

Sygn. akt IIK 374/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 czerwca 2019 roku

Sąd Rejonowy w Giżycku w II Wydziale Karnym w składzie:

Przewodniczący – SSR Tomasz Zieliński

Protokolant – st. sekr. sąd. Anna Żebrowska, sekr. Anna Rogojsza, p.o. sekr. Sylwia Laskowska, p.o. Marta Sekta

w obecności Prokuratora Prokuratury Rejonowej w G.– Elżbiety Biernackiej, Elżbiety Dunaj-Walach

po rozpoznaniu w dniu 19.01.2017r., 02.03.2017r., 11.04.2017r., 12.05.2017r., 29.06.2017r., 12.09.2017r., 17.10.2017r., 17.11.2019r., 22.12.2017r., 15.02.2018r., 19.03.2018r., 20.04.2018r., 24.05.2018r., 21.06.2018r., 24.08.2018 r., 02.10.2018r., 15.10.2018r., 19.11.2018r., 11.01.2019r., 12.03.2019r, 16.04.2019r., 21.05.2019r. sprawy

C. S. (1)

urodz. (...) w K.

syna J. i M. zd. K.

oskarżonego o to, że:

W okresie pomiędzy 01 stycznia 2013 a 05 marca 2015 r. w G. i w W. działając w krótkich odstępach czasu, z góry powziętym zamiarem w celu osiągnięcia korzyści majątkowej jako podmiot leczniczy „C. S. (1) (...) w W.” w ramach realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o nr (...) z dnia 22 grudnia 2010 r. dotyczącej ambulatoryjnej opieki medycznej, poświadczając nieprawdę w comiesięcznych raportach medyczno-statystycznych, zawierających wykaz świadczeń medycznych wykonywanych w danym miesiącu, wprowadzając w błąd upoważnionych przedstawicieli NFZ poprzez wykazywanie do rozliczeń dodatkowych specjalistycznych badań lekarskich i laboratoryjnych, których kosztów w rzeczywistości nie ponosił, wysyłanych do oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, będących podstawą finansowania comiesięcznych wystawianych faktur, doprowadził Narodowy Fundusz Zdrowia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem poprzez wypłacenie nienależnego świadczenia w łącznej kwocie 142.694,40 zł czym działał na szkodę w/w instytucji,

tj. o czyn z art. 286§1kk i art. 271§3kk w zw. z art. 11§2kk w zw. z art. 12kk

1. Oskarżonego **C. S. (1)** uznaje za winnego tego, że w okresie pomiędzy 01 stycznia 2013 a 05 marca 2015 r. w G. i w W. działając w krótkich odstępach czasu, w wykonaniu z góry powziętego zamiaru w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, wykonując działalność leczniczą w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej P. - (...). (...) C. S. (1) z siedzibą G. przy ul. (...) w ramach realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) w O. o nr (...) z dnia 22 grudnia 2010 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie (...), będąc uprawnionym do wystawiania dokumentów w postaci comiesięcznych raportów medyczno-statystycznych, zawierających wykaz świadczeń medycznych wykonanych w danym miesiącu, poświadczając w nich nieprawdę wprowadzał w błąd upoważnionych przedstawicieli NFZ poprzez wykazywanie do rozliczeń wykonanych świadczeń dotyczących wstępnej kompleksowej kwalifikacji do uprawiania sportu i kompleksowej kwalifikacji do dalszego – po 12 miesiącach – uprawiania sportu odnośnie 1347 pacjentów, co do których nie wykonał wymaganego pakietu badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych lub nie poniósł kosztów w postaci badań laboratoryjnych, testów wysiłkowych, badań EEG, badań RTG odcinka szyjnego lub lędźwiowego kręgosłupa, konsultacji laryngologicznych, konsultacji neurologicznych będących podstawą finansowania wystawianych na tej podstawie comiesięcznych faktur,

doprowadził w ten sposób Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem poprzez wypłacenie mu jako świadczeniodawcy łącznie tytułem należności za realizację powyższych świadczeń kwoty nie mniejszej niż 142.694,40 zł na szkodę wyżej wymienionego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, tj. występku z art. 286§1kk w zb. z art. 271§3kk w zb. z art. 273kk w zw. z art. 11§2kk w zw. z art. 12§1kk i skazując na podstawie powyższych przepisów wymierza mu na podstawie art. 286§1kk w zw. z art. 11§3kk przy zastosowaniu art. 37a kk w zw. z art. 33§1 i 3kk karę grzywny w wysokości 100 (sto) stawek dziennych przyjmując, że jedna stawka dzienna równa się kwocie 200 (dwieście) złotych.

2. Na podstawie art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 23.06.1973 r. o opłatach w sprawach karnych i art. 627 kpk zasądza od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa tytułem opłaty kwotę 2.000 (dwa tysiące) zł i obciąża go kosztami sądowymi w pozostałym zakresie.

Sygn. akt II K 374/16

UZASADNIENIE

Na podstawie wyników rozprawy głównej sąd ustalił i zważył, co następuje:

Oskarżony C. S. (1) wykonuje zawód (...) jako podmiot leczniczy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) w W. z/s przy ul. (...). Nadto posiada specjalność lekarską z (...), w ramach której w prowadzonym przez siebie prywatnym gabinecie lekarskim świadczy usługi z tej dziedziny, zaś po ukończeniu w dniu 17.10.2003 roku kursu wprowadzającego do specjalności w dziedzinie (...) i uzyskaniu certyfikatu wystawionego przez (...) Towarzystwo (...) uzyskał również specjalizację lekarską z (...). Pierwsze przychodnie (...) w ramach prowadzonej działalności gospodarczej pod firmą (...) oskarżony zorganizował i otworzył w 2009 roku w K. przy ul. (...) i w W. przy ul. (...). W dniu 22.12.2010 roku zawarł natomiast z NFZ (...) w O. umowę Nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie (...) w przychodniach w W. i w K.. Z ustaleń § 1 powyższej umowy, jako świadczeniodawca zobowiązany był wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności:

- w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r., Nr 164, Poz. 1027 z późn. zm.) zwanych w dalszej części umowy „warunkami zawierania umów”;
- w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 139, poz. 1142 z późn. zm.),
- w Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148 z późn. zm.),
- w zakresie określonym w warunkach zawierania umów oraz w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) zwanych w dalszej części umowy „Ogólnymi warunkami umów”.

Zawarta umowa zobowiązywała, zatem oskarżonego, jako świadczeniodawcę do zapoznania się z treścią wskazanych aktów prawnych.

Powołane w §1 umowy rozporządzenie z 29.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w§3 określiło wykaz świadczeń gwarantowanych obejmujących m.in. porady specjalistyczne oraz warunki ich realizacji, które zawarto w załączniku nr 1 do tegoż rozporządzenia. Z załącznika powyższego wynikało, że na podstawie art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tryb orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i

młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia zostanie określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które wydano w dniu 14.04.2011 roku, zaś opublikowano w Dz. U. Nr 88 poz. 500. Zarówno w powołanym wyżej załączniku, jak i rozporządzeniu określono, że orzeczenie lekarskie o zdolności do uprawiania danego sportu wydaje się po przeprowadzeniu:

- 1) wstępnych badań lekarskich dzieci i młodzieży do 21. roku życia ubiegających się o wydanie takiego orzeczenia i jak wynikało z załącznika obejmowało pomiary antropometryczne, ogólne badanie lekarskie, badanie ortopedyczne, próbę wysiłkową, przegląd stomatologiczny, badanie elektrokardiograficzne, badanie ogólne moczu z oceną mikroskopową osadu, odczyn opadania krwinek czerwonych, morfologię krwi obwodowej z wzorem odsetkowym, konsultację laryngologiczną, konsultację okulistyczną;
- 2) okresowych badań lekarskich dzieci i młodzieży do ukończenia 21. roku życia uprawiających dany sport oraz zawodników pomiędzy 21., a 23. rokiem życia, które jak wynika z załącznika obejmują badania przeprowadzane: a) co 6 miesięcy - w przypadku pomiarów antropometrycznych, ogólnego badania lekarskiego, badania ortopedycznego; b) co roku - w przypadku testu wysiłkowego, przeglądu stomatologicznego, badania elektrokardiograficznego, badania ogólnego moczu z oceną mikroskopową osadu, odczyn opadania krwinek czerwonych, morfologii krwi obwodowej z wzorem odsetkowym; c) co 2 lata – w przypadku konsultacji laryngologicznej i konsultacji okulistycznej
- 3) kontrolne badania lekarskie wykonywane u dzieci i młodzieży do ukończenia 21. roku życia, uprawiających określoną dyscyplinę sportu oraz zawodników pomiędzy 21., a 23. rokiem życia którzy podczas uprawiania określonych dyscyplin sportu doznali urazów, w tym urazów głowy, zmian przeciążeniowych, utraty przytomności, porażki przez nokaut lub gdy przebyta inna choroba uniemożliwia uczestniczenie w zajęciach sportowych, lub zawodach sportowych obejmujące, jak wynika z załącznika badania ogólne, specjalistyczne i diagnostyczne, w zależności od stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia z dnia 29.08.2009 roku wskazano wymagania dotyczące wyposażenia w sprzęt i aparaturę w miejscu udzielania świadczenia lub lokalizacji w postaci: elektrokardiografu, zestawu do badań antropometrycznych z oceną zawartości tłuszczu i wody, a nadto wskazano na konieczność dostępu lub możliwość wykonania badań laboratoryjnych, RTG, USG, elektroencefalograficznych, spirometrycznych z oceną przepływów i objętości, prób wysiłkowych (minimum cykloergometr). Świadczeniodawca jak wynika z uregulowań zawartych w załączniku był również zobowiązany do zapewnienia dostępu ewentualnie wykonania w miejscu udzielania świadczeń lub w lokalizacji wstępnych, okresowych i kontrolnych badań lekarskich obejmujących badania ogólne, specjalistyczne i diagnostyczne w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21., a 23. rokiem życia, w związku z orzekaniem o zdolności do uprawiania określonej dyscypliny sportu. Badania ogólne, specjalistyczne i diagnostyczne obejmują zaś: - pomiary antropometryczne, - ogólne badania lekarskie, - badania ortopedyczne, - test wysiłkowy, - przegląd stomatologiczny, - badania elektrokardiograficzne, - badania ogólne moczu z oceną mikroskopową osadu, odczyn opadania krwinek czerwonych, morfologii krwi obwodowej z wzorem odsetkowym, - konsultacje laryngologiczną, - konsultacje okulistyczną, - konsultację neurologiczną, - badanie elektroencefalograficzne, - oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi, - badanie radiologiczne odcinka szyjnego kręgosłupa, - badanie radiologiczne odcinka lędźwiowego kręgosłupa, - badanie spirometryczne. Lekarz przeprowadzający badanie mógł zlecić dodatkowo wykonanie innych badań lub konsultacji, których potrzeba wykonania wynikała z oceny stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

