

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 13 września 2018 roku

Oskarżona K. G. od 1998 roku prowadziła działalność gospodarczą z zakresu usług medycznych – początkowo w ramach przychodni (...) w C., którą sama zarządzała, a od dnia 31 sierpnia 2015 roku w formie Przychodni (...) sp. z o.o. w C., przy czym do reprezentowania tej spółki uprawnione były: oskarżona jako jedyny członek zarządu oraz I. G. jako prokurent (każda z nich samodzielnie).

dowód: wyjaśnienia oskarżonej K. G. – k. 598-599; odpis z KRS – k. 106-111

W latach 2014-2017 przychodnia (...) w C. udzielała pacjentom świadczenia opieki zdrowotnej (m.in. z zakresu ginekologii i położnictwa) refundowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na podstawie: ((...)) umowy nr (...) z dnia 31 stycznia 2014 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ((...)) umowy nr (...) z dnia 31 stycznia 2011 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, umowy nr (...) z dnia 25 czerwca 2014 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – profilaktycznych programów zdrowotnych, ((...)) umowy nr (...) z dnia 25 czerwca 2014 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – profilaktycznych programów zdrowotnych, ((...)) umowy nr (...) z dnia 25 czerwca 2014 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – profilaktycznych programów zdrowotnych, umowy nr (...) z dnia 18 stycznia 2016 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ((...)) umowy nr (...) z dnia 12 stycznia 2017 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz ((...)) umowy nr (...) z dnia 5 czerwca 2017 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – profilaktycznych programów zdrowotnych wraz z ugodami, aneksami i załącznikami do tych umów, przy czym szczegółowy zakres i warunki umów były regularnie, na bieżąco aktualizowane. Wartość kontraktów pomiędzy przychodnią (...) a NFZ, tj. kwota zobowiązań NFZ wobec tej przychodni z tytułu realizacji powyższych umów wynosiła corocznie kilkaset tysięcy złotych (ponad 500.000 zł).

dowód: umowy k. 121-124, k. 223-224, k. 235-238, k. 321-323, k. 334-338, k. 428-430, k. 440-442, k. 457-459, k. 506-508; aneksy k. 120, k. 141, k. 146, k. 157, k. 162, k. 173, k. 178, k. 197, k. 203, k. 209, k. 210, k. 222, k. 230, k. 233-234, k. 253, k. 264, k. 265-266, k. 282, k. 294, k. 299, k. 303, k. 308, k. 319-320, k. 328, k. 334, k. 355, k. 369, k. 370-371, k. 389, k. 394, k. 395, k. 400, k. 401, k. 407-408, k. 437, k. 438, k. 439, k. 448, k. 456, k. 475, k. 485, k. 496, k. 497, k. 500, k. 514, k. 515, k. 518, k. 522-523, k. 538-539; załączniki – k. 125-129, k. 130-137, k. 139, k. 142-145, k. 147-155, k. 156, k. 158-161, k. 163-171, k. 172, k. 174-177, k. 179-183, k. 184-195, k. 196, k. 198-202, k. 204-208, k. 211-215, k. 217-221, k. 225-226, k. 227, k. 228, k. 232, k. 239-242, k. 243-250, k. 251, k. 254-262, k. 263, k. 267-270, k. 271-280, k. 281, k. 283-292, k. 293, k. 295-298, k. 300-301, k. 302, k. 304-307, k. 309-312, k. 315-318, k. 324-326, k. 329, k. 330, k. 333, k. 339-342, k. 343-352, k. 353, k. 356-367, k. 368, k. 372-375, k. 376-387, k. 388, k. 390-393, k. 396-399, k. 402-405, k. 409-413, k. 414-425, k. 426, k. 431, k. 432-433, k. 434, k. 435, k. 443, k. 444, k. 445, k. 446, k. 449-450, k. 451, k. 453, k. 455, k. 460-472, k. 473, k. 476-483, k. 484, k. 486-494, k. 495, k. 498-499, k. 501-502, k. 504-505, k. 509, k. 510-511, k. 512, k. 516, k. 517, k. 519, k. 521, k. 524-527, k. 528-536, k. 537, k. 540, k. 541-543; ugody k. 216, k. 231, k. 313-314, k. 331-332, k. 452, k. 454, k. 503, k. 520

