

Damian Wąsik

Wyłudzanie refundacji na leki : "modus operandi" sprawców, motywy ich działania oraz szkodliwość społeczna nadużyć

Studia Prawnoustrojowe nr 29, 231-244

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Damian Wąsik

Collegium Medicum

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wyłudzenie refundacji na leki – *modus operandi* sprawców, motywy ich działania oraz szkodliwość społeczna nadużyć

Wprowadzenie

Zasadne wydaje się stwierdzenie, że dostęp do leków wpisuje się w szeroko pojęte prawo człowieka do zdrowia, tudzież obywatela do ochrony zdrowia. W tym kontekście stwierdzić można, że zapewnienie możliwości zakupu lekarstw niezbędnych do przywrócenia zdrowia lub jego podtrzymania jest częścią systemu praw pacjenta i ewoluuje wraz z nim¹. Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta², pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Pod pojęciem natomiast świadczeń zdrowotnych, w myśl art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych³, rozumieć należy działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Ta sama ustawa w art. 5 pkt 37 definiuje świadczenie zdrowotne rzeczowe jako związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze.

Dostęp do leków staje się problemem z chwilą, gdy z uwagi na zróżnicowanie sytuacji materialnej nie wszyscy zdecydują się na ich zakup w obrocie aptecznym.

¹ Na temat rozwoju praw pacjenta na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci zob. B. Sygit, E. Bloch-Bogusławska, K. Śliwka, *Ewolucja praw chorego w ustawodawstwie polskim 1918–1998 na tle standardów Unii Europejskiej*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2003, nr 4, s. 313–323.

² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.).

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.).

Warto bowiem zauważyć, że Konstytucja RP z 1997 r. w art. 68 ust. 1–3 przewiduje, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, przy czym warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Jednocześnie ustawa zasadnicza zawiera postanowienie, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Realizacji powyższych założeń służy tzw. system refundacji leków finansowany z środków publicznych. Szczegóły funkcjonowania tego systemu w polskim porządku prawnym normują przepisy ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁴. Jednym z ważniejszych jego elementów jest jednak kwestia finansowania leków refundowanych i zapewnienie transparentności rozliczania refundacji. Te płaszczyzny, jak wskazuje praktyka, narażone są na nadużycia, i to nie tylko ze strony bezpośrednich beneficjentów świadczeń – pacjentów, ale co szczególnie niepokojące również osób, które w procesie tym powinny pełnić rolę „usługową” – lekarzy i farmaceutów.

Od kilku lat prasa medyczna i portale internetowe pełne są doniesień o kolejnych nadużyciach wykazujących słabość polskiego systemu refundacji leków. W obiegu pojawia się coraz więcej fałszywych recept, które obecnie można bardzo łatwo podrobić. Nagminnie jest zaopatrywanie się w ten sposób w leki na własny użytek (tworzenie tzw. zapasów), jak również wywożenie leków za granicę celem ich dalszej odsprzedaży z zyskiem. Środowiska farmaceutyczne zwracają uwagę, że dawniej recepty należały do druków ścisłego zarachowania, drukowanych wyłącznie w wyznaczonych drukarniach, podczas gdy obecnie lekarze mogą robić to sami, korzystając z odpowiedniego programu komputerowego, co ułatwia „wyprodukowanie” fałszywych recept⁵. Co więcej, środowiska medyczne z niepokojem wskazują, że dawniej recepty były fałszowane na potrzeby osób uzależnionych od narkotyków lub bardzo silnych leków, zaś obecnie proceder ten zyskał charakter ekonomiczny. Na fałszywe recepty kupuje się leki o dużym stopniu refundacji – w aptecce kosztują one kilkanaście złotych, a ich rynkowa wartość jest nawet 10-krotnie wyższa, stąd też pokusa ich odsprzedaży poza obiegiem aptecznym jest olbrzymia⁶.

Problematyka fałszowania recept, metodyka ujawniania tego przestępstwa oraz społeczna szkodliwość przedmiotowego proceduru od dawna podnoszona jest

⁴ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r., poz. 345).

⁵ *Falszerstwa recept: jest ich coraz więcej*, [online] <www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/falszerstwa-recept-jest-ich-coraz-wiecej,8991.html> (dostęp: 30.06.2015).

⁶ T. Gdaniec, *Pomorski NFZ stracił na procederze fałszowania recept ponad 200 tys. zł*, [online] <<http://wiadomosci.wp.pl/kat,1019379,title,Pomorski-NFZ-stracil-na-procederze-falszowania-recept-ponad-200-tys-zl,wid,17640886,wiadomosc.html>> (dostęp: 30.06.2015).

w piśmiennictwie nie tylko prawa karnego czy prawa medycznego⁷, ale również kryminalistyki⁸. Niemniej brakuje w nim aktualnej analizy prawnokarnych aspektów zachowań sprawców tego typu przestępstw. Wypełniając tę lukę, w niniejszej publikacji przeanalizowano współczesne mechanizmy nadużyć związanych z refundacją leków pod kątem sposobu działania sprawców, ich motywacji oraz oceny stopnia szkodliwości społecznej czynu. Wnioski poczynione w niniejszym opracowaniu opierają się na analizie wybranych spraw karnych o przestępstwa z art. 270 k.k., art. 271 k.k. oraz art. 286 k.k., dotyczących wyłudzenia świadczeń z tytułu refundacji leków. Wydaje się, że prezentacja tych właśnie zagadnień stanowić może istotny wkład w opracowywanie skutecznych metod zapobiegania przestępczości w omawianym obszarze.