Obowiązujące podczas podpisania przez oskarżonego umowy wynikające z §1 ust. 2 zarządzenie nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z dnia 02.11.2009 r. w §8 jednoznacznie rozstrzygało ponoszenie przez świadczeniodawcę kosztów wykonanych badań z wyłączeniem ASDK (ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych), jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Rozstrzygnięto nadto w § 9 ust. 1 tegoż zarządzenia, że świadczenia na wykonanie, których Fundusz zawarł umowę ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby wskazane w załączniku nr 2 do umowy. Oskarżony w załączniku Nr 2 do umowy z dnia 22.12.2010 roku wykazał

siebie. To, że świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie wskazanych przepisów ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynikało również z powołanego w §1 ust. 2 umowy §5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 06.05.2008 r. (Dz. U. 81 poz. 484). W § 16 tegoż załącznika określono sposoby rozliczania świadczeń, zaś jednym z nich była cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej. W umowie z dnia 22.12.2010 roku zawartej pomiędzy (...) i NFZ (...) Oddziałem w O. jak wynika z §4 ust. 2 liczbę jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określał „Plan rzeczowo-finansowy” stanowiący załącznik nr 1 do tej umowy. W załączniku do powołanego rozporządzenia z dnia 06.05.2008 roku w § 23 ust. 1 i 3 ustalono, że podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, zwane dalej „dokumentami rozliczeniowymi” oraz, że świadczeniodawca składa je Oddziałowi Wojewódzkiemu Funduszu w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy, co wynikało z §21 ust. 1 załącznika, Oddział Funduszu wypłaca za miesiąc poprzedni, w terminie 15 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych, zaś zgodnie z § 27 ust. 1 płatności uważa się za dokonane w dniu uznania rachunku bankowego świadczeniodawcy. Określono także w §27 ust. 2 maksymalny czas rozliczenia wykonania umowy, najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

Oskarżony w zawartej umowie w §5 został zobowiązany jako świadczeniodawca do sprawozdawania w raporcie statystycznym, w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznaiń według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - Rewizja Dziesiąta (ICD-10),
- 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9) - w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

Jednocześnie w zarządzeniu nr (...) Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z dnia 02.11.2009 rok, które obowiązywało w czasie, gdy oskarżony zawierał umowę nr (...) jako dowód udzielenia świadczenia zabiegowo- diagnostycznego uznano w §16 opis zrealizowanego zabiegu lub badania w dokumentacji medycznej świadczeniodawcy lub w książce zabiegowej. Zgodnie natomiast z postanowieniami rozdziału V zatytułowanego „kary umowne” załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w § 6 ust. 1 i 4 umowy uzgodniono, że w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy Oddział Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów. Umowę powyższą zawarto na okres od 01.01.2011 roku do dnia 31.12.2013 roku (dowód: zeznania świadków W. S. (1) k. 1036-1038, A. Z. k. 853v-854, odpis umowy Nr (...) k. 877-884).

W związku ze zmianą przez (...) miejsca udzielania świadczeń w zakresie (...) w W. z ul. (...) na ulicę (...) (...) oraz w K. z K. W.(...)na ul. (...) już w dniu 04.04.2011 roku na wniosek oskarżonego NFZ (...) w O. podpisał z nim aneks nr (...) do umowy Nr (...) z dnia 22.12.2010 roku (aneks wraz z załącznikami k. 885-898).

Kolejne aneksy w 2011 roku oznaczono:

- nr (...) i zawarto 07.04.2011 roku, zaś dotyczył zmiany warunków realizacji umowy w zakresie potencjału wykonawczego świadczeniodawcy przeznaczonego do realizacji umowy (aneks k. 899-901);
- nr (...) i zawarto 28.06.2011 roku, zaś jego potrzeba wynikała z wejścia w życie zarządzenia nr (...) z dnia 14.06.2011 roku Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W § 3 tego aneksu ustalono nadto na okres od dnia 1.07.2011 roku do

dnia 31.12.2011 rok kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec oskarżonego, jako świadczeniodawcy (aneks k. 902-910);

- nr (...) i zawarto 22.07.2011 roku. Również aneks ten dotyczył warunków realizacji umowy w zakresie potencjału wykonawczego świadczeniodawcy przeznaczonego do realizacji umowy (aneks k. 911-913).

Aneks oznaczony nr (...) do umowy nr (...) zawarto 30.11.2011 roku i wynikał on z konieczności ustalenia kwoty zobowiązania w poszczególnych zakresach na kolejny okres rozliczeniowy, a mianowicie od 01.01.2012 r. - do dnia 31.12.2012 r. (aneks k. 914).

Z dniem 01.01.2012 roku oskarżony w ramach prowadzonej działalności gospodarczej pod Firmą (...) otworzył kolejną przychodnię (...) z gabinetem przy ul. (...) w G., która również została objęta umową nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie (...). Uregulowano to w aneksie Nr (...), który zawarty został w dniu 30.12.2011 roku (dowód aneks k. 915, odpis umowy oraz załączników k. 916-923).

W związku ze zmianą przez C. S. (1) adresu siedziby podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dotychczasowego (...)-(...) G. ul. (...) na (...)-(...) W. ul. (...), na jego wniosek z dnia 11.06.2012 roku zawarto kolejny aneks do umowy w dniu 12.06.2012 roku, który oznaczono nr (...) (odpis aneksu k. 924, odpis wniosku k. 925-926). Renegocjacje poziomu finansowania oraz ilości świadczeń zdrowotnych w roku 2012, które strony przeprowadziły w dniu 28.12.2012 roku były powodem sporządzenia w tym samym dniu i podpisania kolejnego aneksu nr (...) (odpis aneksu i pozostałych dokumentów k. 927-932).

Kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach na kolejny okres rozliczeniowy od 01.01.2013 rok u do 31.12.2013 roku ustalono aneksem nr (...), który podpisano w dniu 28.11.2012 roku, zaś brzmienie umowy aneksem nr (...) obowiązującym od dnia 01.01.2013 r. (dowód: odpis aneksu nr (...) k. 932, odpis aneksu nr (...) oraz załączników k. 933-941). W 2013 roku strony umowy nr (...) podpisały dalszych pięć aneksów, które oznaczono:

- nr (...) aneks z dnia 09.01.2013 roku, którego potrzeba wynikała z wejścia w życie zarządzenia nr (...) z dnia 21.12.2012 roku Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.12.2012 rok w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. poz. 1422);
- nr (...) aneks z dnia 19.04.2013 r., którego potrzeba związana była z wnioskiem oskarżonego, jako świadczeniodawcy wynikającym z wprowadzenia zmian w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (dowód: odpis aneksu k. 945v);
- nr (...) aneks z dnia 16.07.2013 r., którego potrzeba wynikała z wejścia w życie zarządzenia numer (...) Prezesa NFZ z dnia 31.05.2013 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dowód: odpis aneksu k. 946);
- nr (...) aneks z dnia 29.08.2013 r., którego potrzeba wynikała ze zmiany warunków realizacji umowy w zakresie potencjału wykonawczego świadczeniodawcy przeznaczonego do realizacji umowy będącego w jego dyspozycji (odpis aneksu k. 947-949);
- nr (...) aneks z dnia 16.09.2013r., którego potrzeba wynikała ze zmiany warunków realizacji umowy w zakresie potencjału wykonawczego świadczeniodawcy przeznaczonego do realizacji umowy będącego w jego dyspozycji (k. 950-951).

Aneksem Nr (...) z dnia 26.11.2013 roku przedłużono umowę Nr (...) do dnia 31.12.2014 roku oraz ustalono kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach na kolejny okres rozliczeniowy od dnia 01.01.2014 roku do 31.12.2014 roku. Nowe brzmienie tak przedłużonej umowy nadano aneksem Nr (...) z dnia 30.12.2013 roku (dowód: odpis aneksu k. 952-962).

W 2014 roku dwukrotnie w związku ze zmianą danych posiadacza rachunku bankowego, którym był oskarżony strony podpisały aneks Nr (...) w dniu 14.04.2014 roku i aneks Nr (...) w dniu 27.06.2014 roku (dowód: odpis aneksu k. 963 i 964).