W latach 2014-2017 podstawą rozliczeń pomiędzy przychodnią (...) a NFZ w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych przez (...) a refundowanych ze środków Funduszu w danym okresie sprawozdawczym był rachunek przekazywany przez przychodnię (...) do NFZ, przy czym wartość tegoż rachunku stanowił iloczyn ceny jednostki rozliczeniowej oraz liczby jednostek rozliczeniowych (tzw. punktów rozliczeniowych), która odpowiadała ilości wykonanych świadczeń zatwierdzonych w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym NFZ. Wycena punktowa określonego świadczenia zdrowotnego (w skład którego zawsze

wchodziła porada lekarska, a ewentualnie również inne dodatkowe badania) zawarta była w katalogu zakresów ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych stanowiących załącznik do obowiązującego w danym okresie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia przedmiotu postępowania i szczegółowych warunków umów w rodzaju świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Przychodnia (...) jako świadczeniodawca zobowiązana była do sprawozdawania do NFZ w raporcie statystycznym m.in. kodu rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10 oraz kodów istotnych procedur medycznych zleconych przez (...) i sfinansowanych w ramach określonego świadczenia zdrowotnego według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-10. Badań laboratoryjnych nie zleconych przez (...) i nie sfinansowanych z jego środków nie należało więc wykazywać w tym sprawozdaniu. Wartość danej porady specjalistycznej zależna była od liczby oraz rodzajów zrealizowanych w jej ramach procedur medycznych – na tej podstawie porada kwalifikowana była do określonego typu świadczenia jednostkowego. Przedmiotem płatności przez NFZ z tytułu zrealizowanego świadczenia nie były przy tym poszczególne wykonane lub zlecone przez przychodnię (...) badania – w tym laboratoryjne, lecz porada lekarska, której wycena zależna była od liczby i rodzajów zrealizowanych w jej ramach procedur medycznych. Dowód udzielenia przez (...) określonego świadczenia opieki zdrowotnej stanowił wpis w dokumentacji medycznej przychodni. Zważywszy na to, że przychodnia (...) nie wykonywała samodzielnie badań laboratoryjnych, lecz zlecała ich wykonywanie w ramach podwykonawstwa podmiotom zewnętrznym, cena jednostkowa poszczególnych badań laboratoryjnych ustalana była samodzielnie przez (...) w ramach umów cywilnoprawnych z laboratoriami analitycznymi, które miały wykonywać te badania – NFZ nie znał tych cen i w żaden sposób nie uczestniczył w ich ustalaniu. Poszczególne badania laboratoryjne zlecane przez przychodnię (...) podczas udzielania porady medycznej w zależności od innych procedur zrealizowanych w ramach danej porady mogły być rozliczane poprzez odniesienie do stosownego świadczenia jednostkowego, po spełnieniu określonych szczegółowych warunków. Niektóre badania laboratoryjne (np. pod kątem Rubella virus, CMV, Toxoplasma IgG, Toxoplasma IgM) mogły natomiast podlegać rozliczeniu również w ramach świadczeń wykonywanych u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej, ujętych w katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych, które wykonywane są zgodnie ze standardami postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej.

