



DEPARTAMENT KONTROLI

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

**WARSZAWA, MARZEC 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.....	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.....	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 2019 r. wynika, że:

- wpłynęło łącznie **1 013** zgłoszeń o nieprawidłowościach<sup>1</sup>;
- z **1 013** zgłoszeń zakończono **783** postępowań wyjaśniających, w toku wyjaśniania pozostało **215** postępowań, **15** było w trakcie przekazywania do właściwego OW NFZ;
- z **783** zakończonych postępowań, merytorycznie zakończono **743 zgłoszeń**, z czego **414** zgłoszeń uznano za zasadne, co stanowi **55,72% spraw zakończonych merytorycznie (tj. 52,87% wszystkich spraw zakończonych)**;
- ogólna wartość świadczeń/refundacji, wynikająca ze wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP, wyniosła **239 391,86 zł**, nie uwzględniając świadczeń, których wycena wprost nie jest możliwa ze względu na sposób rozliczeń, tj. ryczałt/kapitacja;
- odzyskano kwotę **29 718,87 zł** za nienależnie wypłacone środki oraz nałożono kary umowne w kwocie **33 486,72 zł**;
- największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła świadczeń, których udzielenia pacjenci nie potwierdzili – **796** zgłoszonych nieprawidłowości;
- najwięcej zgłoszeń dotyczyło nieprawidłowości w następujących rodzajach świadczeń: leczenie stomatologiczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, refundacja leków oraz rehabilitacja lecznicza.

---

<sup>1</sup> Stan na dzień przekazania zestawień przez OW NFZ, tj. 10 stycznia 2020 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).

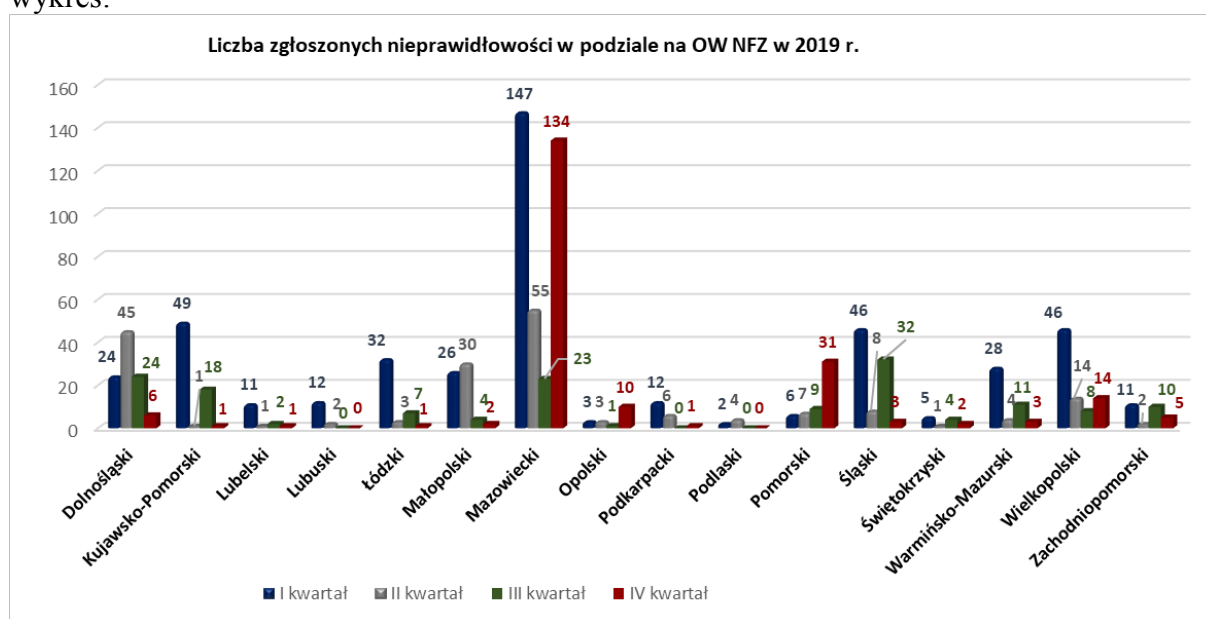
## II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE

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

W 2019 roku do OW NFZ wpłynęło 1 013 zgłoszeń, z czego:

- w I kwartale 460, tj. 45,41% zgłoszonych nieprawidłowości,
- w II kwartale 186, tj. 18,36%,
- w III kwartale 153, tj. 15,10%,
- w IV kwartale 214, tj. 21,13%.