Okres obowiązywania umowy Nr (...) przedłużono po raz kolejny aneksem Nr (...) z dnia 28.11.2014 roku do dnia 30.06.2016 roku. Ustalono również kwotę zobowiązania na kolejny okres rozliczeniowy tj. od 01.01.2015 r. do 31.12.2015 roku. W związku z natomiast z wejściem w życie Zarządzenia Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 5.12.2014 roku w sprawie określenia zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalna oskarżony podpisał w dniu 23.12.2014 r. aneks Nr (...) do tak przedłużonej umowy, której nadano wraz z załącznikami brzmienie określone w załączniku Nr 1 do tego aneksu. I tym razem w §1 ust. 2 świadczeniodawca został zobowiązany do wykonywania umowy zgodnie z zasadami i na warunkach określonych we wskazanych aktach prawnych (dowód: odpis aneksu k. 965-974). W §10 ust. 4 zarządzenia Nr (...) nadal koszty wykonania niezbędnych badań, z wyłączeniem badań wykonywanych w ramach ASDK (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ponosił świadczeniodawca, chyba, że z odrębnych przepisów wynikało inaczej. Świadczeniodawca zgodnie §10 ust. 7 obowiązany był nadal do prowadzenia dokumentacji medycznej świadczeniobiorców, którym udzielał świadczeń opieki zdrowotnej wymaganej zgodnie z powyższym zarządzeniem oraz określonej w odrębnych przepisach. W rozdziale 5 określającym zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń w szczególności w §13 ust. 1 tego zarządzenia wskazano sposób rozliczenia świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna m. in. zgodnie z ceną jednostkową jednostki rozliczeniowej (punkt), który wskazano również w umowie Nr (...) w brzmieniu obowiązującym w latach od 1.01.2011 r. - 30.06.2016 r. Świadczeniodawca nadal zgodnie z §13 ust. 3 zobowiązany był do sprawozdawania w raporcie statystycznym, w szczególności następujących danych:

- 1) kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10;
- 2) kod istotnych procedur medycznych według wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

Nadto w §13 ust. 9 zobowiązano świadczeniodawcę do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń z katalogu ambulatoryjnych porad specjalistycznych stanowiących załącznik nr 5a do zarządzenia lub świadczeń z katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiących załącznik Nr 5 b część 1 do zarządzenia lub świadczeń z katalogów diagnostycznych pakietów onkologicznych stanowiącego załącznik Nr 5 c do zarządzenia. W raportach statystycznych zgodnie z §14 punkt 9 jak wynikało z zarządzenia nie wykazuje się procedur (badań), które nie zostały zlecone i sfinansowane przez świadczeniodawcę w ramach świadczenia. W załączniku 5b katalogu specjalistycznych badań odrębnych w punkcie 6 pod kodem 5.05.00.0000051 wymieniono świadczenie o nazwie „wstępna kompleksowa kwalifikacja do uprawiania sportu”, którego wartość określono na 20 punktów oraz wskazano, że jego realizacja obejmuje pakiet badań i konsultacji określonych w odrębnych przepisach, a nadto, że porada jest rozliczana tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy niezależnie od podmiotu wykonującego. W punkcie 7 załącznika 5d pod kodem 5.05.00.0000052 wymieniono świadczenie o nazwie „kompleksowa kwalifikacja do dalszego – po 12 miesiącach - uprawiania sportu”, którego wartość określono na 12 punktów oraz wskazano, że jego realizacja obejmuje pakiet świadczeń określonych w odrębnych przepisach. Przepisy te zawarte były w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 29.08.2009 rok obowiązującego podczas podpisywania umowy i zmieniającego się w czasie jej trwania w dniu 27.05.2011 rok (Dz.U. Nr 111.653) i w dniu 6.11.2013 (Dz. U. z 2013 r. poz. 143). Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji określone były w załącznikach do tego rozporządzenia. Pakiet badań i konsultacji wymaganych do wykonania i rozliczenia świadczeń w zakresie (...) odnośnie:

- 1) wstępnej kompleksowej kwalifikacji do uprawiania sportu obejmuje: pomiary antropometryczne, ogólne badania lekarskie, badanie ortopedyczne, test wysiłkowy, przegląd stomatologiczny, badanie elektrokardiograficzne, badanie ogólne moczu z oceną mikroskopową osadu, odczyn opadania krwinek czerwonych, morfologię krwi obwodowej

z wzorem odsetkowym, konsultacje laryngologiczną oraz konsultację okulistyczną (u osób ze zdefiniowaną wadą wzroku, po wstępnej ocenie ostrości wzroku z zastosowaniem tablicy Snellena oraz rozpoznania barw z zastosowaniem tablic Ishihary);

W przypadku takich sportów jak:

- boks, kick-boxing, dalekowschodnie sporty i sztuki walki wymagana jest konsultacja neurologiczna i badania elektroencefalograficzne co 2 lata,
- dżudo i zapasy – wymagane jest badanie radiologiczne odcinka szyjnego kręgosłupa co 2 lata,
- podnoszenie ciężarów (sporty siłowe) – wymagane jest badanie radiologiczne odcinka lędźwiowego kręgosłupa co 2 lata,
- pletwonurkowanie wymagane jest badanie spirometryczne co rok,
- pletwonurkowanie, sporty motorowe, sporty wodne, wspinaczka- wymagane jest oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi.

2) kompleksowej kwalifikacji do dalszego - po 12 miesiącach - uprawiania sportu obejmuje: pomiary antropometryczne, ogólne badanie lekarskie, badanie ortopedyczne, test wysiłkowy, przegląd stomatologiczny, badanie elektrokardiograficzne, badanie ogólne moczu z oceną mikroskopową osadu, odczyn opadania krwinek czerwonych, morfologię krwi obwodowej z wzorem odsetkowym. W ramach tego świadczenia co dwa lata należy także wykonać konsultację otolaryngologiczną i konsultację okulistyczną (u osób ze zdefiniowaną wadą wzroku oraz badania i konsultacje dotyczące sportów wymienionych powyżej).

W celu sprawdzenia wiarygodności realizacji umowy Nr (...) z dnia 30.12.2010 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poradni (...) ze szczególnym uwzględnieniem kwalifikacji do świadczeń i prawidłowości ich rozliczania w okresie od 1.01.2013 r. do dnia kontroli, która rozpoczęła się 5.03.2015 r. i trwała do 9.07.2015r. starsi inspektorzy kontroli T. K. i M. D. na podstawie udzielonych im w dniu 27.02.2015 r. uprawnień do kontroli numer 37 i 38 przeprowadzili w podmiocie leczniczym (...) z/s w W. przy ul. (...) kontrolę w miejscach udzielania świadczeń, a mianowicie w G. przy ul. (...), w W. przy ul. (...) i w K. przy ul. (...). Przeprowadzone przez zespół kontrolny oględziny pomieszczeń i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną wykazały, że oskarżony realizując świadczenia zdrowotne z zakresu (...) we wszystkich trzech miejscach spełnia warunki konieczne zgodne z wymogami załącznika Nr 3a do zarządzenia Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 5.12.2014 roku. Sprawdzono również dokumentację medyczną pacjentów, którym C. S. (1) udzielił w kontrolowanym okresie 2479 świadczeń z zakresu (...). Przeprowadzona kontrola wykazała, że udzielone 929 pacjentom świadczenia zostało prawidłowo sprawozdane do realizacji jako wstępna kompleksowa kwalifikacja do uprawiania sportu, kompleksowa kwalifikacja do dalszego – po 12 miesiącach – uprawiania sportu lub jako W 11 – świadczenie specjalistyczne 1-go typu. Wszystkim tym pacjentom wykonano wymagany przepisami pakiet badań i konsultacji, co znalazło swoje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjentów. Odnośnie 1550 pacjentów kontrola wykazała nieprawidłowości w sprawozdaniach do rozliczenia świadczeń wstępnej kompleksowej kwalifikacji do uprawiania sportu lub kompleksowej kwalifikacji do dalszego - po 12 miesiącach - uprawiania sportu z następujących powodów:

- 1) badania laboratoryjne wykonane były na koszt pacjenta, co dotyczyło 219 przypadków;
- 2) badania laboratoryjne były zlecone i finansowane przez inne podmioty (POZ, SOR, Klub (...)), co dotyczyło 264 przypadków;
- 3) zamiast badań laboratoryjnych do dokumentacji medycznej w 11 przypadków dołączono karty informacyjne z leczenia szpitalnego, natomiast w 18 przypadkach badania laboratoryjne były nieaktualne;
- 4) braku wymaganych przepisami wyników badan laboratoryjnych w 325 przypadkach;

- 5) nie wykonania testu wysiłkowego w 896 przypadkach;
- 6) braku konsultacji laryngologicznej w 370 przypadkach natomiast jedna konsultacja wykonana w ramach umowy z NFZ oraz jedna na koszt pacjenta;
- 7) braku wymaganej konsultacji neurologicznej i badania EEG w 82 przypadkach osób uprawiających boks, kick-boxing, dalekowschodnie sporty i sztuki walki;
- 8) braku wyników RTG odcinka szyjnego lub lędźwiowego kręgosłupa w 14 przypadkach osób uprawiających dżudo, zapasy, podnoszenie ciężarów i tzw. sportów siłowych;
- 9) braku opisu badania lekarskiego, oceny zdolności do uprawiania danej dyscypliny sportu oraz podpisu i pieczętki lekarza w 42 przypadkach.

Wyniki przeprowadzonej kontroli odnośnie sposobu kwalifikowania udzielanego świadczenia do określonego typu porady oraz zgodność danych wysyłanych przez oskarżonego do rozliczenia w raportach statystycznych z zapisem w dokumentacji medycznej przedstawiono w tabeli Nr 4 stanowiącej załącznik do protokołu kontroli.

Z ustaleń dokonanych podczas kontroli wynikało nadto, że w dużej ilości świadczeń ujawnione nieprawidłowości występowały jednocześnie, a nadto że 560 świadczenia, które zostały udzielone pacjentom w G. zostały sprawozdane przez oskarżonego do rozliczenia w innych miejscach udzielania świadczeń, a mianowicie w W. i K.. Dokonując analizy dokumentacji medycznej zespół kontrolny stwierdził, że w przypadku 1347 pacjentów świadczeniodawca dopuścił ich do uprawiania danego sportu, pomimo, że nie wykonał wymaganego obowiązującymi przepisami pakietu badań i konsultacji (dowód: zeznania K. J. (1) k. 801v-803, A. Z. k. 853 v- 855, T. K. k. 799v-801v oraz 103v-104 v w części odczytanej w trybie art. 391§1 kpk, M. D. k. 855-855v, I. K. k. 856-856v, E. Ś. k. 856v; odpis protokołu kontroli k. 37-90; akta kontroli 14.016.2015. (...) przeprowadzonej w (...) łącznie 5 tomów; kartoteka pacjentów – dokumentacja lekarska z zakresu (...) trzy tomy).