Podstawowe założenia i cele systemu refundacji leków

Dokładne przedstawienie aktualnie funkcjonującego w Polsce systemu refundacji produktów leczniczych przekracza ramy niniejszej publikacji, stąd też zaprezentowane zostaną jedynie najważniejsze jego założenia⁹.

Jak wcześniej wspomniano, przepisy ustawy o refundacji leków regulują takie kwestie, jak zasady, warunki i tryb podejmowania decyzji administracyjnej o objęciu refundacją leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego i uchylecia tej decyzji, zasady finansowania produktów refundowanych, zasady finansowania ze środków publicznych wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom na zlecenie osoby uprawnionej, obowiązki aptek wynikające z obrotu lekami, zasady kontroli aptek oraz obowiązki osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne. Jak wskazuje ustawodawca, chodzi o to, by system refundacji leków w ramach dostępnych publicznych środków finansowych odpowiadał w możliwie najwyższym stopniu aktualnemu zapotrzebowaniu społeczne-

⁷ J. Radzicki, *Odpowiedzialność prawna lekarza w następstwie nieprawidłowo wystawionej recepty*, „Służba Zdrowia” 1974, nr 35; A. Szafrąńska, *Nadzór i kontrola w zakresie wystawiania przez lekarzy recept na leki refundowane. Ocena wstępna*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2014, nr 7/8, s. 154–161; G. Lenart, *Wpływ błędnego wystawienia recepty lekarskiej na realizację prawa ochrony zdrowia w aspekcie refundacji leku*, [w:] J. Haberko, R. D. Kocylowski, B. Pawelczyk (red.), *Legis artis: problemy prawa medycznego*, Poznań 2008, s. 91–101.

⁸ M. Legień, *Kryminalistyczna problematyka fałszerstw recept na środki odurzające*, „Stud. Krymin.” 1979, t. 10, s. 233–245; idem, *Możliwości rozpoznawania sfalszowanych recept na środki odurzające*, „Farmacja Polska” 1978, nr 12, s. 705–710; idem, *Wykorzystanie ekspertyzy pisma w wykrywaniu narkomanów – sprawców przestępstw fałszowania recept lekarskich*, „Stud. Iur. Sil.” 1977, nr 2, s. 189–202.

⁹ W kwestiach szczegółowych należy odesłać do następujących publikacji: J. Adamski, K. Urban, E. Warmińska, *Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Komentarz*, Warszawa 2014; Ł. Sławatyniec (red.), *Prawo farmaceutyczne i refundacja leków*, Warszawa 2013; D. E. Lach, *Refundacja leków a równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2014, nr 1, s. 119–131.

mu w zakresie zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne. Jednocześnie zauważa się, że na dostęp pacjentów do leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych najistotniejszy wpływ ma ich cena (bądź wysokość odpłatności), dlatego polityka refundacyjna powinna zmierzać, z uwzględnieniem możliwości finansowych systemu ochrony zdrowia, do zmniejszenia obciążeń pacjentów stosujących potrzebne im ze względów zdrowotnych leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne.

Jednakże interes wytwórców wymaga uzyskania dla swojego produktu statusu produktu refundowanego, gdyż gwarantuje im to zwiększony w stosunku do wolnego rynku, stabilny przychód. Z punktu widzenia systemu refundowane powinny być wyłącznie te produkty, które mają udowodnioną skuteczność i bezpieczeństwo stosowania, a relacja efekt terapeutyczny – koszt terapii jest korzystniejsza w porównaniu z dostępnymi wariantami terapii.

Równoważenie oczekiwań różnych grup interesariuszy powinno odbywać się według jasno określonych reguł¹⁰. Reguły te ustalone są w sposób szczegółowy we wspomnianej ustawie, a także aktach wykonawczych, wśród których wskazać należy w szczególności rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept¹¹, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy uwzględnione we wnioskach o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu oraz o podwyższenie urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, które nie mają odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu¹². Z punktu widzenia technicznego wystawiania recept doniosłe znaczenie ma natomiast rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich¹³.

Mechanizm wyłudzania leków refundowanych na przykładach wybranych spraw sądowych

Zjawisko wyłudzania leków refundowanych szczegółowo obrazują okoliczności poniższych, losowo wybranych spraw karnych o przestępstwa kwalifikowane najczęściej z art. 286 k.k., art. 270 k.k. oraz art. 271 k.k. Na sześć opisywanych postępowań pięć zakończono wydaniem prawomocnego wyroku skazującego,

¹⁰ Por. uzasadnienie projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Sejm VI kadencji, druk nr 3491, [online] <www.sejm.gov.pl>.

¹¹ Tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r., poz. 364.

¹² Tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r., poz. 388.

¹³ Tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r., poz. 319 z późn. zm.

w jednej zaś sprawie wyrok uniewinniający uchylono do ponownego rozpatrzenia przez sąd I instancji.