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 2019 r.

Najwięcej zgłoszeń wpłynęło w: Mazowieckim (35,44%), Dolnośląskim (9,77%) i Śląskim (8,79%) OW NFZ. Najmniej zgłoszonych nieprawidłowości zarejestrowano w: Podlaskim (0,59%), Świętokrzyskim (1,18%) i Lubuskim (1,38%) 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.	IV kwartał 2019 r.	2019 r.	2019 r.	
Dolnośląski	24	45	24	6	99	9,77%	
Kujawsko-Pomorski	49	1	18	1	69	6,81%	
Lubelski	11	1	2	1	15	1,48%	
Lubuski	12	2	0	0	14	1,38%	
Łódzki	32	3	7	1	43	4,24%	
Małopolski	26	30	4	2	62	6,12%	
Mazowiecki	147	55	23	134	359	35,44%	
Opolski	3	3	1	10	17	1,68%	
Podkarpacki	12	6	0	1	19	1,88%	
Podlaski	2	4	0	0	6	0,59%	
Pomorski	6	7	9	31	53	5,23%	
Śląski	46	8	32	3	89	8,79%	
Świętokrzyski	5	1	4	2	12	1,18%	
Warmińsko-Mazurski	28	4	11	3	46	4,54%	
Wielkopolski	46	14	8	14	82	8,09%	
Zachodniopomorski	11	2	10	5	28	2,76%	
Suma końcowa	460	186	153	214	1 013	100,00%	

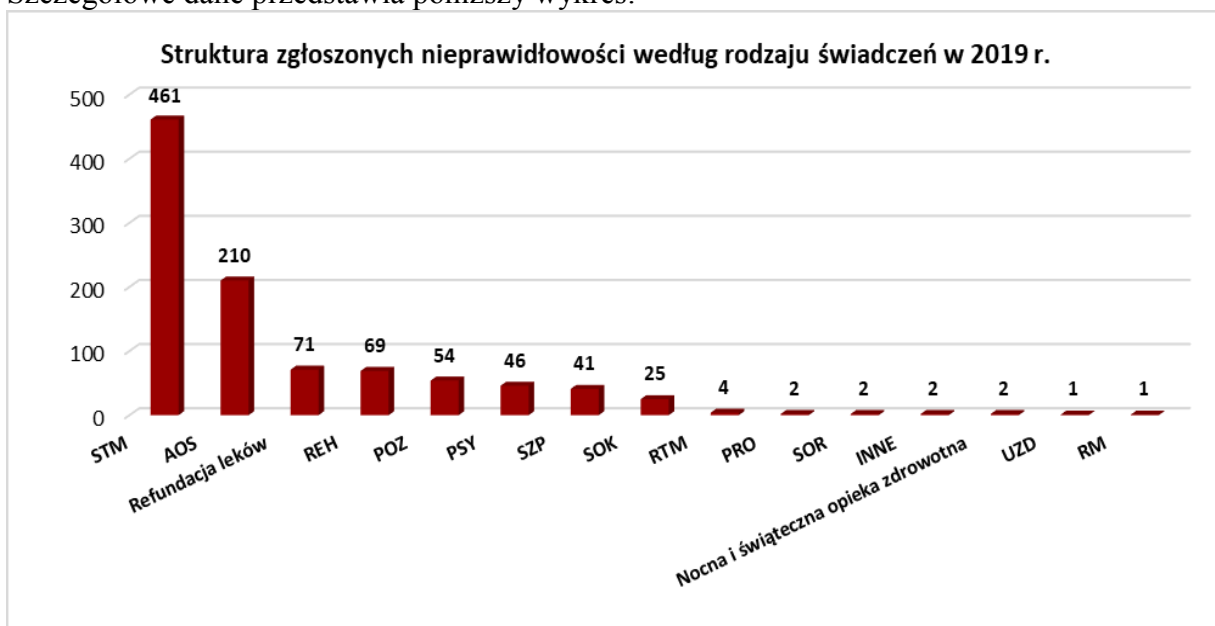
**Tabela 1.** Liczba i wartość % zgłoszonych nieprawidłowości w podziale na OW NFZ i dany kwartał w 2019 r.