W związku z przeprowadzoną kontrolą w wystąpieniu pokontrolnym mając na uwadze to, że oskarżony jako świadczeniodawca realizując świadczenia w ramach wstępnej kompleksowej kwalifikacji do uprawiania sportu i kompleksowej kwalifikacji do dalszego - po 12 miesiącach - uprawiania sportu nie wykonał wymaganego pakietu badań i konsultacji wynikających z obowiązujących w tym zakresie przepisów w stosunku do 1347 pacjentów, co wynikało z prowadzonej dokumentacji medycznej, którą poddano kontroli, D. (...) w O. zażądał od C. S. (1) zwrotu nienależnie pobranej za te świadczenia kwoty 207.678,80 zł. Nadto zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz umową Nr (...) z dnia 22.12.2010 roku nałożono na oskarżonego kare umowną w wysokości 10 477,87 zł. C. S. (1) w dniach 15.10.2015 r. i 21.10.2015 r. dokonał wpłaty zarówno kwoty 207.678,80 zł tytułem zwrotu zakwestionowanych świadczeń jak i kwoty 10.747,87 zł tytułem nałożonej kary umownej. Jednocześnie mając na uwadze to, że oskarżony jak ustalono w wyniku przeprowadzonej kontroli w ramach zakwestionowanych świadczeń wykonał część badań i konsultacji, które przedstawiono w sporządzonej w tym celu tabeli uznając, że winien otrzymać zwrot poniesionych w związku z tym kosztów, rozliczono je jako świadczenie specjalistyczne 1-go typu W11 oznaczone kodem 5.30.00.0000011 o wartości 3,5 punktu lub jako świadczenie specjalistycznego 2-go typu W12 oznaczone kodem 5.30.00.0000012 o wartości 7,0 punktów zgodnie z załącznikiem numer 5a do zarządzenia Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 5.1.2014 rok w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W wystąpieniu pokontrolnym D. (...) w O. poinformował go o możliwości poprawienia niektórych zakwestionowanych świadczeń i dokonania korekty raportów statystycznych za rok 2013 i 2014. Z możliwości takiej C. S. (1) skorzystał i poprawił wskazane w tabeli stanowiącej załącznik do wystąpienia pokontrolnego świadczenia zastępując je świadczeniami W11 i W12 oraz wystąpił do (...) w O. z wnioskiem o umożliwienie mu rozliczenia umów za te lata do wysokości kwoty naliczonej limitem za dany rok, na co uzyskał zgodę. W związku z tym 13.01.2016 roku zwrócono oskarżonemu kwotę 36.464,40 zł za świadczenia poprawione za 2013 rok, zaś 11.01.2016 roku kwotę 28.520,00 zł za świadczenia poprawione za 2014 rok (dowód: zeznania T. K. j/w, K. J. (1) j/w, W. M. k. 803-803v, 1465-1466 oraz k. 581-582 w części odczytanej w trybie art. 391

kpk, A. Z. j/w, M. D. j/w, A. S. (1) k. 864 v- 866, 1091-1092, W. S. (1) k. 1036-1038; wystąpienie pokontrolne k. 3-36, pismo NFZ k. 112, dowody wpłaty k. 113-115, kserokopie faktur k. 167-230; pismo NFZ wraz z załącznikami w postaci numeru pesel pacjentów za 2014 rok k. 564-578 pismo NFZ wraz załączonym wykazem nr pesel i dat świadczeń za 2013 rok karta 1468 -1477, płyta CDR k. 1478; odpis wniosku C. S. (1) k. 1479-1480).

To, że oskarżony nie wykonywał pełnego pakietu badań diagnostycznych i konsultacji oraz korzystał z dostarczonych w czasie wizyty badań potwierdzili rodzice małoletnich dzieci – pacjentów, które uprawiały określone dyscypliny sportu i jako opiekunowie udawali się z nimi do przychodni (...), a także opiekunowie klubów sportowych m.in. z G., którzy przyjeżdżali z nimi w celu uzyskania zaświadczeń zezwalających na uprawianie określonego sportu (dowód: zeznania świadków K. U. k. 508-509, J. O. k. 511-512, I. W. (1) k. 514-515, J. S. k. 517-518, marka U. k. 520-521, D. S. k. 523-524, Z. B. k. 526-527, A. W. (1) k. 527-530, E. D. k. 535-536, R. S. k. 538-539, R. P. k. 545-546, A. R. (2) k. 548-549, L. B. k. 587-588, D. H. k. 590-591, D. K. k. 593-594, M. R. k. 596-597, J. R. k. 599-600, N. C. k. 602-603, A. S. (2) k. 605-606, P. K. k. 608-609, S. W. k. 620-621, O. B. k. 623-624, T. D. k. 626-627, M. B. k. 629-630, P. P. k. 649-650, J. F. k. 653-654, D. J. k. 657-658, S. T. k. 660-661, A. K. (1) k. 663-664, B. M. k. 669-670, S. G. k. 672-673, U. G. k. 675-676, J. P. (1) k. 682-683 i A. K. (2) k. 702; odpis dokumentacji medycznej k. 233-493).

Opierając się na ustaleniach wynikających z przeprowadzonej kontroli oraz mając na uwadze wystąpienie pokontrolne w dniu 11. 09.2015 roku NFZ (...) Oddział w O. skierował do Prokuratury Rejonowej w G. zawiadomienie o popełnieniu przez C. S. (1) przestępstwa (dowód: zawiadomienie k. 1-2).

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił na podstawie zeznań świadków T. K., K. J. (2), W. M., A. Z., M. D., W. S. (2), częściowo zeznania świadków M. Z., A. S. (1), I. K., E. Ś., K. U., J. O., I. W. (1), J. S., M. U. (1), D. S., Z. B., A. W. (1), E. D., R. S., R. P., A. R. (2), L. B., D. H., D. K., M. R., J. R., N. C., A. S. (2), P. K., S. W., O. B., T. D., M. B., P. P., J. F., D. J., S. T., A. K. (1), B. M., S. G., U. G., J. P. (1) i A. K. (2) oraz pozostały materiał dowodowy ujawniony w toku przewodu sądowego.

Oskarżony C. S. (1) podczas rozprawy sądowej nie przyznał się do popełnienia czynu zarzucanego mu aktem oskarżenia. W obszernych wyjaśnieniach wskazał na uprawnienia w postaci certyfikatu (...) Towarzystwa (...), który otrzymał w 2003 roku oraz na prowadzenie poradni (...) od 2009 roku początkowo w K. i w W., a następnie od 2011 roku również w G.. Wskazał nadto na bardzo duże zapotrzebowanie na usługi poradni (...) co było powodem tego, że jak utrzymywał od 2012 roku otrzymał z NFZ zgodę (telefonicznie) na przyjmowanie pacjentów poza limitem i możliwość rozliczania pacjentów z G. w poradni w W. albo w K. dodając, że był to jeden kontrakt na jeden podmiot leczniczy tylko rozdzielony na trzy placówki w trzech różnych miastach. W związku ze stanem swojego zdrowia, jak wyjaśnił od stycznia 2013 roku do maja 2015 roku leczył się poddając niezbędnej kuracji w warunkach szpitalnych, a jednocześnie pracował w poradni (...) rezygnując ze zwolnień lekarskich. Odnosząc się do kontroli przeprowadzonej przez NFZ w miesiącach od marca 2015 roku do lipca 2015 roku, kiedy w związku z chorobą miał przeprowadzane badania kontrolne i złe wyniki groziły przerwaniem kuracji, której był poddany, utrzymywał że mogło to mieć wpływ na jego zachowanie i wyjaśnienia w trakcie kontroli. Gdy po zakończeniu kontroli w lipcu otrzymał od NFZ protokół pokontrolny, z którego wynikało, że miał ustosunkować się do 1500 pozycji dotyczących rozliczenia pacjentów, nadal pracując od 8:00 do 18:00, a także z uwagi na wymagające i bardzo ciężkie leczenie jakie przeszedł, nie mając sił do przeanalizowania tego dokumentu, jak wyjaśnił zwrócił się z prośbą o rozmowę z (...)NFZ dr A. Z., który w związku z nawałem pracy, a następnie urlopem wypoczynkowym zaprosił go na nią dopiero pod koniec sierpnia 2015 roku. Twierdząc, że zarzucając mu wówczas zmuszanie pacjentów do wykonywania badań laboratoryjnych we własnym zakresie nie chciał z nim rozmawiać i kazał czekać na wystąpienie pokontrolne, które przesłano do niego, gdy przebywał na zaplanowanym urlopie o czym powiadomił NFZ, w związku z czym nie mógł ich odebrać. Zaprzeczając zarzutom dyrektora zdecydował się przesłać do pacjentów ankiety, w których prosił o ustosunkowanie się do tego, czy byli przez niego zmuszani do wykonywania badań we własnym zakresie. Po otrzymaniu ponad 300 wypełnionych ankiet, jak twierdził przesłał je w odpowiedzi na postawiony mu zarzut do NFZ. Nadto, jak wyjaśnił po powrocie z urlopu i przeanalizowaniu swojej sytuacji uznał, że dalsze prowadzenie poradni (...) na warunkach jakie przedstawił NFZ jest niemożliwe i w związku z tym w ostatnim dniu września złożył wypowiedzenie umowy. Dopiero po kilku dniach dotarło do niego wystąpienie pokontrolne, z którego wynikało, że