Postępowanie prowadzone przed Sądem Rejonowym w J. (sygn. akt II K 1752/13)

W przedmiotowej sprawie lekarz pierwszego kontaktu w Centrum Medycznym w Ś. został oskarżony o to, że na przestrzeni kilku miesięcy, działając z góry pożyętym zamiarem osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadził do niekorzystnego rozporządzenia mieniem własnym NFZ Oddział Wojewódzki we W. w ten sposób, że bezprawnie wszedł w posiadanie, a następnie w celu użycia za autentyczne posłużył się imienną pieczętką pracującej z nim lekarki i drukami recept przypisanymi wskazanej lekarce w ramach zawartej z NFZ umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki refundowane, a także posługując się danymi osobowymi i numerami legitymacji pacjentów posiadających jako osoby represjonowane uprawnienia do bezpłatnego otrzymywania leków, wypisywał recepty na refundowane leki, umieszczał na nich pieczęcie współpracownicy wraz z podpisem w postaci parafy, a następnie wprowadził wskazane recepty do obrotu, realizując je w aptece w J., czym spowodował straty wynikające z równowartości refundacji wypłaconej przez NFZ właścicielowi wskazanej apteki na podstawie wystawionych czterech sztuk recept na leki refundowane opiewających na łączną kwotę ok. 24 000 zł na szkodę Narodowego Funduszu Zdrowia Oddziału Wojewódzkiego we W. Oskarżonemu postawiono zarzuty popełnienia przestępstw określonych w art. 286 § 1 k.k. oraz art. 270 § 1 k.k.

Co ciekawe, powyższy oskarżony za analogiczne czyny zabronione był już uprzednio skazany wyrokiem Sądu Rejonowego w L. Wydział Zamiejscowy w L. Wówczas wyrządził szkodę w mieniu NFZ na łączną kwotę 97 681,32 zł.

W przedmiocie motywów popełnienia przestępstwa warto zauważyć, że oskarżony w toku postępowania przygotowawczego nie przyznał się do jego popełnienia, wyjaśniając, że posiadał umowę z NFZ, na podstawie której był upoważniony do wypisywania recept na leki refundowane. Wyjaśnienia swoje odwołał w trakcie procesu sądowego i przyznał się do winy. Tłumaczył, że w okresie objętym zarzutem miał trudną sytuację życiową związaną ze sprzedażą przez dotychczasową partnerkę całości majątku. Z tych względów zaczął spożywać alkohol. Wyjaśnił, że „w przeszłości był leczony neurochirurgicznie, przeszedł siedem operacji, przez dwa lata posiadał paraliż kończyn”, podnosił też, że „nie potrafi wytłumaczyć swojego postępowania w okresie objętym aktem oskarżenia”, zaś „w przeszłości prezentował diametralnie odmienną postawę, zdobywając między innymi w 2008 r. belwederskie wyróżnienie lekarza niezwyklego”. Oskarżony wyjaśniał, iż „ze stanu pogłębionego alkoholizmu, w jakim znajdował się w czasie popełnienia zarzucanych mu czynów, wyszedł dzięki terapii i pomocy psychiatrów”, a także że „środki pochodzące z realizacji wyżej opisanych leków przeznaczył w znacznej mierze na własne potrzeby, pozostałe rozdał pacjentom”. Tłumaczył też, że z uwagi na stan zdrowia, wymagający m.in. okresowej rehabilitacji i noszenia kołnierza ortopedycznego, nie ma

możliwości wykonywania innego zawodu, a wyrządzoną szkodę spłaci w ciągu kilku najbliższych miesięcy.

Wymierzając oskarżonemu karę 2 lat pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres próby 5 lat, sąd argumentował, że czyny oskarżonego „cechują się znacznym stopniem społecznej szkodliwości, za którym to wnioskiem przemawia przede wszystkim rozmiar wyrządzonej tym działaniem szkody”, a „nie bez znaczenia dla stopnia społecznej szkodliwości czynu pozostawał fakt, iż oskarżony korzystał z danych osobowych swoich pacjentów, do czego nie był uprawniony, uzyskując je dzięki zaufaniu, jakim pacjenci obdarzają punkty opieki zdrowotnej”. W ocenie sądu „dla zaspokojenia potrzeb, które gdy mieć na uwadze wartość uzyskanych w drodze procedury leków, dalece przekraczały zakres podstawowego utrzymania, oskarżony wykorzystał bezprawnie system kosztownej opieki zdrowotnej, którą otoczone są osoby represjonowane”. Zachowanie oskarżonego oceniono jednoznacznie jako cyniczne i wymuszające na instytucjach nadzorujących korzystanie ze swoich uprawnień przez osoby represjonowane stosowania niewspółmiernych zabezpieczeń, co niewątpliwie utrudnia uczciwym, przeważnie w podeszłym wieku pacjentom uzyskanie leków z tego tytułu.

Postępowanie prowadzone przed Sądem Rejonowym w B. (sygn. akt IV K 240/13) oraz Sądem Okręgowym w B. (sygn. akt IV Ka 433/14)

Oskarżonym X i Y, wykonującym odpowiednio zawody lekarza oraz przedstawiciela firmy farmaceutycznej, postawiono w niniejszej sprawie zarzuty popełnienia przestępstw z art. 286 § 1 k.k. oraz 271 § 1 k.k. Czyn X polegać miał na działaniu wspólnie i w porozumieniu z Y w celu osiągnięcia korzyści majątkowej i doprowadzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w ten sposób, że we wskazanych dniach X jako lekarz wykonujący czynności zawodowe we wskazanych placówkach leczniczych na prośbę przedstawicielki firmy farmaceutycznej Y na blankietach recept dla wskazanych pacjentów niezasadnie wypisał refundowany w całości przez NFZ lek o nazwie E. 5 mg, które to recepty zostały zrealizowane przez X w aptece w B., powodując straty materialne na szkodę NFZ. Działanie Y miało sprowadzać się do nakłonienia X do podjęcia ww. procedury. Co ciekawe sąd I instancji uniewinnił X od zarzucanych mu czynów, podczas gdy Y została skazana na karę roku pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres próby 2 lat. Na skutek apelacji wniesionej przez prokuratora sąd II instancji uchylił wyrok do ponownego rozpatrzenia.

