Sygn. akt XII Kp 765/14

(...)

POSTANOWIENIE

Dnia 20 listopada 2014 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie XII Wydział Karny w składzie:

Przewodniczący: ***SSO Grzegorz Miśkiewicz***

Protokolant: Jakub Kraśniewski

Prokurator: o terminie powiadomiony

po rozpoznaniu zażalenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2014 r.

na postanowienie Prokuratora Prokuratury Rejonowej (...)w W. z dnia 28 lipca 2014 r. w przedmiocie umorzenia śledztwa w sprawie (...)

na podstawie art. 437 § 1 k.p.k.

postanawia

zażalenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2014 r. nie uwzględnić i utrzymać w mocy zaskarżone postanowienie Prokuratora Prokuratury Rejonowej (...) w W. z dnia 28 lipca 2014 r.

UZASADNIENIE

Prokuratura Rejonowa (...) w W. prowadziła śledztwo w sprawie o sygn. (...) na skutek pisemnego zawiadomienia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa z siedzibą przy ul. (...) w W., polegającego na pobieraniu przez wyżej wymienioną spółkę opłat od świadczeniobiorców za świadczenia gwarantowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, realizacja których odbywała się na podstawie umowy zawartej z Funduszem, które następnie spółka zgłaszała do rozliczenia w ramach umowy tj. o czyn z art. 286 § 2 k.k. w zw. z art. 294 § 1 k.k. i inne.

Postanowieniem z dnia 28 lipca 2014 r. Prokurator Prokuratury Rejonowej (...) w W. umorzył śledztwo w sprawie (...) prowadzone w sprawie dotyczącej (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa z siedzibą przy ul. (...) w W. o czyny z art. 286 § 1 k.k. i inne.

W uzasadnieniu postanowienia Prokurator wskazał, że w niniejszej sprawie brak jest wystarczających danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie popełnienia zarzucanych przestępstw, wobec czego na podstawie art. 17 § 1 pkt. 2 k.p.k. należało umorzyć śledztwo. (k. 1372 – 1393)

Na powyższe postanowienie z dnia 11 sierpnia 2014 r. zażalenie wniósł Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, żądając uchylenia zaskarżonego postanowienia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania. Zaskarżonemu postanowieniu zarzucił nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności mogących mieć wpływ na treść orzeczenia, błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że sfinansowanie przez NFZ świadczenia gwarantowane leczenia zaćmy mogły być realizowane jako świadczenia standardowe i ponadstandardowe oraz, że system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych leczenia zaćmy dopuszcza częściową ich refundację przez NFZ i dopłatę przez świadczeniobiorcę.

Ponadto, Prokurator - zdaniem skarżącego – dopuścił się obrazy art. 193 pkt. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), poprzez zaniechanie podjęcia postępowania zmierzającego do wymierzenia kary grzywny za każdy z ujawnionych czynów pobrania dodatkowej opłaty za udzielone świadczenie osobom wskazanym w załączniku do zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa, skoro z ustaleń dokonanych w toczącym się postępowaniu wyraźnie wynika popełnienie czynów karalnych.

Nadto, skarżący podniósł, iż Prokurator naruszył przepisy art. 286 § 1 k.k. poprzez ustalenie, że popełnienie przez (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa z siedzibą przy ul. (...) w W. za czyny polegające na bezprawnym pobieraniu od świadczeniobiorców, wskazanych w załączniku do zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa, opłat za świadczenia sfinansowane ze środków publicznych. (k. 1401-1404)

Sąd ustalił, co następuje:

(...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa z siedzibą w W. przy ul. (...) w W. jest podmiotem leczniczym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który udziela świadczeń zdrowotnych m.in. na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie okulistyki – hospitalizacja planowana, o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.

W dniu 4 lutego 2009 roku pomiędzy (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa a (...) Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia została zawarta umowa nr (...) ((...)) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne. W kolejnych latach 2010, 2011, 2012 oraz 2013 powyższa umowa była aneksowana na kolejny rok obowiązywania. Wyżej wymieniona umowa obejmowała następujące zakresy świadczeń: kardiologia - hospitalizacja planowana, okulistyka - hospitalizacja planowana, okulistyka -hospitalizacja planowana B12, B13, B14, B15. W ramach podpisanej umowy pacjenci operowani w (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa byli uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest określony w art. 35 oraz we właściwych rozporządzeniach Ministra właściwego do spraw zdrowia wydanych w oparciu o art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w oparciu m.in. o zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 22-10-2008 r., ze zmianami, w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne Katalog świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest katalogiem pozytywnym.