ma zwrócić ponad 200 tys. zł, zapłacić karę umowną i poprawić w systemie wszystkie wizyty. Przyznał, że zgodnie z zaleceniami pokontrolnymi poprawił 1500 pozycji, jednak w związku z tym, że pracował i nie był w stanie tego zrobić w wyznaczonym przez NFZ terminie, wystąpił z dwoma wnioskami. Pierwszy dotyczył przedłużenia terminu do poprawienia wizyt zaś drugi wyrażenia zgody na częściową zapłatę wskazanej kwoty pomniejszonej o podatek, który uzyskałyby po korekcie zeznań podatkowych (PIT-ów). Zgodę uzyskał tylko na pierwszy wniosek. Odnosząc się do braku zgody na częściową zapłatę, której mu odmówiono wyjaśnił, że kwotę 60 tys. zł ostatecznie wpłacił zaś jak później okazało się po poprawieniu 1500 porad NFZ zwrócił mu ponad 60 tys. zł. O tym, że kwotę taką muszą mu zwrócić, jak twierdził, NFZ posiadał wiedzę już wcześniej. Wskazał również na nieracjonalne postępowanie NFZ dotyczące jego wniosku o „przerzucenie” niewykorzystanego limitu punktów z W. do G. pod koniec kontraktu w 2015 roku i związane z tym działanie systemu rachunkowości. Wyjaśnił nadto, że poradnie (...) obejmują system trzech porad, a mianowicie: porada wstępna za 20 pkt, porada po 6 miesiącach za 3,5 pkt, porada okresowa po 12 miesiącach za 12 pkt i kolejna porada po 12 miesiącach też za 12 pkt oraz że nigdy i nigdzie nie sprawozdawał wykonanych badań w ramach porad, gdyż nie było takich możliwości. Wskazał przy tym na przyjmowanie pacjentów w poradni specjalistycznej, w której lekarz do systemu wpisuje wykonane procedury np. badanie słuchu, USG zatok i badanie gardła zaś system sam generuje rodzaj porady i kwotę punktową, jaka się mu należy, co jak utrzymywał nie było możliwe w poradni (...). Możliwe było wpisanie do systemu porady wstępnej po 6 miesiącach i po 12 miesiącach zaś o tym jaka to jest porada dowiadywał się od rodziców osób małoletnich albo od dorosłych pacjentów. Przyznał natomiast, że z NFZ rozliczał się w ramach systemu i posiadanego programu komputerowego, a nadto, że na potrzeby prowadzonego przez siebie gabinetu, a nie do rozliczeń z NFZ prowadził również dokumentację papierową. Nie kwestionując ustaleń kontroli, która wykazała m.in. jakich badań nie wykonał zwrócił uwagę na to, jakie badania zostały wykonane oraz na wadliwość przyjętego przez NFZ sposobu ich rozliczania jedynie jako procedury W11 i W12 oraz zaproponował w jaki sposób jego zdaniem należało je rozliczyć. Odnosił się również do sytuacji, w których pacjenci przynosili ze sobą np. wyniki badań krwi, które musiałby zlecić gdyby ich nie mieli. Przyznał mianowicie, że jeżeli były one aktualne to nie zlecał ponownie takich badań. Dodał, że w ramach zawartej umowy z NFZ sytuacja taka nie była określona i jeżeli wszystkie badania związane np. z wstępną kompleksową kwalifikacją do uprawiania sportu były wykonane zaś ich część dostarczał mu pacjent, to wydając zaświadczenie w systemie zaznaczał taką procedurę wycenianą za 20 pkt jako wykonaną, gdyż jak twierdził wykonanie określonej procedury związane było z wydaniem przez niego orzeczenia zaś NFZ musiał mu za to zapłacić, chociaż nie zawsze płacił. Jako przykład takiej sytuacji kiedy zapłaty nie otrzymał wskazał pacjentów, którzy nie powiadomili go o tym, że inny lekarz wykonał już w ich przypadku badania wstępne, czego nie mógł zweryfikować, gdyż nie istnieje ogólnopolski system rejestracji pacjentów (...) w NFZ, który odmawiał w takim przypadku zapłaty. Takich nierozliczonych porad w roku, jak utrzymywał, było około 50. Wskazał również na sytuację, w których pacjenci po otrzymaniu od niego skierowań na badania laboratoryjne, dodatkowe i konsultacje specjalistyczne następnie nie zgłaszali się po ich wykonaniu, gdyż rezygnowali z uprawiania sportu albo szli do innego laboratorium niż to które wskazał w skierowaniu, na co nie miał wpływu. Odnosząc się natomiast do zakwestionowanej przez zespół kontrolny prawidłowości sprawozdawania badań laboratoryjnych z powodu dostarczania ich przez pacjentów wyjaśnił, że wysyłanie ich w celu ponownego wykonania badań wiązałoby się z ponownym pobieraniem krwi i byłoby niezgodne z etyką zawodową. Dotyczyło to również przypadków dostarczania przez pacjentów kart informacyjnych leczenia szpitalnego, które zawierały niezbędne badania. Nie kwestionował tego, że w 325 przypadkach brak było wyników badań laboratoryjnych, co mogło być związane, jak twierdził z tym, że nie miał czasu zweryfikować tych ustaleń tym bardziej, że czasami badania były odkładane do innych segregatorów, co ujawnił później. Przyznał również, że rzeczywiście nie wykonywał testów wysiłkowych, które winny być wykonane w ramach badań co 12 miesięcy, gdyż podczas corocznych obowiązkowych szkoleń lekarzy (...) wyrażano opinię, że testy te należy wykonywać tylko w przypadku uprawiania sportu z dużym obciążeniem fizycznym, co jak dodał nie było wprost określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Nie potrafił natomiast odnieść się do stwierdzonych 370 przypadków braku konsultacji laryngologicznej wyjaśniając, że mogło to wynikać z tego, iż nie mając możliwości sprawozdania w systemie kiedy pacjent uprzednio był u lekarza, rzeczywiście nie wykazano ich. Wyjaśnił nadto, że w ramach porady (...) zakres świadczeń gwarantowanych obejmuje dwa świadczenia, a mianowicie badanie laryngologiczne i konsultację laryngologiczną. Utrzymywał przy tym, że badania laryngologiczne wykonywał sam natomiast konsultacje laryngologiczne zlecał zgodnie z przepisami po 24 miesiącach ewentualnie jeżeli wynikało to z badań, które sam przeprowadził. Wskazał również na problemy związane z dostępnością do laryngologa i w związku

z tym przyznał, że mógł wydać orzeczenia o zdolności do uprawiania sportu bez tej konsultacji. Twierdząc, że w czasie trwania kontroli zgłosili się do niego jak co roku sportowcy z klubu karate w O. w liczbie około 80 osób, którym wykonał badania EKG i testy wysiłkowe zaś wyniki badania krwi przywieźli oni ze sobą, gdyż ich wykonanie zlecił klub, zapytał w związku z tym kontrolujących, jak to może rozliczyć. Poinformowali go oni, że badań krwi nie może wziąć pod uwagę i że w celu wyjaśnienia zaistniałej sytuacji powinien zwrócić się do NFZ, co zrobił. W odpowiedzi, jak twierdził poinformowano go, że badań krwi nie mogą uwzględnić, ale ponieważ wykonał inne badania takie jak EKG i testy wysiłkowe może to rozliczyć w inny sposób zgodnie z zasadami obowiązującymi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jednak jak ma to zrobić nie wyjaśniono. Wskazując na podpisanie w 2015 roku umowy z laboratorium (...) w K. na wykonywanie badań laboratoryjnych wyjaśnił, że rozliczał się z nimi w formie ryczałtu, a w związku z tym nie miał interesu żeby nie kierować pacjentów na badania krwi. Co do 82 przypadków braku konsultacji neurologicznej i badań EEG oraz 14 przypadków braku wyników badań RTG odcinka szyjnego bądź lędźwiowego kręgosłupa odwołał się do zaleceń (...) Towarzystwa (...), zgodnie z którymi do 12 i 14 roku życia w zależności od dyscypliny sportu zawodnicy nie podejmują walki ani nie uczestniczą w zawodach sportowych, a trening w klubie w przypadku zapasów, karate i podnoszenia ciężarów obejmuje tylko i wyłącznie zajęcia ogólnorozwojowe. Dodał, że wyjaśnień tych kontrolerzy nie uwzględnili i nie ustosunkowali się do nich. Odnośnie ostatniego zarzutu braku wogóle dokumentacji medycznej wyjaśnił, że została ona odnaleziona zaś odnośnie braku podpisów w 42 przypadkach utrzymywał, że mogło to wiązać się z dużą zgłaszalnością pacjentów w pewnych okresach i przeoczeniem wynikającym ze zmęczenia oraz złego stanu zdrowia. Wskazał nadto na 3 skargi jakie wpłynęły w okresie prowadzenia gabinetu poradni (...).

Odniósł się również do odmiennego przedstawienia w ujęciu tabelarycznym świadczonych przez siebie usług w stosunku do poszczególnych pacjentów w protokole pokontrolnym i w wystąpieniu pokontrolnym, które omówił na wskazanych przez siebie 2 przykładach nie kwestionując tego, że rzeczywiście nie wykonał w pierwszym z nich testu wysiłkowego zaznaczając jednocześnie, że wykonał wszystkie inne badania co wskazano w wystąpieniu pokontrolnym zaś w drugim, że pacjent dostarczył własne badania laboratoryjne. Konsekwentnie twierdził nadto, że usługi w NFZ w ramach (...) nigdy nie były sumą poszczególnych procedur tylko traktowano je jako usługę ryczałtową i że wydanie przez niego zaświadczenia np. o niezdolności do uprawiania sportu przez pacjenta, który choruje na hemofilię nie wymaga wysyłania go na jakiegokolwiek inne badania i konsultacje, które nie mają sensu, natomiast usługa ta winna być wyceniona za 20 pkt, gdyż taką wartość punktową posiada porada wstępna w medycynie sportowej. Zaprzeczył też temu żeby poświadczał nieprawdę w comiesięcznych raportach statystyczno-medycznych, gdyż nigdy nie wykazywał do rozliczeń dodatkowych specjalistycznych badań lekarskich i laboratoryjnych. Twierdząc, że to on sam we własnym zakresie musiał zorganizować komplet badań utrzymywał, że koszty jakie ponosił na ten cel nie powinny obchodzić NFZ i nie powinien on dochodzić jak i gdzie wykonywane są poszczególne badania, a tylko sprawdzić czy porada została wykonana.

W konkluzji podniósł, że kryterium przeprowadzonego prawidłowo badania był czas, czyli badanie co 6 miesięcy, co 12 miesięcy, badanie lekarskie i wystawienie orzeczenia o zdolności lub niezdolności do uprawiania sportu (dowód: wyjaśnienia oskarżonego k. 783-787 oraz k. 798-799).

Odpowiadając na pytania obrońcy wyjaśnił, że program komputerowy, którym dysponował do rozliczania z NFZ związany był z firmą, która obsługiwała ten Fundusz. Dodał, że umowa, którą podpisał z NFZ w jego ocenie miała charakter „śmieciowy”, gdyż wszystko musiał zapewnić i opłacić on, co ostatecznie wygenerowało po jego stronie straty w wysokości 60 tys. zł (wyjaśnienia k. 799).

W dodatkowych wyjaśnieniach C. S. (1) odniósł się do zeznań świadka T. K.. Wyjaśnił mianowicie, że prowadzona przez niego poradnia specjalistyczna dotyczyła sportowców zawodowo uprawiających sport oraz dzieci z klubów sportowych (wyjaśnienia k. 801). Nadto odniósł się do zeznań K. J. (1) twierdząc konsekwentnie, że jeżeli wydał osobie chorej na hemofilię zaświadczenie o tym, że nie może uprawiać sportu to miał prawo rozliczyć to świadczenie jako pakiet za 20 pkt, a nie badanie wstępne za 3,5 pkt (wyjaśnienia k. 803v).