dowód: pismo NFZ – k. 30-40, k. 87-88, k. 613-616

W latach 2014-2017 w przychodni (...) sporządzaniem wskazanych powyżej raportów statystycznych będących podstawą rozliczeń pomiędzy (...) a NFZ faktycznie zajmował się personel pomocniczy zatrudniony w recepcji przychodni (tzw. rejestratorki). Wprowadzaniem wszelkich danych do systemu informatycznego przychodni zajmowały się w rzeczywistości wyłącznie owe rejestratorki (w tym m.in. B. W.), zaś eksportowaniem tych danych do NFZ – współpracujący z przychodnią informatycy, którzy również po zakończeniu danego okresu rozliczeniowego eksportowali do Funduszu sporządzone przez rejestratorki faktury rozliczeniowe za zrealizowane przez (...) świadczenia opieki zdrowotnej. Faktury te wystawiane były jedynie w formie elektronicznej. Podobnie oskarżona w żaden sposób nie uczestniczyła też w procesie wprowadzania przez rejestratorki danych do systemu informatycznego przychodni ani w eksportowaniu tych danych do NFZ, jak również w żaden sposób nie nadzorowała tych procesów. W szczególności K. G. nigdy nie wydawała rejestratorkom poleceń, by wprowadzały one do wspomnianego systemu informatycznego – celem uzyskania następczej refundacji z NFZ – informacje, że w przychodni (...) bądź na jej zlecenie zrealizowane były jakieś procedury medyczne, które faktycznie nie miały miejsca albo zostały one sfinansowane ze środków podmiotu innego niż (...) (np. samego pacjenta).

W latach 2014-2017 w przychodni (...) – w poradni ginekologiczno-położniczej obowiązywała następująca procedura związana z wprowadzaniem danych do systemu informatycznego. Po zakończeniu wizyty danego pacjenta, a najczęściej po przyjęciu wszystkich zapisanych na dany dzień pacjentów lekarz przekazywał rejestratorkom kartoteki pacjentów (historie choroby) wraz ze specjalnymi kuponami, na których odnotowane były udzielone podczas danej wizyty porady wraz z procedurami, tj. wykonane lub zlecone badania, przy czym niektórzy lekarze wskazując zrealizowane procedury posługiwali się określonymi przez NFZ symbolami, a niektórzy podawali te procedury w sposób opisowy (np. USG, cytologia, morfologia krwi) i dopiero rejestratorki dopasowywały do nich właściwe symbole. Następnie rejestratorki wprowadzały powyższe dane do systemu informatycznego, przy czym przeważnie w ciągu