Powyższa umowa obejmowała świadczenie usług medycznych polegających na usunięciu zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki. Umowa obejmowała wszczepienie koniecznych do usunięcia zaćmy soczewek, tj. soczewek standardowych cechujących się wewnątrzgałkowością i zwijalnością- podlegających refundacji - które umożliwiały korekcję zaćmy, nie zapewniały jednakże pomocy w ramach innych dolegliwości jak np. astygmatyzm czy choroby siatkówki. Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia nie określała przy tym, jakie powinny być przeprowadzone badania i konsultacje związane z wykonywanie zabiegów w ramach objętych nią gwarantowanych świadczeń medycznych. (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa nie była zobowiązana ani na mocy przedmiotowej umowy, ani na podstawie jakiegokolwiek przepisu ustawy do wykonywania w trybie ambulatoryjnym badań, których wyniki konieczne są do zakwalifikowania pacjenta do leczenia szpitalnego w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Aby pomóc chorym cierpiącym na inne dolegliwości nie objęte wskazaną umową z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz kierując się dobrem pacjenta (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa oferowała pacjentom soczewki wychodzące ponad standard wynikający z umowy z Funduszem, w tym leczące inne dolegliwości. Soczewki, których refundację zapewniał Narodowy Fundusz Zdrowia były jednymi z najtańszych soczewek oferowanych na rynku.

Wszyscy pacjenci byli szczegółowo informowani, jakie soczewki mogą zostać im wszczepione w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz dodatkowo informowano pacjentów o możliwości otrzymania soczewki nie objętej umową z Funduszem o wyższym standardzie i lepszych właściwościach, które umożliwiały pomoc przy innych

wadach wzroku. Między innymi mogły one leczyć astygmatyzm, starczowzroczność, korygować wcześniejsze wady wzroku, choroby siatkówki, chronić przed zwyrodnieniem plamki żółtej, eliminować efekt tzw. lustra i dawać większy komfort widzenia.

Dzięki powyższym informacjom pacjenci mieli pełną możliwość dokonania swobodnego wyboru pomiędzy korzystaniem z „darmowych", standardowych soczewek oferowanych w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia lub też wszczepienia soczewek ponadstandardowych, dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb, co z kolei wiązało się z koniecznością dodatkowej opłaty.

Początkowo opłata w przypadku wyboru przez pacjenta usługi medycznej polegającej na usunięciu zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki ponadstandardowej - w zakresie dotyczącym konieczności wniesienia opłaty za soczewkę ponadstandardową - miało formę darowizn. Uiszczana dodatkowa opłata obejmowała należność nie tylko za lepszą niż konieczną soczewkę, ale również za zespół działań niezbędnych do zastosowania tej soczewki, jak choćby inny rodzaj nacięć i zastosowanie innych narzędzi. Darowizny wpłacane były przez pacjentów na rzecz Kliniki Medycznej (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa. Spółka ta mieściła się pod tym samym adresem co (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa i miała podobny zakres działalności z tą różnicą, że wykonywała ona w zakresie okulistyki zabiegi komercyjne. Wpłaty darowizny na rzecz wyżej wymienionego podmiotu były uzasadnione tym, że darowizna w obszarze służby zdrowia, zgodnie z obowiązującymi przepisami, musiała być dokonywana i rozliczana przez trzeci podmiot w stosunku do świadczeniodawcy. Należności z tytułu darowizn Klinika (...) przeznaczała na rozwijanie usług medycznych, w tym zakup nowoczesnego sprzętu i nowych technologii. Następnie spółka (...) na podstawie zawieranych umów pożyczała różnorakie zasoby od Kliniki (...), co było dozwolone prawnie, jak i miało uzasadnienie ekonomiczne.

(...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa nie oferowała pacjentom samej soczewki, ale dodatkowe świadczenie dotyczące jej zastosowania u danego pacjenta, co oznacza, że należało ją kwalifikować jako usługę medyczną.