Odnosił się również do składanych sprawozdań w drodze elektronicznej w szczególności tych, które były kwestionowane odnośnie rozliczenia danego pacjenta, co wynikało z ich podświetlenia na czerwono. Zaznaczył, że system nie wskazywał czego dotyczy błąd i w związku z tym zmieniał sprawozdaną poradę na zasadzie wskazania mniej punktowanej, co nie oznaczało, iż nie będzie ona ponownie kwestionowana, a jeżeli tak dokonywał kolejnej korekty aż porada taka została zaakceptowana, co pozwalało mu na wygenerowanie rachunku (wyjaśnienia k. 1030-1030v).

Przedkładając listy uwag i błędów, które wygenerował w systemie jako sprawozdania poprawione wyjaśnił, że np. jeżeli została wykonana porada dotycząca przekroczenia limitu wieku, to nigdy nie została wysłana i sprawozdana tylko uwidoczniona w tym sprawozdaniu po stronie świadczeniodawcy (wyjaśnienia k. 1037v).

Wyjaśnieniom oskarżonego C. S. (1) w części w której nie przyznał się on do popełnienia zarzucanego mu czynu twierdząc, że zaświadczenia z zakresu (...) niezależnie od tego czy wykonał cały pakiet badań i konsultacji oraz czy poniósł koszty z tym związane jeżeli wystawił wymagane zaświadczenie (orzeczenie) miał prawo sprawozdać je jako wykonane i domagać się za nie zapłaty zgodnie z ustaloną wartością punktową sąd nie dał wiary, gdyż są one gołosłowne i uznać należy je za przyjętą linię obrony zmierzającą do uniknięcia odpowiedzialności karnej za zarzucane mu przestępstwo.

Na wstępie podnieść należy, że występki oszustwa określony w art. 286§1kk jest przestępstwem umyślnym kierunkowym co oznacza, że można go popełnić wyłącznie z zamiarem bezpośrednim, który na co zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11.10.2011 roku w sprawie VKK 81/11 „powinien obejmować zarówno cel działania sprawcy (osiągnięcie korzyści majątkowej), jak i sposób działania zmierzającego do osiągnięcia tego celu (doprowadzenie innej osoby do niekorzystnego rozporządzenia mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd, albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania)”. Czynność sprawcza w przypadku przestępstwa z art. 271 kk polega na poświadczeniu nieprawdy przez funkcjonariusza publicznego lub inną osobę upoważnioną do wystawienia dokumentu, co do okoliczności mającej znaczenie prawne. Poświadczenie nieprawdy może polegać na potwierdzeniu okoliczności, które nie miały miejsca lub też na ich przeinaczeniu lub zatajeniu. Jest to przestępstwo indywidualne. Pod pojęciem „funkcjonariusza publicznego” należy rozumieć osoby spełniające cechy określone w art. 115§13 kk zaś pojęcie „inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu” należy interpretować wąsko obejmując nim wyłącznie te osoby, które na mocy szczególnej regulacji otrzymują prawo do sporządzania dokumentu, któremu podobnie jak w przypadku dokumentów sporządzonych przez funkcjonariuszy, przysługuje cecha zaufania publicznego. Źródłem uprawnienia może być norma prawna o charakterze generalnym, wyrok sądowy lub inna decyzja organów władzy państwowej. Uprawnienie, o którym mowa w tym przepisie, wskazuje zatem na własną kompetencję osoby wystawiającej dokument do potwierdzenia określonych okoliczności. Dokument, o którym mowa w art. 271§1 kk musi nie tylko odpowiadać cechom wymienionym w art. 115§14 kk, lecz ponadto musi być wystawiony przez funkcjonariusza publicznego lub inną osobę do tego uprawnioną i zawierać w swej treści poświadczenie, któremu przysługuje cecha zaufania publicznego a w związku z tym domniemanie prawdziwości. Do takich dokumentów należą przede wszystkim dokumenty urzędowe w znaczeniu nadanym temu pojęciu przez art. 244 kpc i art. 76 kpa, a ponad to inne dokumenty, którym moc dowodową nadają inne przepisy. Przepis art. 271§3 kk przewiduje typ kwalifikowany, w którym okolicznością kwalifikującą jest cel osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej w rozumieniu art. 114§14 kk.

Przestępstwo fałszu intelektualnego ma charakter umyślny i może być popełnione w obu postaciach zamiaru. Typ kwalifikowany z art. 271§3 kk ma charakter kierunkowy i może być popełniony tylko z zamiarem bezpośrednim. Jeżeli funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, używa dokumentu, w którym uprzednio poświadczyła nieprawdę w razie zaistnienia przesłanek pozwalających uznać zachowanie sprawcy za czyn ciągły należy stosować kumulatywną kwalifikację prawną na podstawie art. 271 kk i 273 kk w zw. z art. 11§2 kk (por. Włodzimierz Wróbel komentarz do art. 271 Kodeksu karnego, Kodeks karny, część szczególna komentarz pod red. A Zoll, tom II, wydanie II, Zakamycze 2006 r.; wyrok SN z 09.10.1996 r., VKKN 63/96 OSP 1998, z. 7-8 poz. 147; wyrok SN z 09.05.2002 r., VKKN 323/99, OSN KW 2002, nr 9-10, poz. 71; wyrok SN z 05.10.2005 r., IIKK 126/05, LEX nr 164270; postanowienie SN z 08.02.2005 r., IIIKK 154/04, OSN w SK 2005/1/315).

Przenosząc powyższe uwagi na grunt niniejszej sprawy podnieść należy, że w przypadku oskarżonego źródłem uprawnień do wystawiania dokumentów rozliczeniowych w postaci comiesięcznych raportów medyczno-statystycznych zawierających wykaz świadczeń medycznych wykonywanych w danym miesiącu, które stanowiły podstawę wystawianych następnie faktur była ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. 2010, poz. 2135 z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 05.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm.). Wystawiane zaś przez oskarżonego dokumenty o których mowa wyżej niewątpliwie odpowiadają cechą wymienionym w art. 115§14 kk i korzystały z domniemania prawdziwości w podanym wyżej rozumieniu. C. S. (1) był zatem inną osobą uprawnioną do wystawienia dokumentu w rozumieniu art. 271 kk w podanym wyżej rozumieniu.

Z dokonanych przez sąd ustaleń opartych przede wszystkim na wynikach kontroli podmiotu (...), (...)-(...) W. ul. (...) przeprowadzonej przez przedstawicieli (...)- (...) OW NFZ w O. T. K. - starszego inspektora kontroli i M. D. - starszego inspektora kontroli w okresie od 05.03. do 09.07.2015 r., której przedmiotem było sprawdzenie prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poradni (...) ze szczególnym uwzględnieniem kwalifikacji do świadczeń i prawidłowości ich rozliczenia w okresie od 01.01.2013 r. do dnia kontroli, wynika jednoznacznie, że z (...) świadczeń podlegających kontroli odnośnie (...) pacjentów stwierdzono, iż oskarżony jako świadczeniodawca dopuścił ich do ubarwiania danej dyscypliny sportu pomimo, że nie wykonał wymaganego obowiązującymi przepisami pakietu badań i konsultacji oraz wykazał je do rozliczenia porad w zakresie (...), a w szczególności świadczeń o kodach: 5.05.00.0000051 - wstępna kompleksowa kwalifikacja do uprawiania sportu i 5.05.00.0000052 - kompleksowa kwalifikacja do dalszego - po 12 miesiącach - uprawiania sportu. Przepisy te, co wynika z podpisanej w dniu 22.12.2010 roku z (...)- (...) OW NFZ w O. umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie (...), oskarżony był zobowiązany znać zaś umowę wykonać zgodnie z zasadami i na warunkach w nich określonych, w szczególności we wskazanych aktach prawnych w postaci ustaw oraz niższego rzędu tj. rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ. W związku ze zmianami tych aktów prawnych w okresie objętym kontrolą były sporządzane aneksy do tej umowy. Ustalenia zawarte w protokole kontroli potwierdzili przesłuchani w charakterze świadków w złożonych zeznaniach starsi inspektorzy kontroli T. K. i M. D.. Z protokołu kontroli oraz zeznań tych świadków wynika, że stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- wykonanie badań laboratoryjnych na koszt pacjentów (w 219 przypadkach);
- dołączone do dokumentacji medycznej badania laboratoryjne były zlecone i finansowane przez inne podmioty (w 264 przypadkach);
- zamiast badań laboratoryjnych do dokumentacji medycznej dołączono karty informacyjne leczenia szpitalnego (w 11 przypadkach) zaś w przypadku 18 pacjentów były one nieaktualne;
- brak wogóle wymaganych przepisami wyników badań laboratoryjnych (w 325 przypadkach).

Tak więc odnośnie samych badań laboratoryjnych łącznie stwierdzono nieprawidłowości w 837 przypadkach. Kolejne nieprawidłowości dotyczyły:

- niewykonania pacjentom w 896 przypadkach testu wysiłkowego;
- braku konsultacji laryngologicznej w 370 przypadkach zaś w 1 przypadku wykonanie takiej konsultacji w ramach umowy NFZ, w kolejnym na koszt pacjenta;
- braku wymaganej konsultacji neurologicznej i badania EEG w 82 przypadkach pacjentów uprawiających boks, zapasy, kick-boxing, dalekowschodnie sporty i sztuki walki;
- braku wyników badania RTG odcinka szyjnego lub lędźwiowego kręgosłupa w 14 przypadkach pacjentów uprawiających judo, zapasy, podnoszenie ciężarów, sportów siłowych.