jednego dnia w przychodni pracowało kilku różnych lekarzy, z których każdy przyjmował od 20 do 30 pacjentów dziennie, wobec czego zdarzało się, że w skali dnia rejestratorki musiały wprowadzić do systemu informatycznego dane dotyczące nawet kilkuset procedur medycznych. Czasem zdarzało się więc, że z powodu natłoku obowiązków rejestratorki omyłkowo nie odnotowywały w systemie informacji o jakiejś zrealizowanej procedurze medycznej albo korzystając dla zaoszczędzenia czasu z funkcji kopiuj-wklej powielały informacje dotyczące porad medycznych udzielanych danemu pacjentowi w przeszłości i wprowadzały te dane do systemu nie weryfikując uprzednio w jakim zakresie pokrywają się one z faktycznie zrealizowanymi w tym dniu procedurami medycznymi. Część procedur miała jednak tę samą wartość punktową, a co za tym idzie – również tę samą wartość rozliczeniową, dlatego też niewłaściwe odnotowanie w systemie informatycznym zrealizowanej procedury (np. wskazanie, że zostało zlecone badanie pod kątem wirusa HIV zamiast pod kątem toksoplazmozy) w żaden sposób nie rzutowało na wysokość refundacji należnej przychodni (...) z NFZ w związku z realizacją danej procedury. W latach 2014-2017 istniał wyznaczony przez NFZ schemat porad medycznych w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej kobiet w okresie ciąży fizjologicznej, według którego podstawowe badanie ginekologiczne (które w kodach dla procedur NFZ było określone jako badanie palpacyjne macicy i wziernikowanie pochwy) stanowiło poradę oznaczoną symbolem W1 i dopiero w ramach tej porady mogły być realizowane dodatkowe procedury medyczne, np. badanie cytologiczne, badanie USG macicy ciężarnej lub badania laboratoryjne. W związku z jedną poradą medyczną udzielaną kobiecie ciężarnej rejestratorki częstokroć musiały więc odnotowywać w systemie informatycznym nawet kilka różnych procedur medycznych. Zarówno do każdej porady medycznej, jak i do każdej procedury medycznej była przy tym przypisana określona ilość jednostek rozliczeniowych, wobec czego żeby nie przekroczyć narzuconej odgórnie wartości rozliczeniowej danej porady w raporcie statystycznym dla NFZ można było przypisać do jednej porady tylko pewną ilość procedur medycznych. Jeżeli zatem w czasie jednej wizyty lekarz wykonał pacjentce lub zlecił wykonanie wielu różnych badań – w ilości, która uniemożliwiłaby rozliczenie wszystkich tych procedur medycznych w ramach jednej porady medycznej, celem uzyskania refundacji przez NFZ kosztów wszystkich tych badań należało rozliczyć te badania w ramach kilku kolejnych wizyt (np. badania, które zgodnie z wytycznymi NFZ winny zostać wykonane w danym trymestrze ciąży można było rozliczać w czasie trwania całego tego trymestru) – dla prawidłowości procesu refundacji bez znaczenia było bowiem kiedy dana procedura medyczna faktycznie została zrealizowana, jeżeli tylko rzeczywiście miała ona miejsce i zgodnie z umową podlegała refundacji. Istniało jednak ryzyko, że jeżeli pacjentka nie pojawi się już na kolejnej wizycie, to koszty zrealizowanych a nie rozliczonych procedur medycznych nie zostaną zrefundowane i przychodnia (...) będzie stratna – i takie sytuacje w praktyce czasem się zdarzały. Jeżeli lekarz zlecał pacjentce wykonanie badań laboratoryjnych refundowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, to zobowiązany był wystawić stosowne skierowanie na badania, a pacjentka zobowiązana była udać się na te badania do jednego ze wskazanych jej laboratoriów analitycznych współpracujących na zasadzie podwykonawstwa z przychodnią (...) (każde badanie laboratoryjne zlecone przez lekarza z przychodni (...) skutkowało tym, że na wyniku badań widniało wskazanie na tę przychodnię jako zleceniodawcę). Jeżeli zaś skierowanie było wystawione wadliwie albo pacjentka wykonała określone badania w innym laboratorium lub na własny koszt, badania takie nie podlegały refundacji i nie mogły one zostać rozliczone przez (...) w ramach umowy z NFZ. Co do zasady jeżeli pacjentka przychodziła na wizytę do przychodni (...) z wynikami badań laboratoryjnych wykonanych na własny koszt albo zleconych przez inną placówkę medyczną, wydruk zawierający te wyniki nie był dołączany do jej kartoteki (historii choroby) w (...), a jedynie lekarz wpisywał do kartoteki same wartości tychże wyników zaznaczając przy tym, że dane badanie nie zostało zlecone przez (...). Czasem jednak wspomniane wydruki albo ich kserokopie z różnych powodów były załączane do historii choroby albo lekarz zapominał odnotować, że określone badanie było przez pacjentkę wykonane prywatnie. W takich sytuacjach – zwłaszcza, jeżeli dane badanie było wykonane w którymś z laboratoriów medycznych współpracujących z przychodnią (...) – mogło się więc zdarzyć, że rejestratorki omyłkowo odnotowywały to badanie jako procedurę medyczną zrealizowaną na zlecenie (...).

Sporadycznie zdarzało się, że koszty wizyty lekarskiej w przychodni (...) w C. – w poradni ginekologiczno-położniczej opłacane były przez same pacjentki oraz że lekarz zlecał pacjentce (nie wystawiając w związku z tym stosownego skierowania), by ta przed kolejną wizytą wykonała we własnym zakresie i na własny koszt określone badania

laboratoryjne, przy czym koszty tych wizyt bądź badań laboratoryjnych obciążały wyłącznie pacjentki i nie były one wykazywane w raportach statystycznych przekazywanych do NFZ ani też refundowane ze środków tego Funduszu.

dowód: wyjaśnienia oskarżonej K. G. – k. 598-599; zeznania świadka B. W. – k. 600-601; zeznania świadka I. G. – k. 602-603, k. 621-622; zeznania świadka A. J. – k. 619-620; zeznania świadka A. S. – k. 8-9, k. 599; zeznania świadka M. U. – k. 65-67, k. 604; zeznania świadka P. W. – k. 23-25, k. 621; zeznania świadka M. P. – k. 20-21, k. 621