Po pewnym czasie zrezygnowano z pobierania od pacjentów faktycznych opłat w formie darowizny i za powyższą usługę zaczęto wystawiać rachunki. W ten sposób ponadstandardowe soczewki oferowane były świadczeniobiorcom za dopłatą, jako mające dodatkowe cechy terapeutyczne, a więc inne aniżeli cechy konieczne określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia (wewnątrzgałkowość i zwijalność) do przeprowadzenia świadczenia refundowanego przez Fundusz. (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa, aby uzyskać zapłatę z (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu wykonania zabiegu usunięcia zaćmy w zakresie objętym umową przekazywała wyżej wymienionemu Oddziałowi Funduszu drogą elektroniczną dane dotyczące rozpoznania i istotnych procedur medycznych (według (...)tj. B12 - usuniecie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, z dodatkowym szczegółowym rozpoznaniem, B13 - usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, z dodatkowym szczegółowym zapoznaniem oraz B2 - listy dodatkowe do sekcji B.

(...) Sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa w wyżej wskazanym zakresie - oprócz przekazywania drogą elektroniczną danych dotyczących rozpoznania i istotnych procedur medycznych podjętych wobec każdego z pacjentów -prowadziła szczegółową dokumentację przeprowadzanych zabiegów (w tym sprawozdań z wykonania przez spółkę operacji usuwania zaćmy w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia), która dodatkowo była udostępniana (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach przeprowadzanych kontroli, w wyniku których nigdy nie zgłoszono zastrzeżeń, nigdy również nie zakwestionowano zasadności przedmiotowych rozliczeń co do osób zoperowanych, ani co do zakresu wykonanych świadczeń.

Na skutek skarg składanych przez świadczeniobiorców wskazanego zabiegu (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadził kontrolę obejmującą świadczenie przedmiotowej usługi medycznej przez (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa w 2012 roku poprzez rozesłanie ankiety do (...) pacjentów z pytaniem o potwierdzenie wykonania zabiegu oraz przekazanie informacji, czy w związku z tymi zabiegami dokonywali jakichkolwiek opłat. Na podstawie (...) uzyskanych odpowiedzi Fundusz ustalił, że w 1560 przypadkach zostały uiszczone dodatkowe opłaty,

a w 230 przypadkach zawarta została z pacjentami umowa darowizny. Na podstawie powyższej ankiety (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ustalił także, iż łączna wartość opłat poniesionych przez wskazanych, ankietowanych świadczeniodawców wyniosła 1.684.850 zł, jak również, że ankietowane B. K. i C. Ś. nie korzystały z usług oferowanych w przedmiotowym zakresie przez (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa w W.. Opierając się na tak pozyskanych informacjach, (...) Odział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia uznał, że w wyniku realizacji przez wyżej wymienioną spółkę świadczeń niezgodnie z warunkami umowy nr (...) ((...)), NFZ wydatkował łącznie na jej rzecz kwotę 5.436.444,00 zł.

W dniu 20 września 2013 roku (...) Oddział (...) rozwiązał z (...) sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie, wskazując jako powód rozwiązania umowy pobieranie od pacjentów opłat za świadczenia gwarantowane w ramach kontaktu.

Usługa medyczna polegająca na usunięciu zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki ponadstandardowej została wykonana przez (...) sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa w W. w dniu 17 grudnia 2012 r. u B. S. za jej zgodą, od której to pacjentki pobrano opłatę za usługę medyczną w wysokości 1.500,00 zł. Zabieg w takim samym zakresie w dniu 02 kwietnia 2012 r. został przeprowadzony przez ten podmiot również u B. K., która także wyraziła zgodę na wczepienie soczewki o lepszych parametrach. Pacjentka ta została skierowana do kliniki przez przychodnię specjalistyczną mieszczącą się przy ul. (...) w O.. W celu przeprowadzenia operacji musiała przedłożyć wyniki badania elektrokardiografii, badania laboratoryjne, zaświadczenie od dentysty o braku ognisk zapalnych, zaświadczenie od otolaryngologa. Wszystkie te zaświadczenie i wyniki badań pochodziły od podmiotów niezwiązanych z (...) sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa w W.. B. K. miała wykonywany we wskazanej klinice w styczniu 2012 r. także zabieg polegający na nacięciu tęczówki z użyciem lasera, które to świadczenie zabiegowe zostało sfinalizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (świadczenie Z46).