W powyższej sprawie X w toku pierwszego przesłuchania wskazywał jedynie na wadliwość dokonywanych przez siebie wpisów w dokumentację medyczną, a następnie – przyznając się do stawianego mu zarzutu – podał, iż wypisywał recepty na lek wyłącznie w szpitalu, działając na prośbę Y promującej ten lek, niemając przy tym wiedzy, w jaki sposób są one wykorzystywane, ale uzyskując od tej osoby przepisywane leki, które były następnie aplikowane pacjentom, a częściowo wyrzucane z uwagi na upływ terminu ich ważności. Z tej relacji wynikało, iż wystawione

recepty pokrywały się z ilościami leków przekazywanych mu przez Y. Zeznając już jako świadek w sprawie współoskarżonej, stwierdził, że nie zawsze otrzymywał od Y leki, a wypisywanie recept miał miejsce w różnych placówkach medycznych. Zeznał również, iż uzyskane od Y leki były przechowywane na oddziale szpitalnym lub w przychodni i w jakiejś części aplikowane pacjentom, a recepty na ten lek wypisywał głównie przy okazji wizyt pacjentów, choć czasami im ich nie przekazywał.

Sąd II instancji zauważył, iż zeznania oskarżonego X nie były jednoznaczne, konsekwentne i spójne, a rozbieżności nie sposób wywodzić wyłącznie z charakteru, w jakim występował w swojej sprawie oraz przedmiotowym postępowaniu i tym je tłumaczyć. Zastrzeżenia budziła bowiem wiarygodność szeregu istotnych wskazanych przez niego okoliczności, dotyczących: uzyskiwania leków od oskarżonej i ich aplikowania pacjentom, przechowywania leków w placówkach medycznych, w których pracował, sposobu wystawiania, obrotu receptami i odnotowywania tego w dokumentacji medycznej. Jednocześnie niektóre ze wskazanych i obiektywnie weryfikowalnych okoliczności, takich jak: sposób organizacji pracy, możliwość miejsca i czasu wypisania recept, przechowywanie i ordynowanie leków mających być uzyskanymi za pośrednictwem oskarżonej Y zostały jednoznacznie zakwestionowane. Zdaniem sądu II instancji tych stwierdzonych rozbieżności sąd I instancji już nie weryfikował, tylko ocenił je w sposób dowolny, czyli błędny. Tymczasem w sprawie istotne było, że nie tylko inicjatywa oskarżonej Y umożliwiała popełnienie przestępstwa. Wskazanie przez sąd I instancji, iż porozumienie jedynie pomiędzy oskarżonymi X i Y było „absurdalne” (strona 117 uzasadnienia), w żaden sposób nie zostało uzasadnione. Jak zauważył Sąd Okręgowy w B., motywacją ewentualnego przestępczego zaangażowania Y mogło być jej zainteresowanie wzrostem sprzedaży leku, skoro była przedstawicielem jego producenta i dystrybutora i na tej podstawie czerpała również własną korzyść majątkową. Zdaniem sądu II instancji o niewiarygodności zeznań X, iż tylko Y była odbiorcą recept, istotne były zeznania osób zatrudnionych w aptece, którzy nie kojarzyli Y z obecności w aptece, a jeżeli zrealizowała tam przedmiotowe recepty, to winna być łącznie co najmniej 65 razy (w niektórych przypadkach realizowano więcej niż jedną ze 112 recept). Okoliczności te przesądziły o uchyleniu wyroku sądu I instancji do ponownego rozpatrzenia.

Postępowanie prowadzone przed Sądem Rejonowym w I. (sygn. akt VII K 6/13) oraz Sądem Okręgowym w E. (sygn. akt VI K 352/13)

W powyższej sprawie trzem lekarzom X, Y i Z postawiono zarzuty popełnienia przestępstw określonych w art. 286 § 1 k.k. X został oskarżony o to, że przez okres ok. 2 lat, działając czynem ciągłym, jako lekarz Prywatnego Oddziału Chirurgicznego w M. uprawniony do wystawiania recept udzielił pomocy pacjentowi J. w wyludzeniu refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia leków anabolicznych o. i t. w ten sposób, że niezasadnie wystawiał mu w dużych ilościach przez długi okres

czasu refundowane recepty na wymienione leki anaboliczne w łącznej liczbie 201 recept, czym ułatwił J. doprowadzenie do niekorzystnego rozporządzenia mieniem NFZ na łączną kwotę 26.833,65 zł. Y zarzucono, że w okresie ok. roku, działając czynem ciągłym, jako lekarz poradni uprawniony do wystawiania recept, udzieliła pomocy pacjentowi J. w wyłudzeniu refundacji z NFZ leków anabolicznych o. i t. w ten sposób, że niezasadnie wystawiała mu w dużych ilościach i dawkach przez dłuższy okres czasu refundowane recepty na wymienione leki anaboliczne w łącznej liczbie 107 recept, czym ułatwiła J. doprowadzenie do niekorzystnego rozporządzenia mieniem NFZ na łączną kwotę 16.208,19 zł. Natomiast Z postawiono zarzut, że przez okres ok. 10 miesięcy, działając czynem ciągłym, jako lekarz Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodni uprawniony do wystawiania recept, udzieliła pomocy pacjentowi J. w wyłudzeniu refundacji z NFZ leków anabolicznych o. i t. w ten sposób, że niezasadnie wystawiała mu w dużych ilościach przez dłuższy okres czasu refundowane recepty na wymienione leki anaboliczne w łącznej liczbie 60 recept, czym ułatwiła J. doprowadzenie do niekorzystnego rozporządzenia mieniem NFZ na łączną kwotę 6.019,78 zł, przy czym czyn ten potraktowano jako wypadek mniejszej wagi. Wszyscy ww. lekarze zostali uznani za winnych popełnienia zarzucanych im czynów i prawomocnie skazani.