W przekazanym w dniu 28 kwietnia 2014 roku do NFZ raporcie statystycznym rejestratorka zatrudniona w przychodni (...) w C. wykazała, że w dniu 24 kwietnia 2014 roku podczas udzielania w poradni ginekologiczno-położniczej porady medycznej ciężarnej A. A. (1) zostały zrealizowane następujące badania i procedury medyczne: „89.26 – Badanie ginekologiczne, A01 – Badanie ogólne moczu (profil), V26 – Rubella virus + CMV + Toxoplasma Rubella IgG + CMV IgM + Toxo IgG, X41 – Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG (anty-Toxoplasma gondii IgG), X45 – Toxoplasma gondii Przeciwciała IgM (anty-Toxoplasma gondii IgM)” o łącznej liczbie punktów rozliczeniowych: 13 i cenie za punkt: 8,20 zł oraz wartości do rozliczenia: 106,60 zł.

Faktycznie jednak podczas wizyty w dniu 24 kwietnia 2014 roku – która była jej ostatnią wizytą w (...) – lekarz wykonał jedynie u A. A. (1) badanie ginekologiczne, a nadto zlecił jej wykonanie badań moczu wystawiając jej skierowanie na te badania. Lekarz nie zlecił jej natomiast wówczas wykonania badań krwi pod kątem: Rubella virus + CMV + Toxoplasma Rubella IgG + CMV IgM + Toxo IgG, Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG (anty-Toxoplasma gondii IgG) i Toxoplasma gondii Przeciwciała IgM (anty-Toxoplasma gondii IgM). W toku wizyt w przychodni (...) A. A. (1) dwukrotnie poddała się badaniom moczu zleconym przez lekarza – w dniu 11 kwietnia 2014 roku i w dniu 06 maja 2014 roku.

W dniu 11 kwietnia 2014 roku A. A. (1) z własnej inicjatywy i na własny koszt poddała się badaniom krwi pod kątem: Toxoplasma gondii IgM w laboratorium (...) w C., a w dniu 11 kwietnia 2014 roku poddała się ona badaniom krwi pod kątem różyczki (przeciwciała IgG/ IgM) w (...) sp. z o.o. w K. i wyniki tych badań okazała lekarzowi podczas wizyty w dniu 24 kwietnia 2014 roku w przychodni (...). W kartotece medycznej znajdują się wpisy dotyczące tychże badań. W dniu 06 maja 2014 roku A. A. (1) poddała się natomiast badaniom moczu (wynik tych badań został dołączony do kartoteki A. A. (1) w przychodni (...) w C.) oraz na własny koszt badaniom krwi pod kątem antygenów HCV, cytomegalii IgM i cytomegalii IgG w laboratorium (...) w C..

dowód: zeznania świadka A. A. (1) – k. 98-100, k. 603-604; zestawienie – k. 5-6, k. 96; kserokopie wyników – k. 591-592, k. 593-594, k. 595, k. 596, k. 597; kserokopia paragonów – k. 102, dokumentacja medyczna - koperta (załącznik adresowy do akt głównych), zeznania świadka A. J. – k. 619-620, zeznania świadka I. G. – k. 602-603, k. 621-622

W przekazanym w dniu 29 lipca 2016 roku do Narodowego Funduszu Zdrowia raporcie statystycznym rejestratorka zatrudniona w przychodni (...) w C. wykazała, że w dniu 10 czerwca 2016 roku podczas udzielania w poradni ginekologiczno-położniczej porady medycznej ciężarnej K. S. zostały zrealizowane następujące badania i procedury medyczne: „68.11 – Badanie palpacyjne macicy, 70.21 – Wziernikowanie pochwy, 88.789 – Diagnostyka USG macicy ciężarnej - pełna, 89.00 – porada lekarska, konsultacja, asysta, F89 – wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała całkowite, X47 – Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała” o łącznej liczbie punktów rozliczeniowych: 13 i cenie za punkt: 8,20 zł oraz wartości do rozliczenia: 106,60 zł.