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

Największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła:

- leczenia stomatologicznego – 461, tj. 45,51% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 210, tj. 20,73%,
- refundacji leków – 71, tj. 7,01%,
- rehabilitacji leczniczej – 69, tj. 6,81%.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres:



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

Z 461 zgłoszeń dotyczących **leczenia stomatologicznego** najwięcej dotyczyło świadczeń ogólnostomatologicznych (420).

Z 210 zgłoszeń dotyczących **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** najwięcej dotyczyło świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii (63).

71 zgłoszeń dotyczyło **refundacji leków**.

Z 69 zgłoszeń dotyczących **rehabilitacji leczniczej** najwięcej dotyczyło fizjoterapii ambulatoryjnej (51).

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

rodzaj świadczeń/zakres świadczeń	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	III kwartał 2019 r.	IV kwartał 2019 r.	2019 r.	% udział liczby zgłoszeń w danym rodzaju/zakresie świadczeń
<b>STM</b>	<b>173</b>	<b>79</b>	<b>40</b>	<b>169</b>	<b>461</b>	<b>45,51%</b>
Świadczenia ogólnostomatologiczne	146	76	33	165	420	41,46%
Świadczenia w zakresie stomatologii zachowawczej	22	1	2	0	25	2,47%
Świadczenia w zakresie protetyki stomatologicznej	3	0	1	4	8	0,79%
Świadczenia w zakresie chirurgii stomatologicznej i periodontologii	2	2	4	0	8	0,79%
<b>AOS</b>	<b>66</b>	<b>81</b>	<b>37</b>	<b>26</b>	<b>210</b>	<b>20,73%</b>
Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	12	41	4	6	63	6,22%
Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej	6	12	2	0	20	1,97%
Świadczenia w zakresie otolaryngologii	4	6	6	3	19	1,88%
Świadczenia w zakresie onkologii	2	9	4	0	15	1,48%
Świadczenia w zakresie neurologii	6	1	1	5	13	1,28%
Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	5	3	4	0	12	1,18%
Świadczenia w zakresie okulistyki	6	1	3	0	10	0,99%
Świadczenia w zakresie laryngologii	2	2	1	4	9	0,89%
Świadczenia w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej	8	0	0	0	8	0,79%
Świadczenia w zakresie logopedii	0	0	6	0	6	0,59%
Świadczenia w zakresie urologii	1	1	1	2	5	0,49%
Świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii	3	0	1	0	4	0,39%
Świadczenia w zakresie dermatologii	4	0	0	0	4	0,39%
Świadczenia w zakresie endokrynologii	2	0	0	2	4	0,39%
Świadczenia w zakresie pulmonologii	3	0	0	0	3	0,30%
Świadczenia w zakresie alergologii	0	0	0	3	3	0,30%
Świadczenia w zakresie kardiologii	0	2	0	0	2	0,20%
Świadczenia w zakresie gastroenterologii	0	1	1	0	2	0,20%
Świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń	0	0	2	0	2	0,20%
Badania rezonansu magnetycznego	1	0	0	0	1	0,10%
Świadczenia w zakresie diabetologii	1	0	0	0	1	0,10%
Świadczenia w zakresie hematologii	0	1	0	0	1	0,10%
Świadczenia ambulatoryjne	0	1	0	0	1	0,10%
Świadczenia w zakresie chorób zakaźnych	0	0	1	0	1	0,10%
Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej	0	0	0	1	1	0,10%
<b>Refundacja leków</b>	<b>47</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>71</b>	<b>7,01%</b>
<b>REH</b>	<b>43</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>69</b>	<b>6,81%</b>
Fizjoterapia ambulatoryjna	30	3	16	2	51	5,03%
Rehabilitacja w warunkach domowych	10	0	0	0	10	0,99%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa	3	4	0	1	8	0,79%
<b>POZ</b>	<b>36</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>54</b>	<b>5,33%</b>
<b>PSY</b>	<b>37</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>46</b>	<b>4,54%</b>
<b>SZP</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>41</b>	<b>4,05%</b>
<b>SOK</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>2,47%</b>
<b>braki formalne/przekazane do innego OW NFZ</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>1,97%</b>
<b>RTM</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0,39%</b>
<b>PRO</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,20%</b>
<b>SOR</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,20%</b>
<b>INNE</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0,20%</b>
<b>Nocna i świąteczna opieka zdrowotna</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0,20%</b>
<b>UZD</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,10%</b>
<b>RM</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,10%</b>