Powołany w powyższej sprawie biegły zauważył, że oskarżeni lekarze przepisywali pacjentowi J. sterydy w dawkach kilkusetkrotnie przekraczających dawkę terapeutyczną. Wymowa opinii polegała na tym, że nie ilość leków zapisana J. przez wszystkich lekarzy, ale w receptach wystawianych przez każdego z oskarżonych znacznie przekraczała dawki lecznicze. Opinii tej nie można było czytać w oderwaniu od zawartych w aktach sprawy ulotek producentów ww. leków, w których opisano sposób ich dawkowania, co w porównaniu z receptami wystawianymi przez każdego z oskarżonych wyraźnie przemawiało za tym, że przepisywali oni J. ww. leki w sposób niezgodny z zaleconym przez producenta danego leku sposobem ich dawkowania. Nie można też było pominąć w ocenie dowodów treści historii choroby J. prowadzonej przez każdego z oskarżonych, z których wynika bardzo duża częstotliwość wizyt J. u każdego z oskarżonych i to, że każda taka wizyta ograniczała się właściwie (bo w historii choroby nie zapisano, by w trakcie każdej wizyty pacjent został przebadany, odebrano od niego wywiad, wpisano rozpoznanie choroby, zlecono konsultację lub badania diagnostyczne) tylko do powtórzenia recepty i zapisania leków o. i t. w dużych ilościach. Wnioski opinii sądowo-lekarskiej z zakresu endokrynologii były w tej sprawie jednoznaczne – to niemożliwe, by J. przyjął wskazaną aktem oskarżenia ilość leków o. i t., chociażby z powodu wystąpienia powikłań skórnych w miejscu iniekcji takich dawek leków oraz wystąpienia innych poważnych działań niepożądanych, jak żółtaczkę cholestatyczną, priapizm, wzrost ciśnienia tętniczego, pierwotny rak wątroby z możliwością wystąpienia zgonu, zaś zalecane przez oskarżonych dawki leków były niezgodne z dawkami zalecanymi przez endokrynologów. Leczenie pacjenta powinno polegać na stopniowym

zmniejszaniu dawek tych leków aż do ich odstawienia włącznie, a nie na dalszym przepisywaniu anabolików w dużych dawkach.

Ponadto biegli specjalista psychiatrii i psycholog kliniczny w swoich opiniach stwierdzili, iż przepisywanie leków J. w taki sposób, jak czynili to oskarżeni, powodowało, że pacjent ten miał kilkumiesięczne zapasy leków, zatem z pewnością nie można zgodzić się z tym, by taki sposób ich przepisywania mieścił się w standardach medycznych i zasługiwał na miano „terapii”. Przy przepisywaniu sterydów anabolicznych trzeba przeprowadzić badanie kliniczne pacjenta celem ustalenia parametrów terapii hormonalnej, a w czasie jej stosowania pacjent musi być monitorowany klinicznie i laboratoryjnie, a w aktach sprawy nie ma śladu takich badań. Ustalenia te były podstawą skazania oskarżonych.

Postępowanie prowadzone przed Sądem Okręgowym w R. (sygn. akt II K 89/10) oraz Sądem Apelacyjnym w R. (sygn. akt II AKa 26/13)

Sprawa ta jest typowym przykładem możliwości prowadzenia zorganizowanej działalności przestępczej związanej z fałszowaniem recept na leki refundowane. Oskarżonemu w sprawie zarzucono, że okresie ok. 4 lat na terenie kraju, działając wspólnie i w porozumieniu z innymi i nieustalonymi, w tym wobec których toczyły się i toczą odrębne postępowania karne, kierował wspólnie i w porozumieniu z inną osobą zorganizowaną grupą przestępczą, której celem było popełnianie przestępstw przeciwko mieniu, przestępstw przeciwko wiarygodności dokumentów, a w szczególności fałszowanie faktur nabycia i sprzedaży leków, fałszowanie recept lekarskich, uzyskanie poświadczających dokumentów w postaci recept na refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia leki, w szczególności leki onkologiczne i inne o znacznej wartości jednostkowej, realizację tego rodzaju recept w aptekach i doprowadzenie w ten sposób do niekorzystnego rozporządzenia mieniem NFZ znacznej wartości poprzez refundację wartości sprzedanych leków aptekom, w których przedmiotowe recepty zostały zrealizowane. Ponadto oskarżony za pomocą wprowadzenia w błąd doprowadził przedstawicieli aptek na terenie kilku województw, a w konsekwencji i NFZ do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w łącznej kwocie 393 357,70 zł w ten sposób, że po uprzednim podrobieniu druków recept lekarskich i ich opieczętowaniu fałszywymi pieczęciami lekarskimi i przychodni oraz wypisaniu fałszywej treści przez zaprzyjaźnionego lekarza na sztukach fałszywych druków recept tak podrobione recepty przedstawił różnym aptekom do realizacji. Czyny oskarżonego zakwalifikowano jako przestępstwa z art. 286 §1, art. 294 §1 oraz art. 270 §1 k.k.