Lekarz rzeczywiście tego dnia w czasie tej wizyty wykonał u K. S. badanie palpacyjne macicy, wziernikowanie pochwy i diagnostykę USG macicy. Podczas wcześniejszej wizyty lekarz zlecił jej wykonanie badań krwi pod kątem: wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała całkowite oraz Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała, jednakże badania pod kątem wirusa HIV, a nadto pod kątem antygenów HCV, TSH i HBsAg K. S. wykonała w dniu 08 czerwca 2016 roku na własny koszt w laboratorium (...) sp. z o.o. w B. i wyniki tychże badań

okazała lekarzowi w czasie kolejnej wizyty w przychodni (...) w C. – wyniki te zostały dołączone do kartoteki (historii choroby) K. S. w (...). Pozostałe badania również zostały wykonane, lecz K. S. nie ponosiła za nie odpłatności.

dowód: zeznania świadka K. S. – k. 11-12, k. 599-600; zestawienie – k. 5-6, k. 96; kserokopia wyniku – k. 1 załącznika do akt głównych (koperta), dokumentacja medyczna - koperta (załącznik adresowy do akt głównych), zeznania świadka A. J. – k. 619-620,

W przekazanym w dniu 31 sierpnia 2016 roku do Narodowego Funduszu Zdrowia raporcie statystycznym rejestratorka zatrudniona w przychodni (...) w C. wykazała, że w dniu 19 sierpnia 2016 roku podczas udzielania w poradni ginekologiczno-położniczej porady medycznej ciężarnej A. Z. zostały zrealizowane następujące badania i procedury medyczne: „68.11 – Badanie palpacyjne macicy, 70.21 – Wziernikowanie pochwy, 88.789 – Diagnostyka USG macicy ciężarnej - pełna, 89.00 – porada lekarska, konsultacja, asysta, A01 – Badanie ogólne moczu (profil), C53 – Morfologia krwi 8-parametrowa, E20 – próba zgodności serologicznej, X47 – Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała” o łącznej liczbie punktów rozliczeniowych: 13 i cenie za punkt: 8,20 zł oraz wartości do rozliczenia: 106,60 zł.

Faktycznie podczas wizyty w dniu 19 sierpnia 2016 roku lekarz wykonał u A. Z. badanie palpacyjne macicy, wziernikowanie pochwy i diagnostykę USG macicy, a także zlecił jej wykonanie badań moczu oraz morfologii krwi, próby zgodności serologicznej i badań krwi pod kątem: Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała. Wykonane następnie przez A. Z. badania moczu, morfologię krwi i próbę zgodności serologicznej zostały sfinansowane przez (...), natomiast badania krwi pod kątem: Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała A. Z. wykonała na własny koszt.

dowód: zeznania świadka A. Z. – k. 17-18, k. 601-602; zestawienie – k. 5-6, k. 96, dokumentacja medyczna – koperta (załącznik adresowy do akt głównych), zeznania świadka A. J. – k. 619-620

W przekazanym w dniu 31 sierpnia 2016 roku do Narodowego Funduszu Zdrowia raporcie statystycznym rejestratorka zatrudniona w przychodni (...) w C. wykazała, że w dniu 19 sierpnia 2016 roku podczas udzielania w poradni ginekologiczno-położniczej porady medycznej ciężarnej M. R. zostały zrealizowane następujące badania i procedury medyczne: „68.11 – Badanie palpacyjne macicy, 70.21 – Wziernikowanie pochwy, 88.789 – Diagnostyka USG macicy ciężarnej - pełna, 89.00 – porada lekarska, konsultacja, asysta, L43 – Glukoza z krwi żyłnej, X47 – Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała” o łącznej liczbie punktów rozliczeniowych: 13 i cenie za punkt: 8,20 zł oraz wartości do rozliczenia: 106,60 zł.