Także C. Ś. miała wykonywany w (...) sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa w W. zabieg usunięcia zaćmy z prawego, a następnie lewego oka, przy czym wybrała ona wariant standardowy i nie dokonywała żadnych opłat związanych z jego przeprowadzeniem.

Sąd Okręgowy w Warszawie zważył, co następuje:

Rozpoznając powyższe zażalenie, Sąd uznał je za bezzasadne, zaś podniesione w nim okoliczności za nie dające podstaw do uchylenia zaskarżonego postanowienia.

Sąd podziela stanowisko Prokuratora Prokuratury Rejonowej (...) w W., zawarte w postanowieniu z dnia 28 lipca 2014 r. uznając, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy został właściwie oceniony i jest wystarczający do stwierdzenia, że nie doszło do popełnienia przestępstwa z art. 270 § 1 k.k., art. 286 § 1 k.k. w zw. z art. 294 § 1 k.k. W ocenie Sądu Prokurator podjął słuszną decyzję, podejmując w dniu 28 lipca 2014 r. decyzję o umorzeniu śledztwa w sprawie (...).

W świetle zebranego materiału dowodowego brak jest podstaw do przypisania

czynów opisanych w pkt. 1.

Dla bytu przestępstwa oszustwa, którego dotyczy przepis art. 286 § 1 k.k. konieczne jest wykazanie istnienia zamiaru bezpośredniego, kierunkowego tak co do celu działania, jak i używanych środków. Dlatego też, ze względu na wymagania w zakresie strony podmiotowej przestępstwa, dla przypisania popełnienia oszustwa konieczne jest ustalenie, że (...) sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa w W. działała z góry powziętym zamiarem doprowadzenia Narodowego Funduszu Zdrowia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem. Oszustwo z punktu widzenia znamion strony podmiotowej może być bowiem popełnione wyłącznie z zamiarem bezpośrednim, szczególnie zabarwionym (kierunkowym - dolus coloratus), obejmującym zarówno cel, jak i sposób działania sprawcy (por. wyrok SN z 22 listopada 1973 r., III KR 278/73, OSNPG 1974, nr 7, poz. 81). Dlatego też ze względu na wymagania w zakresie strony podmiotowej dla przypisania oszustwa konieczne jest ustalenie, że sprawca swoimi podstępnymi

zabiegami doprowadza inną osobę do mylnego wyobrażenia o rzeczywistym stanie rzeczy bądź też ustalenie, żę doszło do wyzyskania błędu (wyzyskanie błędu polega na wykorzystaniu przez sprawcę już istniejących, niezgodnych z rzeczywistością, opinii lub wyobrażeń osoby pokrzywdzonej). Sprawca oszustwa zatem nie tylko musi chcieć uzyskać korzyść majątkową, lecz musi także chcieć użyć w tym celu określonego sposobu, czy zaniechania.

W związku z tym do przestępstwa oszustwa nie dochodzi zarówno wtedy, gdy jeden z przedstawionych elementów nie jest objęty świadomością i wolą sprawcy, jak i wówczas, jeżeli któregoś z nich sprawca nie obejmuje chęcią, lecz tylko nań się godzi. W przypadku działania sprawcy w zamiarze ewentualnym nie dochodzi więc do popełnienia występku oszustwa przewidzianego w art. 286 § 1 k.k. (por. wyrok SN z dnia 22 listopada 1973 r. III KR 278/73 OSNPG 1974 nr 7, poz. 81, wyrok SN z dnia 19 lipca 2007 r. V KK 384/06, Biul. PK 2007/14/33).