Skazując sprawcę, sądy podnosiły w uzasadnieniach wyroków m.in., że w błąd wprowadzeni zostali pracownicy NFZ, przy czym mylne wyobrażenie o rzeczywistym stanie rzeczy zostało u nich wytworzone za pośrednictwem pracowników aptek nieświadomych faktu nieautentyczności recept, a zatem i tego, że wytwarzają w pracownikach NFZ owo mylne wyobrażenie o autentyczności recept, co w dalszej kolejności skutkowało decyzjami o wypłaceniu refundacji na rzecz aptek. W tym

okresie pracownicy NFZ nie dysponowali systemem pozwalającym weryfikować merytorycznie recepty, szczególnie ich autentyczność, co z kolei pozwalało oskarżonemu i osobom wchodzącym w skład grupy przestępczej uprawiać przestępczy proceder. Ujawniono go dzięki zaangażowaniu funkcjonariuszy Centralnego Biura Śledczego.

Postępowanie prowadzone przed Sądem Okręgowym w S. (sygn. akt III K 40/12) oraz Sądem Apelacyjnym w S. (sygn. akt II AKa 2012/13)

W przedmiotowej sprawie sześciu oskarżonym postawiono zarzut popełnienia przestępstw z art. 286 § 1 oraz art. 270 § 1 k.k., polegających na tym, że na przestrzeni ok. roku oskarżeni, działając wspólnie i w porozumieniu, w krótkich odstępach czasu i realizując z góry powzięty zamiar, doprowadzili do niekorzystnego rozporządzenia mieniem NFZ na łączną kwotę 255 182,91 zł w ten sposób, że jeden z nich – lekarz X – przedstawiał w aptecce do realizacji 597 sztuk recept na leki refundowane, wypełnionych przez siebie i inne osoby na pacjentów faktycznie nieistniejących, rzekomo inwalidów wojennych, oraz przy wykorzystaniu danych innych osób, co uprawniało do otrzymywania bezpłatnych leków, recept o symbolu ..., opieczętowanych pieczętkami imiennymi za zgodą innego oskarżonego lekarza Y lub przez samego lekarza, składając na części z nich podpisy za tegoż, a kolejni czterej współoskarżeni, jako pracownicy apteki dokonywali realizacji tych recept, pomimo braku u X dokumentów uprawniających do bezpłatnej realizacji recept, z czego część leków była przeznaczona dla pracowników apteki, a pozostałe dla X i Y. Wszyscy ww. zostali prawomocnie skazani za popełnione przestępstwa.

W uzasadnieniu wyroku sądu II instancji, rozpatrującego apelację, zawarto spostrzeżenie, że oskarżeni aptekarze „sami przyznali, że sporadycznie prosili o wypisanie danego leku na bezpłatną receptę, a co do pozostałych recept mieli świadomość, że są fikcyjne”. Zdaniem sądu „odmiennie założenie prowadziłoby do wniosku, że aptekarze nie przestrzegali procedur z nieuzasadnionych przyczyn, bez żadnych korzyści, przez wiele miesięcy”.

Postępowanie prowadzone przed Sądem Okręgowym w P. (sygn. akt III K 88/12) oraz Sądem Apelacyjnym w Ł. (sygn. akt II AKa 148/13)

W sprawie powyższej oskarżona X, wykonująca zawód lekarza w Szpitalu Wojewódzkim w P., w okresie ok. trzech lat, wspólnie i w porozumieniu z oskarżoną Y prowadzącą punkt apteczny, w której pełniła jednocześnie funkcję kierownika tego punktu i była osobą uprawnioną do realizowania recept lekarskich oraz sporządzania dokumentów w postaci zestawień recept na leki i wyroby medyczne podlegające refundacji oraz wniosków o zwrot refundacji za zrealizowane w tych punktach aptecznych recepty na takie leki i wyroby medyczne, działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, tj. uzyskania leków i środków medycznych podlegających refundacji, doprowadziła NFZ w Ł. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 591 091,07 zł. X udzieliła swoim zachowaniem Y pomocy do poświad-

czenia nieprawdy wobec NFZ poprzez wystawienie 438 recept lekarskich na leki i wyroby medyczne objęte refundacją, mimo iż nie udzieliła świadczeń zdrowotnych osobom, na które wystawiła te recepty, dokonując jednocześnie w książce ambulatorium ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w P. wpisów mających świadczyć o udzieleniu świadczeń zdrowotnych części osobom, na które wystawiła recepty, a następnie przekazała te recepty Y, która je otaksowała. Co więcej, X przekazywała Y recepty lekarskie wystawione na leki objęte refundacją, opieczetowane pieczętkami Szpitala Wojewódzkiego w P. oraz pieczętkami lekarzy zatrudnionych w tym szpitalu, wprowadzając ich uprzednio w błąd co do okoliczności oraz celu wystawienia bądź opieczetowania i podpisania przez nich tych recept. X podrabiała również podpisy innych lekarzy na receptach i bezprawnie wykorzystywała podpisywane in blanco druki recept. Oskarżone zostały prawomocnie skazane na podstawie m.in. art. 286 § 1 w zw. z art. 294 § 1, art. 270 § 1 oraz art. 271 § 1 i 3 k.k.