OPH	1	0	0	0	1	0,10%
nie dotyczy	1	0	0	0	1	0,10%
Suma końcowa	460	186	153	214	1013	100,00%

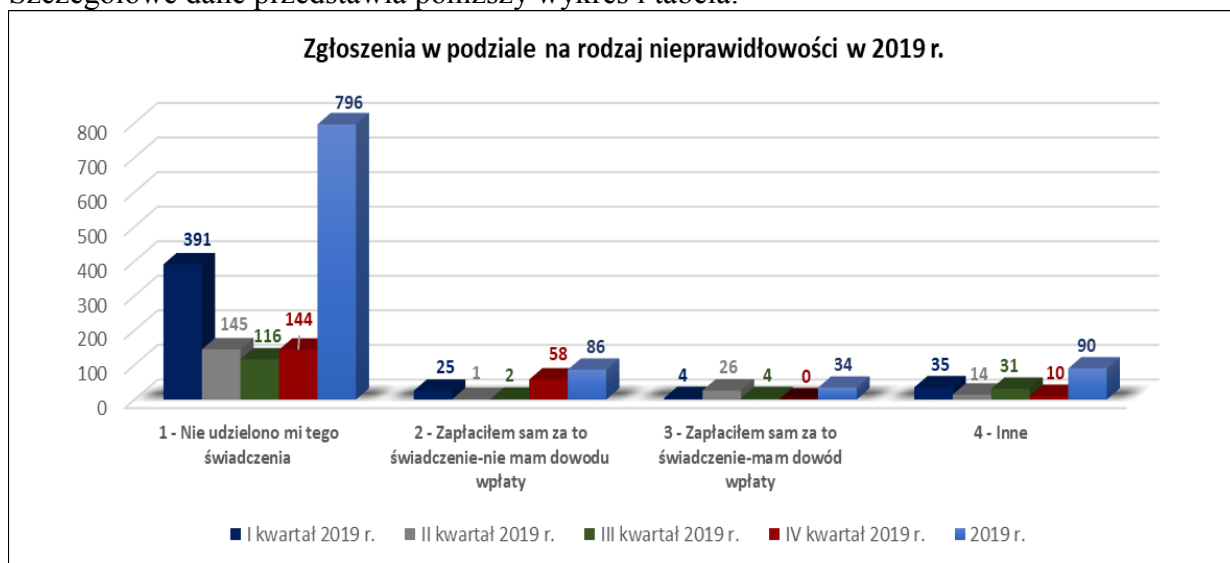
**Tabela 2.** Struktura zgłoszonych nieprawidłowości według rodzaju i zakresu świadczeń w 2019 r.

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

Z 1 013 wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości najwięcej dotyczyło:

- świadczeń, które nie miały miejsca – 796 zgłoszeń,
- świadczeń, za które pacjent zapłacił, a które zostały wykazane do finansowania przez NFZ – 120 zgłoszeń.

Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres i tabela:



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

Opis nieprawidłowości w zgłoszeniu/ przedmiot zgłoszenia:	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	III kwartał 2019 r.	IV kwartał 2019 r.	2019 r.	% rodzaju zgłoszonych nieprawidłowości w odniesieniu do wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości
1 - Nie udzielono mi tego świadczenia	391	145	116	144	796	78,58%
2 - Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	25	1	2	58	86	8,49%
3 - Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	4	26	4	0	34	3,36%
4 - Inne	35	14	31	10	90	8,88%
Zgłoszenie zawierające nieuzupełnione braki formalne	5	0	0	2	7	0,69%
Suma końcowa	460	186	153	214	1 013	100,00%

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

## II.4. ZGŁOSZENIA ZASADNE

Z 1 013 wszystkich zgłoszeń w analizowanym okresie zakończono 743 sprawy rozpatrzone merytorycznie, z których za zasadne uznano 414 zgłoszeń, tj. 55,72% spraw zakończonych merytorycznie oraz 52,87% wszystkich spraw zakończonych.



Status sprawy/ocena zasadności zgłoszeń	2019 r.	
	Liczba zgłoszonych nieprawidłowości	% statusu zgłoszonych nieprawidłowości w odniesieniu do: ①, ②, ③ - wszystkich zgłoszeń ①, ② - zgłoszeń zakończonych • - zgłoszeń zakończonych merytorycznie
① przekazane	15	1,48%
② w toku	215	21,22%
③ zakończone	783	77,30%
① zakończone merytorycznie	743	94,89%
• uznane za zasadne	414	55,72%
• uznane za niezasadne	329	44,28%
② zakończono bez możliwości oceny*	40	5,11%
<b>Suma końcowa</b>	<b>1 013</b>	<b>100,00%</b>

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

\* brak możliwości oceny z uwagi na zalanie budynku (16 zgłoszeń), zgłoszenia zawierające nieuzupełnione braki formalne przez osobę zgłaszającą (15 zgłoszeń), z uwagi na wycofanie zgłoszenia (3 zgłoszenia), z uwagi na tymczasowe zawieszenie zgłoszenia do momentu zgłoszenia przez pacjentkę skargi ZIP dot. świadczenia (2 zgłoszenia), z uwagi na rozbieżność danych osobowych pacjent/zgłaszający (1 zgłoszenie), brak możliwości oceny z uwagi na nieprawidłowości dotyczące recept sprzed okresu 5 lat (1 zgłoszenie), brak możliwości pozyskanie recepty – oryginał recepty w Prokuraturze (1 zgłoszenie), z uwagi na zgłoszenie dotyczące deklaracji (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:

- Mazowiecki OW NFZ – 113, tj. 27,29% zgłoszeń zasadnych i zakończonych merytorycznie,
- Dolnośląski OW NFZ – 59, tj. 14,25%,
- Kujawsko-Pomorski OW NFZ – 51, tj. 12,32%.

Szczegółowe dane przedstawiają poniższa tabela i wykres:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne						
OW NFZ	I kwartał 2019 r.	II kwartał 2019 r.	III kwartał 2019 r.	IV kwartał 2019 r.	2019 r.	udział % OW NFZ w liczbie zgłoszeń zasadnych
Dolnośląski	13	37	9	0	59	14,25%
Kujawsko-Pomorski	49	0	1	1	51	12,32%
Lubelski	10	1	2	1	14	3,38%
Lubuski	12	0	0	0	12	2,90%
Łódzki	13	3	3	0	19	4,59%
Małopolski	16	23	0	0	39	9,42%
Mazowiecki	33	54	21	5	113	27,29%
Opolski	2	0	0	5	7	1,69%
Podkarpacki	11	1	0	0	12	2,90%
Podlaski	2	2	0	0	4	0,97%
Pomorski	4	2	7	3	16	3,86%
Śląski	30	1	5	1	37	8,94%
Świętokrzyski	4	1	2	1	8	1,93%
Wielkopolski	7	5	1	0	13	3,14%
Zachodniopomorski	8	1	1	0	10	2,42%
<b>Suma końcowa</b>	<b>214</b>	<b>131</b>	<b>52</b>	<b>17</b>	<b>414</b>	<b>100,00%</b>