Aby przyjąć popełnienie przestępstwa z art. 286 § 1 k.k., konieczne jest – na podstawie dokonanej analizy strony podmiotowej - wykazanie na podstawie dowodów, że sprawca obejmował swym bezpośrednim i kierunkowym zamiarem nie tylko wprowadzenie w błąd (wyzyskanie błędu itp.) i działanie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, lecz także, że w momencie działania mającego na celu uzyskanie świadczenia obejmował swym bezpośrednim i kierunkowym zamiarem okoliczność, iż osoba rozporządzająca mieniem czyni to z niekorzyścią dla siebie (por. wyrok SN z 6 listopada 2003 r., II KK 9/03, LEX nr 83773).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy wskazać należy, że bezsporne jest, iż (...) sp. z o.o. i (...) Spółka komandytowa w W. na podstawie łączących ją (...) Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia umów była zobowiązana była do świadczenia usług, polegających na usunięciu zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki. Umowa ta obejmowała wszczepienie koniecznych do usunięcia zaćmy soczewek standardowych, cechujących się wewnątrzgałkowością i zwijalnością, podlegających refundacji, które co prawda umożliwiały korekcję zaćmy, jednak nie zapewniały pomocy medycznej w ramach innych dolegliwości takich jak np. astygmatyzm, czy choroby siatkówki. Wszyscy pacjenci (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa byli szczegółowo informowani, jakie soczewki mają być im wszczepione w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz informowano ich jednocześnie o możliwości wszczepienia soczewek nie objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia o wyższym standardzie, lepszych właściwościach pomocnych przy leczeniu wad wzroku. Pacjenci byli szczegółowo informowani o tych okolicznościach i mieli pełną możliwość dokonania swobodnego wyboru pomiędzy skorzystaniem z darmowych i standardowych soczewek oferowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a skorzystaniem z możliwości wszczepienia soczewek ponadstandardowych, dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb, co w tym przypadku wiązało się z koniecznością dodatkowej opłaty. Wskazać należy, że przed rozpoczęciem świadczenia usług ponadstandardowych kierownictwo (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa przeprowadziło szczegółową analizę tego rodzaju sytuacji, mającą na celu ustalenie, czy świadczenie tego typu usług będzie zgodne z prawem. Przeprowadzona analiza w ocenie spółki wskazała, że oferowanie usług ponadstandardowych – ponad świadczenie objęte umową z Narodowym Funduszem Zdrowia – jest zgodne z obowiązującym w Polsce prawem i stanowi powszechną praktykę podmiotów świadczących pomoc medyczną na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. (k. 1305-1345)

(...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa, aby uzyskać zapłatę z (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu wykonania zabiegu zaćmy w zakresie objętym umową przekazywała Funduszowi drogą elektroniczną dane dotyczące rozpoznania i istotnych procedur medycznych oraz dodatkowo prowadziła szczegółową dokumentację przeprowadzanych zbiegów, w tym sprawozdań z wykonania przez spółkę operacji usunięcia zaćmy w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, która była udostępniana (...) Oddziałowi Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach przeprowadzanych kontroli. Przy czym podkreślenia wymaga, że przedstawiona przez (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa dokumentacja przeprowadzonych zabiegów w ramach umowy nr (...) ((...)) o udzielanie świadczeń z opieki zdrowotnej nigdy nie została zakwestionowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia ani co do osób operowanych, ani co o zakresu wykonanych i zgłoszonych do rozliczenia w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeń.

W świetle okoliczności sprawy, w ocenie Sądu, brak jest jakichkolwiek podstaw aby uznać, że (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa w podejmowanych przez siebie działaniach miała na celu wprowadzenie w błąd (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co do zasad realizacji wyżej wymienionej umowy na świadczenie usług medycznych. Wskazać należy, że Narodowy Fundusz Zdrowia miał pełne prawo do wglądu do dokumentacji przeprowadzanych zabiegów, która zawierała szczegółowy opis i zakres przeprowadzonych świadczeń i nigdy nie była kwestionowana, co jest jednoznaczne z akceptowaniem przez ten podmiot ponadstandardowych operacji. Wybór soczewek ponadstandardowych w żaden sposób nie pozbawia ubezpieczonego prawa do wykorzystania należnego mu wsparcia Narodowego Funduszu Zdrowia. Wybór dopłaty do leczenia ponadstandardowego jest realizacją podmiotowego prawa tych pacjentów do ochrony ich zdrowia, które to prawo ogranicza się jedynie do zakresu finansowanego publicznie (art. 68 ust. 1 Konstytucji – każdy ma prawo do ochrony zdrowia). Żadna norma prawna nie niweluje prawa wynikającego dla pacjenta z faktu bycia „świadczeniobiorcą" w rozumieniu art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wbrew twierdzeniom skarżącego, nie można przyjąć, iż działania (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa w jakikolwiek sposób doprowadziły Narodowy Fundusz Zdrowia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w rozumieniu art. 286 § 1 k.k. w zw. z art. 294 § 1 k.k. W działaniach podejmowanych przez (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa w ramach umowy nr (...) ((...)) o udzielanie świadczeń z opieki zdrowotnej, brak jest znamion czynu zabronionego o którym mowa wyżej wymienionych przepisach. Na mocy zawartej umowy Narodowy Fundusz Zdrowia był zobowiązany do refundowania pacjentom operacji usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, gdyż operacja ta należy do koszyka świadczeń refundowanych. Obowiązek Narodowego Funduszu Zdrowia w tym zakresie wynikał z dyspozycji art. 35 ustawy o świadczeniach świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych (świadczeniobiorcom zapewnia się bezpłatne leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonywania świadczenia).