Faktycznie podczas wizyty w dniu 19 sierpnia 2016 roku lekarz wykonał u M. R. badanie palpacyjne macicy, wziernikowanie pochwy i diagnostykę USG macicy, a także zlecił jej wykonanie badań krwi pod kątem poziomu glukozy oraz pod kątem: Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała. Wykonane następnie przez M. R. badania krwi pod kątem poziomu glukozy zostały sfinansowane przez (...), natomiast badania krwi pod kątem: Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała M. R. wykonała na własny koszt.

dowód: zeznania świadka M. S. poprzednio R. – k. 55-57, k. 620; zestawienie – k. 5-6, k. 96, dokumentacja medyczna – koperta (załącznik adresowy do akt głównych), dokumentacja medyczna k. 2 załącznika do akt głównych (koperta), zeznania świadka A. J. – k. 619-620, zeznania świadka I. G. – k. 602-603, k. 621-622

W przekazanym w dniu 04 lutego 2017 roku do Narodowego Funduszu Zdrowia raporcie statystycznym rejestratorka zatrudniona w przychodni (...) w C. wykazała, że w dniu 30 stycznia 2017 roku podczas udzielania w poradni ginekologiczno-położniczej porady medycznej ciężarnej K. D. zostały zrealizowane następujące badania i procedury medyczne: „88.789 – Diagnostyka USG macicy ciężarnej - pełna, 89.00 – porada lekarska, konsultacja, asysta, 89.26 – Badanie ginekologiczne, A01 – Badanie ogólne moczu (profil), V44 – Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen

+ Hbc IgM, X47 – Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała” o łącznej liczbie punktów rozliczeniowych: 15 i cenie za punkt: 8,20 zł oraz wartości do rozliczenia: 123,00 zł.

Faktycznie podczas wizyty w dniu 30 stycznia 2017 roku lekarz wykonał u K. D. badanie ginekologiczne oraz diagnostykę USG macicy, a nadto zlecił jej wykonanie badań moczu oraz badań krwi pod kątem: Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + Hbc IgM i Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała, jednakże zarówno koszt samej wizyty lekarskiej (wraz z badaniami), jak i koszty wykonanych przez nią następnie badań moczu oraz badań krwi pod kątem: Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + Hbc IgM i Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała K. D. pokryła z własnych środków pieniężnych.

dowód: zeznania świadka K. D. – k. 2-3, k. 621; zestawienie – k. 5-6, k. 96, dokumentacja medyczna – koperta (załącznik adresowy do akt głównych), zeznania świadka I. G. – k. 602-603, k. 621-622

Oskarżona K. G. nie przyznała się do popełnienia zarzuconych jej czynów i złożyła wyjaśnienia przed Sądem.

Sąd nie znalazł podstaw do zakwestionowania wiarygodności wyjaśnień oskarżonej K. G., jak również zeznań świadków B. W., I. G. i A. J., ponieważ były one spójne, logiczne i przekonujące w świetle zasad doświadczenia życiowego oraz w przeważającej mierze wzajemnie się potwierdzały i uzupełniały, znajdując jednocześnie częściowe oparcie i potwierdzenie w treści pism Narodowego Funduszu Zdrowia, a wyjaśnienia oskarżonej nadto w treści odpisu z (...) sp. z o.o. w C. oraz częściowo w treści umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy przychodnią (...) a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z kolei zeznania I. G. i A. J. znalazły także częściowo oparcie w treści ocenionych przez Sąd jako wiarygodne zeznań świadków A. A. (1), K. S., A. Z., M. S. (poprzednio R.) i K. D. oraz w treści załączonej do akt sprawy kserokopii dokumentacji medycznej tych pacjentek.