Uzasadniając prawomocne rozstrzygnięcie sprawy, sąd II instancji wskazywał, że nie sposób uznać wyjaśnień oskarżonej X, że „wystawiała ona na prośbę Y recepty, bo chciała jej po koleżeńsku, grzecznościowo pomóc, znając jej trudną sytuację rodzinną (chorobę syna)”, albowiem przeczyła temu m.in. liczba recept. Wypisywane na nich były wyłącznie drogie leki refundowane na schorzenia, których żadną miarą nie mogli mieć wszyscy pacjenci niewielkiej miejscowości, w której prowadzony był punkt apteczny. Oskarżona X wiedziała, gdzie jest lokalny ośrodek zdrowia, domyślała się ilu może mieć pacjentów i ilu spośród nich może potrzebować drogich refundowanych leków. Ustalono np., że w aptekach Y realizowano najwięcej leków stosowanych przy przeszczepach w całym województwie, natomiast inne leki na przewlekłe choroby (typu astma, cukrzyca) sprzedawane były w ilości znacznie przekraczającej potrzeby nawet dużego miasta. Wszystkie leki wpisane na receptach były drogie i rzadko używane, a niektórzy lekarze z miejscowego ośrodka zdrowia nawet nie znali ich zastosowania. W tym kontekście stanowisko sądu I instancji, że argumentacja oskarżonej dotycząca pomocy koleżeńskiej mogłaby być akceptowana, gdyby chodziło o 5 recept, a nie o 500, było słuszne i zgodne zarówno z doświadczeniem życiowym, jak i zasadami logiki. Zdaniem sądu II instancji może się bowiem zdarzyć, że ktoś zapuka do sąsiada lekarza i poprosi o receptę (bo np. jest wieczór albo nie udało mu się z powodu kolejki dostać do przychodni). Jednak chodzi tu o sytuacje incydentalne, a nie trwałe i systematyczne dostarczanie wielu recept raz w tygodniu i całymi latami. Co więcej, fałszując recepty, oskarżona X nie tylko narażała innych lekarzy na poważne kłopoty, ale też w ten sposób aktywnie wspierała działalność Y, zapewniając jej stały i systematyczny „dopływ” recept (skoro akurat sama ich nie wystawiała, pozyskiwała je od kolegów). W tym samym kontekście należało ocenić dopisywanie pacjentów do książki pomocy w pogotowiu, przystawienie swojej pieczętki na 21 receptach, które Y pozyskała nielegalnie z ośrodka zdrowia w D.

Wnioski

Modus operandi sprawców wyłudzenia świadczeń z tytułu refundacji leków. W pierwszej kolejności wskazać trzeba, że niepokojącym zjawiskiem jest, iż sprawcami najpoważniejszych (z punktu widzenia wysokości korzyści uzyskiwanych w wyniku przestępstwa) wyłudzeń świadczeń z tytułu refundacji leków nie są pacjenci, lecz lekarze i farmaceuci realizujący recepty. Przestępstwa mogą mieć charakter samodzielnie podejmowanych przez sprawcę działań (najczęściej jest to lekarz, wystawiający sfałszowaną receptę), jak i działalności w związku przestępczym czy zorganizowanej grupie przestępczej, w którą zaangażowani mogą być przedstawiciele zawodów medycznych (lekarze i aptekarze), pacjenci, jak i przedstawiciele firm farmaceutycznych. Należy też odróżnić – w zakresie sposobu wyłudzenia refundacji – **falszowanie recept**, które polega na ich podrobieniu (np. podrobienie pieczętki uprawnionego lekarza czy jego podpisu), przerobieniu lub nieuprawnionym wypełnieniu druku podpisanego *in blanco* (np. naniesienie danych pacjentów bezprawnie uzyskanych przez sprawcę), od **nieuzasadnionego wystawienia recept**, tj. wystawienia recept na leki bez jakichkolwiek wskazań medycznych. Po wykupieniu leku na podstawie fałszywej lub nieuzasadnionej względami leczniczymi recepty są one dalej odsprzedawane za granicą (najczęściej w Niemczech) po cenach niższych niż w tamtejszym obrocie aptecznym, ale jak na warunki polskie na tyle wysokich, by było to opłacalne dla sprzedającego. Wartość osiągniętych z nielegalnego procederu korzyści majątkowych uzależniona była od warunków pracy sprawców.

Teoretycznie możliwość dokonywania fałszerstw na większą skalę mieli lekarze zatrudnieni w dużych placówkach służby zdrowia mający dostęp do większej grupy pacjentów lub współpracujący z większą grupą personelu medycznego. To najczęściej ich dane były bezprawnie wykorzystywane w procederze fałszowania recept. Zastanawiająca jest też daleko idąca nieostrożność większości sprawców, którzy przedkładając do realizacji fałszywe lub nieuzasadnione recepty, nawet nie starali się różnicować rzekomych beneficjentów refundacji (*vide* przypadek wystawiania recept dla niewielkiej grupy pacjentów zamieszkałych we wsi liczącej kilkuset mieszkańców), tudzież zadbać chociażby o pozory terapeutycznego przypisywania kolejnych partii leków dla tego samego pacjenta (por. sprawa zapisywania leków sterydowych przez trójkę lekarzy temu samemu pacjentowi). Okoliczności te pozwalały jednostkom kontroli NFZ, a następnie organom ścigania na ujawnienie nieprawidłowości, a dalej postawienie zarzutów w ramach postępowania karnego.