Ustalona okoliczność, że pacjenci niejednokrotnie decydowali się za dopłatą z własnych środków na dodatkową usługę ponadstandardową, a (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa po poinformowaniu pacjenta o konieczności poniesienia takich dodatkowych kosztów z własnej kieszeni zabieg taki przeprowadzała, nie zwalniał Narodowego Funduszu Zdrowia od obowiązku refundowania takiego świadczenia w ramach świadczeń gwarantowanych. Podkreślenia przy tym wymaga, że Narodowy Fundusz Zdrowia płacił tylko za część kosztów usługi medycznej tj. za świadczenia objęte refundacją. Tym samym nie dochodziło więc do tzw. podwójnego finansowania usług medycznych, które polegałoby na pobieraniu od Narodowego Funduszu Zdrowia środków za opłacone już przez pacjenta zabiegi operacyjne. W żaden sposób nie można przyjąć, że (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa była bezpodstawnie wzbogacona w wyniku realizacji umowy nr (...) ((...)) o udzielanie świadczeń z opieki zdrowotnej. Skoro pewne świadczenia wykraczają poza koszyk świadczeń gwarantowanych, czyli poza zakres świadczeń zdrowotnych należnych pacjentom w ramach powszechnego ubezpieczenia od Narodowego Funduszu Zdrowia, a pacjenci chcą mieć do nich dostęp za dodatkową opłatą, to w ocenie Sądu trudno uznać, że dochodzi w ten sposób do naruszenia warunków łączącej strony umowy.

Operacje usunięcia zaćmy spełniały warunki takie, jak świadczenia gwarantowane i w tym zakresie nigdy nie podlegały dodatkowej opłacie. Tym samym brak jest podstaw do przyjęcia, że przedstawiciele (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa wprowadzili w błąd przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, co do jakiegokolwiek elementu decyzji o rozporządzeniu mieniem na rzecz wykonującego zlecenia niezależnie od tego, że Narodowy Fundusz Zdrowia był zobowiązany do refundacji w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Pacjent pokrywał we własnym zakresie koszty związane z wyborem ponadstandardowych, dodatkowych produktów lub badań, co jest obecnie zjawiskiem powszechnie spotykanym również w zakresie usług medycznych świadczonych w innych dziedzinach medycyny, jak np. w zakresie usług świadczonych z zakresu ginekologii, czy stomatologii. Z tych względów niezasadny jest również zarzut naruszenia art. 193 pkt. 4 ustawy o świadczeniach, gdyż przepis ten konstytuuje odpowiedzialność w stosunku

do tego „Kto pobiera nienależnie opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (...)".