Z ustaleń pokontrolnych oraz zeznań świadków którzy prowadzili kontrolę wynikało nadto, że w dużej liczbie kontrolowanych świadczeń nieprawidłowości te występowały jednocześnie w stosunku do wskazanej wyżej liczby pacjentów. Z aktów prawnych powołanych w umowie wynikało natomiast w sposób jednoznaczny, że świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielenia świadczeń określonymi w ustawie, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 wyżej powołanej ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczeniodawca ponosi także koszty wykonania niezbędnych badań, jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a nadto zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej świadczeniobiorców, którym udziela świadczeń opieki zdrowotnej, w której dokonuje opisu zrealizowanej procedury potwierdzając w ten sposób udzielenie specjalistycznego świadczenia. Kontrola prowadzonej przez C. S. (2) dokumentacji medycznej wykazała, że pomimo niewykonania odnośnie 1374 pacjentów wymaganych przepisami pakietów badań i konsultacji, wydał on orzeczenia lekarskie o zdolności do uprawiania danego sportu i sprawozdał do rozliczenia świadczeń wstępnej kompleksowej kwalifikacji do uprawiania sportu lub kompleksowej kwalifikacji do dalszego - po 12 miesiącach - uprawiania sportu.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 06.05.2008 r. w przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, które zwano w tym rozporządzeniu „dokumentami rozliczeniowymi”. Oskarżony składał te dokumenty Oddziałowi Wojewódzkiemu Funduszu w terminie do 10 każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Niewątpliwie nie wykonując pełnego pakietu badań i konsultacji odnośnie wskazanej liczby pacjentów, bądź też przyjmując wyniki badań wykonanych i dostarczonych przez świadczeniobiorców, czego miał pełną świadomość i nie kwestionował zarówno w wyjaśnieniach złożonych przed sądem jak i ustosunkowując się do tych nieprawidłowości podczas kontroli (jego wyjaśnienia zamieszczono w protokole) poświadczal nieprawdę w dokumentach rozliczeniowych, do wystawiania których był nie tylko uprawniony, ale o czym była mowa wyżej zobowiązany. Nie ulega także wątpliwości, że w składanych co miesiąc sprawozdaniach w okresie objętym kontrolą wykazując powyższe świadczenia oznaczone w katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnymi kodem 5.05.00.0000051 i 5.05.00.0000052 jako zrealizowane w całości wprowadzał pracowników (...) - (...) OW NFZ w O. w błąd oraz doprowadził tenże Fundusz do niekorzystnego rozporządzenia mieniem, czego również zdaniem sądu miał pełną świadomość. Jak bowiem wyjaśnił jego zdaniem wykonanie określonej procedury związane było z wydaniem przez niego zaświadczenia (orzeczenia), za które brał pełną odpowiedzialność. Odnotowywał wówczas w systemie powyższe świadczenia jako wykonaną procedurę i NFZ musiało za to zapłacić. Z wyjaśnień oskarżonego wynika, że nie miało dla niego znaczenia to, czy w ramach określonego świadczenia wykonał pełny pakiet badań i konsultacji, które były wycenione na określoną ilość punktów i za który mógł domagać się zapłaty, jeżeli zrealizował go w całości. W świetle powyższego bezspornym jest, że celem działania oskarżonego było zatem osiągnięcie korzyści majątkowej, gdyż zapłaty nie otrzymałby, gdyby nie wykazał realizacji całego pakietu. To, że oskarżony w odniesieniu do pewnej grupy pacjentów wykonał jednak wymagany przepisami pakiet badań i konsultacji oraz odnotował to w ich

dokumentacji medycznej również wynika z przeprowadzonej kontroli. Na ogólną liczbę udzielonych przez C. S. (1) w kontrolowanym okresie 2479 świadczeń odnośnie 929 pacjentów udzielone świadczenia przez oskarżonego zostały prawidłowo sprawozdane do rozliczenia, jako wstępna kompleksowa kwalifikacja do uprawiania sportu i kompleksowa kwalifikacja do dalszego - po 12 miesiącach - uprawiania sportu lub jako świadczenie 1-go typu W11. Odnośnie pozostałych 1550 świadczeń zakwestionowano prawidłowość sprawozdania ich do rozliczenia przez oskarżonego z powodu nieprawidłowości, które omówiono wyżej, których nie był on w stanie zakwestionować.

To, że w ramach świadczeń z zakresu (...) oskarżony nie wykonywał wymaganego przepisami, które omówiono wyżej pakietu badań i konsultacji wynika nie tylko z przeprowadzonej kontroli oraz zeznań osób, które w niej uczestniczyły,

ale również z zawnioskowanych aktem oskarżenia do odczytania w trybie art. 333§2 kpk świadków K. U., J. O., I. W. (1), J. S., M. U. (1), D. S., Z. B., A. W. (1), E. D., R. S., R. P., A. R. (2), L. B., D. H., D. K., M. R., J. R., N. C., A. S. (2), P. K., S. W., O. B., T. D., M. B., P. P., J. F., D. J., S. T., A. K. (1), B. M., S. G., U. G., J. P. (1) i A. K. (2). Z zeznań tych świadków – rodziców bądź opiekunów małoletnich pacjentów wynika, że m.in. podczas wizyt w poradni (...) C. S. (1) nie otrzymywali skierowań do lekarzy specjalistów, nie były wykonywane testy wysiłkowe, nie przeprowadzał on badań okulistycznych czy laryngologicznych, tak więc wskazali na nieprawidłowości, które wynikały również z przeprowadzonej kontroli. Na okoliczności powyższe zeznania złożyła również matka dwóch chłopców M. Z. (k. 855v-856 i k. 541v-543 w części odczytanej w trybie art. 391§ kpk).

Odnosnie ustaleń w tym zakresie nie wniosły natomiast niczego istotnego zeznania rodziców dzieci z G., a mianowicie: A. K. (3) (k. 688-689), A. T. (k. 691-692), D. W. (k. 695), M. S. (2) (k. 697), B. B. (k. 700), I. W. (2) (k. 704), I. W. (3) (k. 707), J. P. (2) (k. 709), A. Ż. (2) (k. 714) i A. W. (2) (k. 717), gdyż na badania do poradni (...) w G. lub w W. przywoził je A. P. (...) Klubu Sportowego (...) w G.. Zeznaniami wszystkim wyżej wymienionym świadków oraz T. K. i M. D., którzy przeprowadzili kontrolę sąd dał wiarę, gdyż tworzą ona spójną, wzajemnie uzupełniającą się i logiczną całość.

Za wiarygodne sąd uznał również zeznania K. J. (2) – (...) Wydziału Kontroli NFZ OW w O. (k. 801v-803 oraz k. 98-99v), A. D. NFZ OW w O. (k. 853v-855), W. Z. D. ds. Medycznych (...) w O. (k. 1036-1038) i W. M. – Kierownika Sekcji Monitorowania Weryfikacji Świadczeń i Rozliczeń Umów NFZ OW w O. (k. 803-803v, k. 1465-1466 i k. 581-582). Wskazani świadkowie zlecili przeprowadzenie kontroli, a następnie na podstawie protokołu kontroli zaakceptowali wystąpienie pokontrolne (k. 3-38) oraz dokonali wyliczenia nienależnie pobranej kwoty a także kary umownej, którą nałożono na oskarżonego zgodnie z postanowieniami umowy zawartej przez Oddział Wojewódzki Funduszu z oskarżonym jako świadczeniodawcą udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w (...) w G.. W złożonych zeznaniach świadkowie ci w zasadzie powtórzyli ustalenia zawarte w wystąpieniu pokontrolnym, które oparto na protokole kontroli. Oba te dokumenty stanowiły natomiast podstawę zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przez C. S. (1) przestępstwa (zawiadomienie k. 1-2). Wskazali nadto w złożonych zeznaniach na zawartą z oskarżonym umowę oraz powołane w niej przepisy prawa, które regulowały jej wykonanie i rozliczenie. W przepisach tych zawarte były również uregulowania zgodnie z którymi oskarżony był zobowiązany do wykonywania badań we własnym zakresie jeżeli chciał je rozliczyć z Funduszem, a tym samym, że nie może rozliczyć badań wykonanych przez inne podmioty, jako podstawę rozliczenia w ramach zawartej umowy. Wynikało z nich nadto, że był zobowiązany wykonać komplet (pakiet) badań oraz, że rozliczenie porad w zakresie (...) nie jest jak utrzymywał oskarżony ryczałtem. Świadek A. D. OW NFZ w O. wyjaśnił nadto, że w zakresie sprawozdań świadczeniodawcy Fundusz opiera się na wzajemnym zaufaniu, gdyż jakiegokolwiek nieprawidłowości w sprawozdaniach nie są widoczne zaś można je zweryfikować jedynie na podstawie przeprowadzonej kontroli. Nadmienić przy tym należy, że z zeznań tych świadków, na co zwrócono uwagę również w wystąpieniu pokontrolnym, a także w protokole kontroli wynika jednoznacznie, że w przypadku większości zakwestionowanych świadczeń oskarżony w związku z tym, że nie ponosił kosztów wszystkich badań i konsultacji u danego pacjenta, co uniemożliwiało mu rozliczenie danej procedury zgodnie z jej wyceną punktową, mógł ją rozliczyć jako poradę W11 - świadczenie specjalistyczne 1-go typu lub W12 - świadczenie specjalistyczne 2-go typu, zgodnie z zestawieniem przedstawionym w tabeli nr 1 stanowiącej załącznik do wystąpienia pokontrolnego, z której to możliwości skorzystał, co wynika zarówno z zeznań powyższych świadków, wyjaśnień oskarżonego oraz pism NFZ (pisma k. 566-578, k. 1468-1478). Rozliczenie to pozwoliło na uwzględnienie faktycznie wykonanych - w ramach świadczeń objętych kontrolą - i udokumentowanych przez oskarżonego procedur medycznych w 2013 roku na kwotę 36.464,40 zł zaś w 2014 roku na kwotę 28.520,00 zł. W rozliczeniu tym nie uwzględniono 2015 roku do czasu kontroli, gdyż nie został on jeszcze zakończony. Uwzględniając powyższe rozliczenie wskazaną kwotę 207.678,80 zł wynikającą z zakwestionowanych świadczeń należało pomniejszyć o kwotę łączną 64.984,40 zł i tym samym uznać należy, że w okresie od 01.01.2013 r. do 05.03.2015 r. C. S. (1) doprowadził OW NFZ w O. do niekorzystnego rozporządzania mieniem w kwocie nie mniejszej niż 142.694,40 zł.