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



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

- leczeniu stomatologicznym – 96,00% zakończonych zgłoszeń w tym rodzaju świadczeń uznano za zasadne, tj. 93,
- ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 93,33%, tj. 128,
- podstawowej opiece zdrowotnej – 85,19% tj. 24,
- świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie – 76,65%, tj. 24,
- leczeniu szpitalnym – 72,31%, tj. 25,
- rehabilitacji leczniczej – 70,59%, tj. 42,
- opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień – 69,44%, tj. 23,
- refundacji leków – 25,98% tj. 47.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Liczba wszystkich zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w 2019 r.			
Rodzaj świadczeń	zgłoszenie zakończone w 2019 r.	zgłoszenia zakończone i uznane za zasadne w 2019 r.	udział % liczby zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w zgłoszeniach zakończonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń w 2019 r.
AOS	167	128	76,65%
STM	358	93	25,98%
Refundacja leków	65	47	72,31%
REH	45	42	93,33%
SZP	36	25	69,44%
SOK	25	24	96,00%
POZ	34	24	70,59%
PSY	27	23	85,19%
INNE	2	2	100,00%
RTM	3	2	66,67%
SOR	2	1	50,00%
OPH	1	1	100,00%
RM	1	1	100,00%
Nocna i świąteczna opieka	1	1	100,00%
PRO	2	0	0,00%
UZD	1	0	0,00%
braki formalne/dot. zasad deklaracji	13	0	0,00%
<b>Suma końcowa</b>	<b>783</b>	<b>414</b>	<b>52,87%</b>

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

Zasadności zgłoszonych nieprawidłowości nie potwierdzono w profilaktycznych programach zdrowotnych (2 zakończone nieprawidłowości) oraz w leczeniu uzdrowiskowym (1 zakończona nieprawidłowość).

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

Największą liczbowo zasadność zgłoszonych nieprawidłowości (spośród zgłoszeń, w których zakończono minimum 10 spraw) potwierdziły zgłoszenia, dotyczące świadczeń, które faktycznie nie miały miejsca – z 592 zakończonych zgłoszeń 343 uznano za zasadne, tj. 57,94% zakończonych zgłoszeń dla tej nieprawidłowości.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w 2019 r.			
Opis nieprawidłowości w zgłoszeniu/ przedmiot zgłoszenia	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	592	343	57,94%
2-Zapłaciłem sam za to świadczenie-nie mam dowodu wpłaty	85	7	8,24%
3-Zapłaciłem sam za to świadczenie-mam dowód wpłaty	30	29	96,67%
4-Inne	72	35	48,61%
braki formalne/dot. zasad deklaracji	4	0	0,00%
<b>Suma końcowa</b>	<b>783</b>	<b>414</b>	<b>52,87%</b>

**Tabela 7.** Liczba zgłoszeń zakończonych i uznanych za zasadne w podziale na rodzaj nieprawidłowości zgłoszenia w 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 1 013 zgłoszeń wyniosła w analizowanym okresie **239 391,86 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 IV kwartale 2019 r.	Wartość świadczeń/ refundacji wynikająca ze zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP w 2019 r.
Dolnośląski	3 946,39	2 136,72	6 863,22	1 438,38	14 384,71
Kujawsko-Pomorski	46 731,99	88,35	391,00	0,00	47 211,34
Lubelski	790,86	0,00	133,64	0,00	924,50
Lubuski	1 041,83	145,86	0,00	0,00	1 187,69
Łódzki	7 490,35	750,24	1 064,31	0,00	9 304,90
Małopolski	3 146,30	1 718,37	0,00	110,60	4 975,27
Mazowiecki	8 304,88	1 170,77	2 709,26	843,60	13 028,51
Opolski	123,36	0,00	82,08	2 141,48	2 346,92
Podkarpacki	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Podlaski	59,16	528,58	0,00	0,00	587,74
Pomorski	9 171,84	1 855,04	2 120,17	13 426,67	26 573,72
Śląski	11 770,41	3 464,56	86 070,48	316,29	101 621,74
Świętokrzyski	1 901,38	2 142,00	140,11	597,03	4 780,52
Warmińsko-Mazurski	420,60	126,47	119,10	67,08	733,25
Wielkopolski	3 063,32	796,99	3 201,21	1 498,38	8 559,90
Zachodniopomorski	846,47	281,70	597,91	1 445,07	3 171,15
Suma końcowa	98 809,14	15 205,65	103 492,49	21 884,58	239 391,86