Uzupełniając niejako wnioski płynące z analizy przypadków przywołanych w niniejszej publikacji, wskazać można, że w praktyce wyłudzane są najczęściej leki trudno dostępne, wśród których wymienić można leki przeciwwzakrzepowe, wziewne leki przeciwastmatyczne, insuliny oraz preparaty onkologiczne stosowane np. w leczeniu raka prostaty. Dodać też trzeba, że sfałszowaną receptę bardzo trudno wykryć, zaś na poziomie apteki jest to w zasadzie niemożliwe. Systemy informa-

tyczne, które apteki wykorzystują do sprzedaży leków refundowanych, są w tym względzie mało użyteczne. Dzieje się tak dlatego, że sfałszowane recepty spełniają wszelkie wymogi określone rozporządzeniami Ministerstwa Zdrowia w sprawie recept lekarskich dotyczące wzoru i wyglądu recepty, numeracji, danych pacjenta, przychodni czy lekarza. Co prawda, każda z tych recept będzie miała ten sam numer, ale dla powodzenia podejmowanych bezprawnych działań nie ma to większego znaczenia, albowiem tego samego dnia sprawca może zrealizować taką receptę w różnych aptekach. Sprawę komplikuje też fakt, że Minister Zdrowia zniósł wymóg stawiania przez lekarza pieczęty na recepcie, co niestety tylko przestępczy proceder uprościło.

Motywacja sprawców nadużyć. Motywacja sprawców przestępstw w omawianej kategorii spraw, pomimo zróżnicowanych wyjaśnień, była na ogół taka sama, tj. osiągnięcie korzyści majątkowej dla siebie lub dla innej osoby. Sporadycznie przestępczy proceder służyć miał zaspokajaniu doraźnych celów sprawcy (np. zakupu alkoholu), w zdecydowanej większości był on natomiast stałym źródłem dochodu lekarzy lub aptekarzy, tudzież przedsiębiorców (przedstawicieli firm farmaceutycznych). Nie są oczywiście wykluczone inne sfery motywacyjne, które występować będą u pacjentów. Zdarza się bowiem niekiedy, że przewlekle chorzy wykupują leki „na zapas”, „na wszelki wypadek”, gdyby w przyszłości miało im zabraknąć środków finansowych na leczenie. Rzecz dotyczy na ogół osób w podeszłym wieku, hipochondryków oraz cierpiących na zaburzenia psychiczne. Jeszcze inną motywację w zakresie wyludzenia leków refundowanych przejawiają osoby uzależnione od narkotyków oraz uprawiające sport, zwłaszcza dyscypliny siłowe i sztuki walki.

Szkodliwość społeczna przestępstw związanych z wyludzeniem świadczeń z tytułu refundacji leków. Zgodnie z art. 115 § 2 k.k., na ocenę stopnia społecznej szkodliwości czynu wpływają rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, waga naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywacja sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. Według tych kryteriów wyludzenie leków refundowanych i świadczeń z tytułu refundacji niesie ze sobą wysoki stopień zagrożenia. Najważniejszą negatywną konsekwencją wynikającą z opisywanych w niniejszej publikacji praktyk przestępczych jest działanie na szkodę NFZ, a pośrednio wszystkich ubezpieczonych partycypujących w systemie ubezpieczenia zdrowotnego. Warto zwrócić uwagę, że ujawnione przypadki nadużyć powodowały straty sięgające niekiedy od kilkuset tysięcy do ponad pół miliona złotych. Jest to zatrażające, gdy wziąć pod uwagę, iż w tym zakresie – podobnie jak przy zbliżonych rodzajowo przestępstwach gospodarczych – istnieje zapewne tzw. ciemna liczba przestępstw, a zatem szkoda sięgać może wielu milionów złotych.

Celem „uszczelnienia” systemu apteki dwa razy w miesiącu przesyłają do centrali NFZ informacje o zrealizowanych receptach, po czym są one weryfikowane. Wielokrotnie dochodziło do sytuacji, że jedna recepta była realizowana kilkanaście razy w różnych miejscach, dlatego uruchomiono specjalny portal, gdzie na bieżąco aktualizowane są numery sfałszowanych recept¹⁴. Niepokojące jest jednak bagatelizowanie przez Ministerstwo Zdrowia nagłaśnianych przez media przypadków fałszowania recept na leki refundowane. Biorąc pod uwagę wzrastające na całym świecie zapotrzebowanie społeczne na tanie medykamenty oraz potencjalne zyski płynące z nielegalnej odsprzedaży produktów leczniczych, zjawisko to w niedługim czasie może stać się jednym z najpoważniejszych, o ile nie najpoważniejszym przestępstwem gospodarczym.

Summary

Extortion of refunds on medicines – the modus operandi of the perpetrators, their motives and social harmfulness of abuse

Key words: falsifying prescriptions, extortion of refunds on medicines, fraud, public health services, pharmaceuticals.

Given the amount of financial loss brought about by extorting of refunds on drugs this phenomenon is one of the most important contemporary economic pathology. The issue of falsification of prescriptions, methods of disclosing of this crime and the practice of social danger has long been raised in the literature is not only criminal law and medical law, but also forensics. However, it has no current analysis of criminal behavior aspects of the perpetrators of such crimes. This publication fills this lack. For the purposes of article analyzes the contemporary mechanisms concern with fraudulent refund of medications, the operation of the perpetrators, their motivations and assess the degree of social harmfulness of action. The conclusions made in this report are based on an analysis of six selected criminal cases for offenses under Articles 270, 271 and 286 of the Polish Penal Code, relating to extort benefits for reimbursement of medicines.

¹⁴ T. Gdaniec, *Pomorski NFZ stracił na procederze fałszowania recept...*