528,58	0,00	587,74
Pomorski	9 171,84	1 855,04	2 120,17	13 147,05
Śląski	11 770,41	3 464,56	86 070,48	101 305,45
Świętokrzyski	1 901,38	2 142,00	140,11	4 183,49
Warmińsko-Mazurski	420,60	126,47	119,10	666,17
Wielkopolski	3 063,32	796,99	3 201,21	7 061,52
Zachodniopomorski	846,47	281,70	597,91	1 726,08
Suma końcowa	98 809,14	15 117,30	102 880,49	216 806,93

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

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

W I-III kwartale 2019 r. ze wszystkich zgłoszonych w okresie sprawozdawczym nieprawidłowości na podstawie danych w ZIP odzyskano łącznie kwotę **18 843,83 zł**, z czego największą za świadczenia w rodzaju:

- rehabilitacja lecznicza – **5 096,10 zł**, tj. **27,04%** wszystkich odzyskanych środków,
- leczenie stomatologiczne – **5 020,92 zł**, tj. **26,64%**,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna – **4 021,65 zł**, tj. **21,34%**,
- leczenie szpitalne – **3 532,00 zł**, tj. **18,74%**.

Największe kwoty odzyskał:

- Pomorski OW NFZ – **4 443,22 zł**, tj. **23,58%** wszystkich odzyskanych środków,
- Dolnośląski OW NFZ – **4 436,77 zł**, tj. **23,54%**,
- Łódzki OW NFZ – **4 389,74 zł**, tj. **23,30%**.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	REH	STM	AOS	SZP	LEKI	PSY	POZ	Suma końcowa	% udział OW NFZ w wielkości środków odzyskanych
Pomorski	3 990,00	0,00	453,22	0,00	0,00	0,00	0,00	4 443,22	23,58%
Dolnośląski	0,00	2 758,15	1 337,62	341,00	0,00	0,00	0,00	4 436,77	23,54%
Łódzki	14,40	552,74	631,60	3 191,00	0,00	0,00	0,00	4 389,74	23,30%
Śląski	0,00	596,66	700,97	0,00	571,74	0,00	0,00	1 869,37	9,92%
Mazowiecki	139,70	456,32	372,54	0,00	0,00	98,53	0,00	1 067,09	5,66%
Lubelski	702,00	0,00	106,48	0,00	0,00	27,16	0,00	835,64	4,43%
Zachodniopomorski	0,00	240,03	0,00	0,00	45,20	62,40	92,93	440,56	2,34%
Wielkopolski	250,00	0,00	83,60	0,00	62,72	0,00	0,00	396,32	2,10%
Małopolski	0,00	298,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	298,96	1,59%
Podlaski	0,00	59,16	135,52	0,00	0,00	0,00	0,00	194,68	1,03%
Lubuski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	115,28	0,00	115,28	0,61%
Opolski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	97,20	0,00	97,20	0,52%
Warmińsko-Mazurski	0,00	0,00	96,60	0,00	0,00	0,00	0,00	96,60	0,51%
Świętokrzyski	0,00	58,90	31,50	0,00	0,00	0,00	0,00	90,40	0,48%
Kujawsko-Pomorski	0,00	0,00	72,00	0,00	0,00	0,00	0,00	72,00	0,38%
Podkarpacki	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Suma końcowa	5 096,10	5 020,92	4 021,65	3 532,00	679,66	400,57	92,93	18 843,83	100,00%
% udział rodzaju świadczeń w wartości środków odzyskanych	27,04%	26,64%	21,34%	18,74%	3,61%	2,13%	0,49%	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-III kwartale 2019 r.

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

W analizowanym okresie wartość nałożonych kar umownych wyniosła **32 881,52 zł**:

- Dolnośląski OW NFZ – **28 911,74 zł**, tj. 87,93% łącznej wartości nałożonych kar umownych,
- Małopolski OW NFZ – **1 836,40 zł**, tj. 5,58%,
- Śląski OW NFZ – **1 700,00 zł**, tj. 5,17%,
- Zachodniopomorski OW NFZ – **433,38 zł**, tj. 1,32%.

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

W I-III kwartale 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 3 zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

II.7. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO

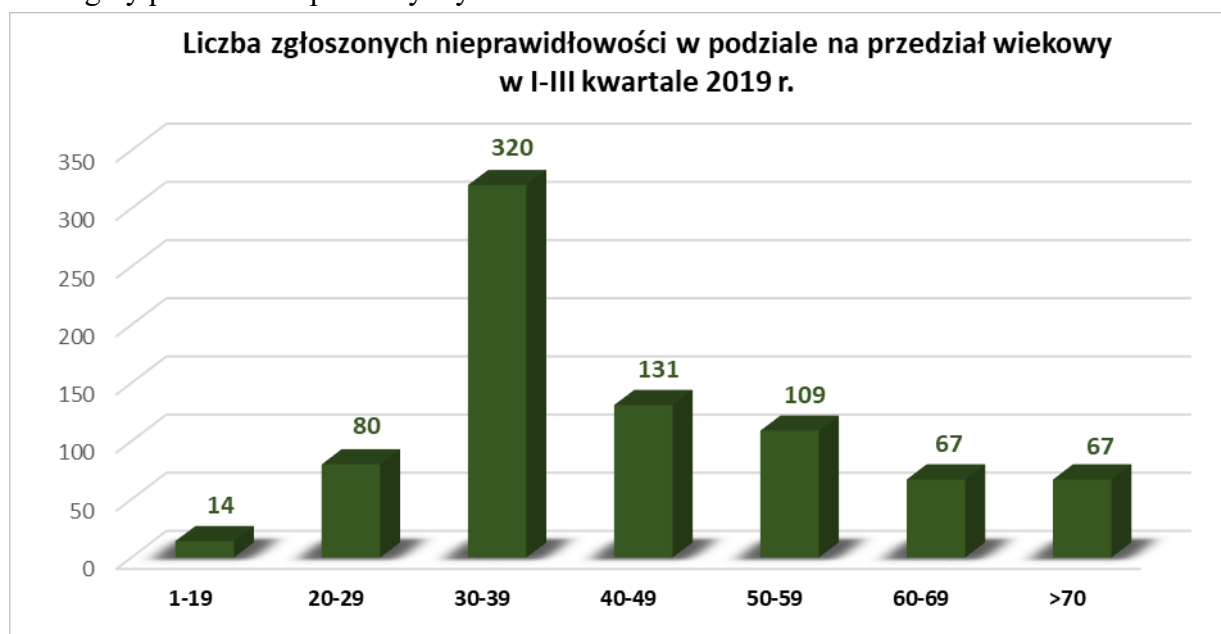
W 460 sprawach zakończonych, w których w analizowanym okresie wysłano odpowiedzi świadczeniobiorcy średni czas trwania postępowania (od daty wpływu do daty wysłania odpowiedzi do świadczeniobiorcy) wyniósł około 48 dni.

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 – 320, tj. 40,20% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- 40-49 lat - 131, tj. 16,46%,
- 50-59 lat – 109, tj. 13,69%,
- 20-29 lat – 80, tj. 10,05%,
- 60-69 lat – 67, tj. 8,42%,
- >70 lat – 67, tj. 8,42%,
- 1-19 lat – 14, tj. 1,76%,
- 8 zgłoszeń (1,01%) 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-III kwartale 2019 r.

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

III. WNIOSKI I REKOMENDACJE

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