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

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

W 2019 r. ze wszystkich zgłoszonych w okresie sprawozdawczym nieprawidłowości na podstawie danych w ZIP odzyskano łącznie kwotę **29 718,87 zł**, z czego największą za świadczenia w rodzaju:

- leczenie szpitalne – **11 852,00 zł**, tj. **39,88%** wszystkich odzyskanych środków,
- leczenie stomatologiczne – **5 974,57 zł**, tj. **20,10%**,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna – **5 619,20 zł**, tj. **18,91%**,
- rehabilitacja lecznicza – **5 096,10 zł**, tj. **17,15%**.

Największe kwoty odzyskał:

- Pomorski OW NFZ – **12 886,50 zł**, tj. **43,36%** wszystkich odzyskanych środków,
- Dolnośląski OW NFZ – **5 024,47 zł**, tj. **16,91%**,
- Łódzki OW NFZ – **4 868,54 zł**, tj. **16,38%**.

Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

OW NFZ	SZP	STM	AOS	REH	Refundacja leków	PSY	POZ	Suma końcowa	% udział OW NFZ w wielkości środków odzyskanych
Pomorski	8 320,00	0,00	576,50	3 990,00	0,00	0,00	0,00	12 886,50	43,36%
Dolnośląski	341,00	2 924,49	1 758,98	0,00	0,00	0,00	0,00	5 024,47	16,91%
Łódzki	3 191,00	1 031,54	631,60	14,40	0,00	0,00	0,00	4 868,54	16,38%
Śląski	0,00	732,66	700,97	0,00	571,74	0,00	0,00	2 005,37	6,75%
Mazowiecki	0,00	526,42	1 096,04	139,70	0,00	98,53	0,00	1 860,69	6,26%
Lubelski	0,00	0,00	106,48	702,00	0,00	0,00	0,00	808,48	2,72%
Zachodniopomorski	0,00	240,03	111,41	0,00	45,20	62,40	92,93	551,97	1,86%
Wielkopolski	0,00	0,00	176,60	250,00	62,72	0,00	0,00	489,32	1,65%
Małopolski	0,00	298,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	298,96	1,01%
Świętokrzyski	0,00	58,90	156,50	0,00	0,00	0,00	0,00	215,40	0,72%
Opolski	0,00	102,41	0,00	0,00	0,00	97,20	0,00	199,61	0,67%
Podlaski	0,00	59,16	135,52	0,00	0,00	0,00	0,00	194,68	0,66%
Lubuski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	115,28	0,00	115,28	0,39%
Kujawsko-Pomorski	0,00	0,00	72,00	0,00	0,00	0,00	31,00	103,00	0,35%
Warmińsko-Mazurski	0,00	0,00	96,60	0,00	0,00	0,00	0,00	96,60	0,33%
Podkarpacki	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
<b>Suma końcowa</b>	<b>11 852,00</b>	<b>5 974,57</b>	<b>5 619,20</b>	<b>5 096,10</b>	<b>679,66</b>	<b>373,41</b>	<b>123,93</b>	<b>29 718,87</b>	<b>100,00%</b>
<b>% udział rodzaju świadczeń w wartości środków odzyskanych</b>	<b>39,88%</b>	<b>20,10%</b>	<b>18,91%</b>	<b>17,15%</b>	<b>2,29%</b>	<b>1,26%</b>	<b>0,42%</b>	<b>100,00%</b>	<b>x</b>