Sąd nie znalazł również podstaw aby uznać, iż w okolicznościach niniejszej sprawy doszło do popełnienia czynów wymienionych w pkt. II i III zaskarżonego postanowienia. Wbrew stanowisku skarżącego B. K., C. Ś. i B. S. były pacjentkami (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa i zostały u nich przeprowadzone usługi medyczne, polegające na usunięciu zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki. Potwierdza do zgromadzona w aktach sprawy dokumentacja medyczna, jak również uznane za wiarygodne zeznania świadka A. O., która od 2006 r. pełniła funkcję wiceprezesa w wskazanej spółce. Analiza materiału dowodowego w tym zakresie jednoznacznie wskazuje, że B. K. była pacjentką (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa od września 2011 r., a usunięcie zaćmy miało miejsce w dniu 2 kwietnia 2012 r. Z dokumentacji wynika również, że B. K. została skierowana na zabieg przez przychodnię specjalistyczną w O. w dniu 15 czerwca 2011 r., a celu wykonania zabiegu przedłożyła wymagane od niej wyniki badań tj. opis badania radiologicznego z dnia 20 stycznia 2012 r. z tego samego podmiotu, badanie elektrokardiografii z dnia 26 stycznia 2012 r., badanie laboratoryjne z dnia 26 stycznia 2012 r., zaświadczenie od dentysty o braku ognisk zapalnych z dnia 17 lutego 2012 r. oraz zaświadczenie od otolaryngologa z dnia 17 stycznia 2012 r. Dodatkowo o braku nieprawidłowości przy realizacji świadczeń przez (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa w ramach umowy nr (...) ((...)) o udzielanie świadczeń z opieki zdrowotnej przemawia fakt, że B. K. miała również w tej klinice wykonywany inny zabieg w styczniu 2012 r. tj. nacięcie tęczówki z użyciem lasera – które to świadczenie zabiegowe nie wykraczało poza standard dla tego typu zabiegów i sfinansowane było w całości przez Narodowy Funduszu Zdrowia w ramach świadczenia Z46. Powyższe ustalenia w pełni korelują z zeznaniami samej B. K.. Także w odniesieniu do C. Ś. i B. S. materiał dowodowy jednoznacznie wykazał, że u tych pacjentek przeprowadzone zostały zabiegi usunięcia zaćmy w (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa, przy czym C. Ś. nie dokonywała żadnych dodatkowych opłat związanych z zabiegiem z uwagi na wybór podstawowej soczewki oferowanej w ramach świadczeń standardowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Tym samym Sąd podziela stanowisko zawarte w zaskarżonym postanowieniu, iż pacjentki zostały właściwie poinformowane o sposobie finansowania przedmiotowej usługi, jak również, iż usługi medyczne przeprowadzone przez (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa w stosunku do B. K., C. Ś. i B. S. zostały prawidłowo rozliczone, o czym świadczy ich akceptacja przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Reasumując powyższe rozważania Sąd uznał, że brak jest podstaw do przyjęcia, iż przedstawiciele (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa swoim działaniem wyczerpali znamiona czynu z art. 286 § 1 k.k. w zb. z art. 270 § 1 k.k. Przestępstwo z art. 270 § 1 k.k. skierowane jest bowiem przeciwko wiarygodności dokumentów i polega na używaniu dokumentu sfałszowanego lub podrobionego, a jego sprawcą może być zarówno ten, kto sam dopuścił się fałszerstwa, jak i inna osoba. Ustalenia stanu faktycznego poczynione w niniejszej sprawie wskazują, że przedstawiciele (...) Sp. z o.o. i (...) Spółka Komandytowa nie dokonali żadnego podrobienia, czy też przerobienia dokumentacji medycznej pacjentek B. K., C. Ś. i B. S., wobec czego w konsekwencji nie może być mowy o doprowadzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem - środkami publicznymi, przeznaczonymi na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie określonym w ustawie. Wbrew twierdzeniom skarżącego Prokurator dokonał prawidłowej, wszechstronnej, zgodnej z treścią art. 7 k.p.k., oceny materiału dowodowego, z której ostatecznie wynika, że działania zachowania członków władza spółki, o których była mowa powyżej, nie nosiły znamion czynu zabronionego. Skarżący w swoim zażaleniu podnosi okoliczności związane z interpretacją zapisów umowy o świadczenie usług medycznych oraz wątpliwości związane z interpretacją przepisów prawa obowiązującego w danym obszarze, jednakże podnoszone wątpliwości skarżącego nie znajdują w realiach niniejszej sprawy przełożenia na przepisy kodeksu karnego. Spory dotyczące zapisów umowy lub interpretacji obowiązujących przepisów, jak również spory dotyczące realizacji zawartych umów winny być rozwiązywane na innej drodze, aniżeli postępowanie karne. Wskazane przez skarżącego okoliczności będą być może nawet wymagały ingerencji ustawodawcy, jednakże Sąd w realiach niniejszej sprawy nie widzi podstaw do ingerencji prawa karnego.

Z tych wszystkich względów, Sąd orzekł, jak w sentencji.