Nadmienić w tym miejscu należy, że wbrew temu co wyjaśnił oskarżony odpowiadając na jego pismo z dnia 22.06.2015 r. dotyczące możliwości rozliczenia porady wstępnej lub po 12 miesiącach w zakresie (...), gdy świadczeniobiorca na swój koszt wykonał część badań diagnostycznych W. Z. D. ds. Medycznych (...) w O. poinformował go, że

świadczeniodawca może wykorzystać takie badania, jednak z uwagi na fakt, że nie obciążały go one finansowo nie mogły one wpłynąć na grupowanie parady i podwyższenie jej wartości. Wówczas, jak wynika z udzielonej odpowiedzi świadczenie powinno być rozliczone zgodnie z załącznikiem do zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ z dnia 05.12.2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, a w sytuacji gdy świadczeniodawca nie poniósł kosztów żadnych badań może rozliczyć jako poradę specjalistyczną typu W11. Jeżeli natomiast zostały wykonane inne badania laboratoryjne lub np. EKG, próba wysiłkowa świadczenie może być rozliczone zgodnie z załącznikiem nr 7 do powyższego zarządzenia (k. pismo k. 1034).

W sprawie powyższej odnośnie zarzutu stawianego aktem oskarżenia nie wniosły niczego istotnego zeznania:

- I. K. (k. 856-856v) i I. Ś. (k. 856v), pielęgniarek zatrudnionych przez oskarżonego, które wskazały jedynie na swój udział podczas kontroli polegający na wydawaniu dokumentów oraz opisały badania jakie przeprowadzał w poradni (...) i na jakie konsultacji kierował pacjentów;
- P. T. (k. 864-864v) zatrudnionego w OW NFZ w O. na stanowisku (...) Wydziału (...), który w zasadzie wskazał na charakter swojej pracy i obowiązujące w NFZ systemy informatyczne oraz zasady sprawozdawania świadczeń w formie komunikatu elektronicznego;
- A. S. (3) (k. 864v-866 i k. 1091-1092) współpracującego z oskarżonym informatyka, który opisał działanie programu komputerowego, którym posługiwał się on i który umożliwiał mu prowadzenie przychodni pod kątem elektronicznym. Opisał również sposób sprawozdawania porad, korespondencji elektronicznej z NFZ za pośrednictwem konta SZOI (System Zarządzania Obiegiem Informacji). Potwierdził również swój udział w poprawieniu, jak to określił narzuconych w piśmie pokontrolnym zmian porad po 12 miesiącach na inną poradę specjalistyczną W12. Odnosił się także do listy uwag i błędów jako zwrotnej informacji po złożeniu przez świadczeniodawcę raportu odnośnie wykonanych w danym okresie sprawozdawczym świadczeń;
- A. B. (k. 495-1956), J. C. (k. 498-499), Z. P. (k. 501-503, M. U. (2) (k. 505-506), B. S. (1) (k. 532-533), S. D. (k. 584-585), T. K. (k. 611-616), B. K. (k. 666-667) - rodziców dzieci, które były badane w poradni (...) oskarżonego, którzy wizyt i przeprowadzonych badań po prostu już nie pamiętali dokładnie i nie potrafili ich opisać.

W charakterze świadka przesłuchano również na wniosek obrońcy żonę oskarżonego B. S. (2) (k. 856v-858). Ze złożonych przez nią zeznań wynika, że pomaga mężowi w prowadzeniu firmy (...) w zakresie prowadzenia rachunkowości oraz ksiąg przychodów i rozchodów. Odnosząc się do przeprowadzonej kontroli podniosła, że w zwróconej dokumentacji panował bałagan. Nadto opisała działanie programu komputerowego, który służył do rozliczania się w ramach poradni (...). Odniosła się również do choroby męża i prowadzonych przez niego trzech poradni (...) w G., K. i W. oraz sposobu rozliczania w nich porad zaznaczając, że nigdy nie wykazywał badań po 24 miesiącach, które były wycenione na 20 pkt, a wykazywał je jako badania po 12 miesiącach wycenione na 12 pkt. Zdaniem sądu zeznania tego świadka również nie wniosły niczego istotnego w zakresie zarzutu stawianego oskarżonemu i w związku z tym nie ma podstaw żeby nie dać im wiary.

Na dokonane w powyższej sprawie ustalenia dotyczące stawianego oskarżonemu zarzutu nie miały również istotnego znaczenia informacje uzyskane przez sąd z urzędu odnośnie kontroli przeprowadzanych w poradniach (...) funkcjonujących w obrębie właściwości (...) OW NFZ w O. (pismo k. 1121 oraz załączniki do powyższego pisma k. 1122-1229, pismo k. 1135 oraz załączniki do powyższego pisma k. 1136-1229). Nadmienić jedynie należy, że podobny zakres kontroli przeprowadzono w podmiocie leczniczym (...) Sp. z o.o. i w wystąpieniu pokontrolnym wskazano na uchybienia w postaci braku adnotacji o wyniku testu wysiłkowego, wykonaniu badań laryngologicznych i przeglądzie stomatologicznym (na 134 świadczenia podlegające kontroli uchybienia dotyczyły 32 świadczeń). Świadczeniodawca odnosząc się do powyższych uchybień wyjaśnił, że w przypadku stwierdzenia braku odchylenia od normy w badaniach m.in. laryngologicznych, stomatologicznych i w teście wysiłkowym nie odnotowuje tego faktu w historii zdrowia i choroby pacjenta, natomiast badania są przeprowadzane. Zobowiązał się nadto do odnotowywania

nawet wartości prawidłowych badań w dokumentacji medycznej (wystąpienie pokontrolne k. 1123-124, protokół kontroli k. 1125-1128).

Za wiarygodne sąd uznał również dokumenty zawnioskowane aktem oskarżenia oraz z których sąd dopuścił dowód w toku przewodu sądowego, tym bardziej, że żadna ze stron nie kwestionowała ich autentyczności. Dotyczy to również dokumentów przedłożonych przez oskarżonego i jego obrońcę (k. 988-1028). Nie wniosły natomiast niczego istotnego przedłożone przez oskarżonego sporządzone na piśmie oświadczenia i analizy (k. 1230-1414).

Reasumując stwierdzić należy, że w świetle zgromadzonego i omówionego wyżej materiału dowodowego, który stanowił podstawę dokonanych przez sąd ustaleń bezspornym jest, iż zachowaniem polegającym na tym, że w okresie pomiędzy 01 stycznia 2013 a 05 marca 2015 r. w G. i w W. działając w krótkich odstępach czasu, w wykonaniu z góry powziętego zamiaru w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, wykonując działalność leczniczą w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej P. - (...). (...) C. S. (1) z siedzibą w G. przy ul. (...) w ramach realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) w O. o nr (...) z dnia 22 grudnia 2010 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie (...), będąc uprawnionym do wystawiania dokumentów w postaci comiesięcznych raportów medyczno-statystycznych, zawierających wykaz świadczeń medycznych wykonanych w danym miesiącu, poświadczając w nich nieprawdę wprowadzał w błąd upoważnionych przedstawicieli NFZ poprzez wykazywanie do rozliczeń wykonanych świadczeń dotyczących wstępnej kompleksowej kwalifikacji do uprawiania sportu i kompleksowej kwalifikacji do dalszego - po 12 miesiącach - uprawiania sportu odnośnie 1347 pacjentów, co do których nie wykonał wymaganego pakietu badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych lub nie poniósł kosztów w postaci badań laboratoryjnych, testów wysiłkowych, badań EEG, badań RTG odcinka szyjnego lub lędźwiowego kręgosłupa, konsultacji laryngologicznych, konsultacji neurologicznych będących podstawą finansowania wystawianych na tej podstawie comiesięcznych faktur, doprowadził w ten sposób Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem poprzez wypłacenie mu jako świadczeniodawcy łącznie tytułem należności za realizację powyższych świadczeń kwoty nie mniejszej niż 142.694,40 zł na szkodę wyżej wymienionego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, w pełni wyczerpał znamiona występku z art. 286§1 kk w zb. z art. 271§3 kk w zb. z art. 273 kk w zw. z art. 11§2 kk w zw. z art. 12§1 kk w podanym wyżej rozumieniu.

Zdaniem sądu nie ulega wątpliwości, że występku tego oskarżony dopuścił się w warunkach czynu ciągłego określonych w art. 12§1 kk tj. w krótkich odstępach czasu (comiesięczne raporty medyczno-statystyczne i wystawiane na ich podstawie faktury) i w wykonaniu zamiaru powstałego z góry.

Uznając C. S. (1) za winnego popełnienia tak przypisanego mu w pkt 1 wyroku czynu sąd przy zastosowaniu art. 37a kk na podstawie art. 286§1 kk w zw. z art. 11§3 kk skazał go na karę grzywny w wysokości 100 stawek dziennych przyjmując, że jedna stawka dzienna równa się kwocie 200 zł (ustalając wysokość stawki dziennej sąd miał na uwadze dochody oskarżonego, jego warunki osobiste, rodzinne i stosunki majątkowe) kierując się prymatem kar wolnościowych wynikający z przepisu art. 32 kk.

Wymierzając powyższą karę sąd miał na uwadze jako okoliczności obciążające niewątpliwie wysoki stopień zawinienia oskarżonego wynikający z popełnienia przypisanego mu czynu z winy umyślnej z zamiarem bezpośrednim oraz szkodliwości społecznej wyrażającej się w wielości naruszonych dóbr chronionych prawem w postaci praw majątkowych i wiarygodności dokumentów oraz zaufania obywateli do prawdziwości dokumentów wystawianych przez osoby specjalnie do tego powołane, wysokości wyrządzonej szkody oraz sposobie i okolicznościach popełnienia czynu, a nadto motywację jaką było działanie z chęci zysku.

Na korzyść oskarżonego sąd uwzględnił natomiast jego dotychczasową niekaralność (dane o karalności k. 1519) oraz naprawienie wyrządzonej szkody.

Zdaniem sądu tak wymierzona kara jest współmierna do stopnia zawinienia oraz społecznej szkodliwości czynu, którego dopuścił się oskarżony, a nadto winna osiągnąć cele w zakresie wychowawczego i zapobiegawczego oddziaływania na jego osobę oraz w zakresie szeroko rozumianej prewencji ogólnej.

O opłacie i kosztach sądowych w pozostałym zakresie orzeczono jak w pkt 2 wyroku nie znajdując podstaw do zwolnienia oskarżonego od obowiązku uiszczenia powyższych należności na rzecz Skarbu Państwa.