**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 2019 r.

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

W analizowanym okresie wartość nałożonych kar umownych wyniosła **33 486,72 zł**:

- Dolnośląski OW NFZ – **28 911,74 zł**, tj. 86,34% łącznej wartości nałożonych kar umownych,
- Śląski OW NFZ – **1 900,00 zł**, tj. 5,67%,
- Małopolski OW NFZ – **1 836,40 zł**, tj. 5,48%,
- Zachodniopomorski OW NFZ – **433,38 zł**, tj. 1,29%,
- Mazowiecki OW NFZ – **405,20 zł**, tj. 1,21%.

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

W 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 4 zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na podstawie 42 zgłoszonych nieprawidłowości.

## II.7. CZAS TRWANIA POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO

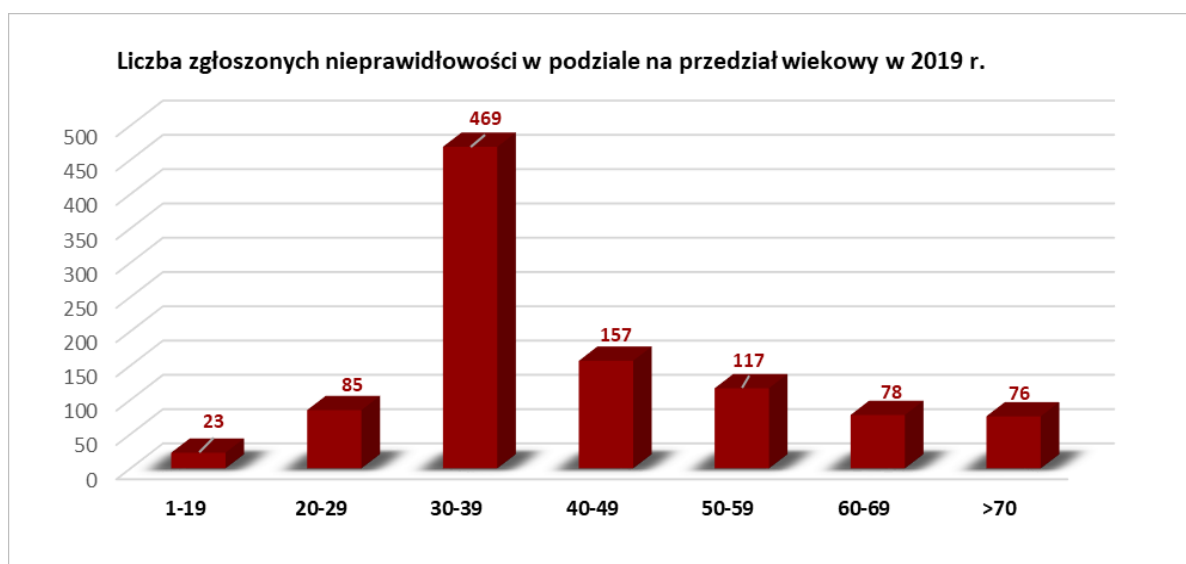
W 768 sprawach zakończonych, w których w analizowanym okresie wysłano odpowiedzi świadczeniobiorcy średni czas trwania postępowania (od daty wpływu do daty wysłania odpowiedzi do świadczeniobiorcy) wyniósł około 48 dni.

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

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

- 30-39 lat - 469, tj. 46,30% wszystkich zgłoszonych nieprawidłowości,
- 40-49 lat - 157, tj. 15,50%,
- 50-59 lat - 117, tj. 11,55%,
- 20-29 lat - 85, tj. 8,39%,
- 60-69 lat - 78, tj. 7,70%,
- >70 lat - 76, tj. 7,50%,
- 1-19 lat - 23, tj. 2,27%,
- 8 zgłoszeń (0,79%) 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 2019 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**

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.

Na podstawie zgłoszonych nieprawidłowości w ZIP do organów ścigania przekazano 4 zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa oraz przeprowadzono 1 kontrolę i 1 zaplanowano do zrealizowania.