Zaznaczyć przy tym należy, że choć B. W., I. G. i A. J. są pracownikami Przychodni (...) sp. z o.o. w C., w której oskarżona jest jedynym udziałowcem oraz do niedawna zarządzała tą przychodnią, a I. G. jest nadto córką oskarżonej, wobec czego mogłyby one mieć interes, by w swych zeznaniach potwierdzać, nawet w sposób niezgodny z prawdą, prezentowaną przez K. G. wersję wydarzeń czy też prezentować fakty w niniejszej sprawie w sposób korzystny dla oskarżonej, zaś sama oskarżona miała ewidentny interes i powód, by starać się wybielić w składanych przez siebie wyjaśnieniach, to jednak analiza treści oraz sposobu konstruowania wypowiedzi i relacjonowania faktów przez każdą z tych osób w powiązaniu z tym, że ich relacje na temat obowiązujących w latach 2014-2017 w poradni ginekologiczno-położniczej działającej w ramach przychodni (...) w C. procedur związanych z wprowadzaniem danych do systemu informatycznego oraz ich raportowaniem do Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i warunków rozliczeń pomiędzy przychodnią (...) a Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez (...) a refundowanych ze środków Funduszu w latach 2014-2017 nie tylko odpowiadały regułom logiki i zasadom doświadczenia życiowego, ale i w przeważającej mierze korespondowały z innymi przeprowadzonymi w sprawie dowodami (w tym dowodami z dokumentów). To zdaniem Sądu przemawia za szczerością i prawdziwością ich depozycji oraz wyklucza, aby odpowiednio ich wyjaśnienia i zeznania zostały ze sobą uzgodnione – zwłaszcza celem wprowadzenia Sądu w błąd co do zasadności pociągnięcia K. G. do odpowiedzialności karnej w niniejszej sprawie.

Trzeba bowiem położyć szczególny nacisk na to, że bezspornym jest w niniejszej sprawie, iż w rejestracji przychodni (...) wprowadzono do rozliczeniowego systemu informatycznego dane o udzielonych pacjentkom świadczeniach podlegających refundacji przez NFZ. Bezspornym jest ponadto, że obieg informacji o udzielonych świadczeniach podlegających refundacji z NFZ poczynawszy od wizyty pacjentki w gabinecie lekarskim a skończywszy na przekazaniu do NFZ danych o udzielonych i refundowanych świadczeniach odbywał się z wyłączeniem oskarżonej. Mając na uwadze kontekst funkcjonowania tak dużej przychodni i wielość jej poradni specjalistycznych, duży ruch pacjentów każdego dnia, nie można skutecznie podważyć – zwłaszcza mając na uwadze ilość wizyt lekarskich każdego dnia – twierdzeń osób przesłuchiwanym o możliwych omyłkach we wprowadzaniu danych. Taką ocenę umacnia nie tylko doświadczenie życiowe ale i względy racjonalności, zwłaszcza jeśli zważyć na ustaloną nikłą liczbę przypadków nieprawidłowości we wprowadzonych danych do systemu NFZ i to na dłuższej przestrzeni czasu oraz niską kwotę

jednostkową i sumaryczną refundowanych świadczeń, które dotknięte były wadliwościami wpisów w systemie informatycznym NFZ. W tym układzie faktycznym wersja zakładająca omyłkowo dokonane wpisy jest najbardziej wiarygodna i umocniona dowodowo.

Sąd ocenił zeznania świadków A. A. (1), K. S., A. Z., M. S. (poprzednio R.), K. D., A. S., M. U., P. W. i M. P. jako wiarygodne, ponieważ co do zasady były one spójne, logiczne i konsekwentne w toku całego postępowania oraz przekonujące w świetle zasad doświadczenia życiowego. Zeznania A. A. (1), K. S., A. Z., M. S. (poprzednio R.) i K. D. nadto częściowo korespondowały z treścią załączonej do akt sprawy kserokopii ich dokumentacji medycznej i z ocenionymi przez Sąd jako wiarygodne zeznaniami świadków I. G. i A. J.. Ponadto zeznania A. A. (1) i K. S. znajdowały oparcie w treści przedłożonych przez nie kserokopii wyników badań i kserokopii paragonów dotyczących zapłaty za badania laboratoryjne. Zaznaczyć przy tym należy, iż A. A. (1), K. S., A. Z., M. S., K. D., A. S., M. U., P. W. i M. P. jako osoby całkowicie obce dla oskarżonej niewątpliwie nie były zainteresowane konkretnym rozstrzygnięciem niniejszej sprawy, a tym samym nie miały one również żadnego interesu ani powodu, by świadomie składać w tej sprawie zeznania niezgodne z obiektywną rzeczywistością – czy to na korzyść, czy to na niekorzyść K. G..

Sąd ocenił jako wiarygodne również pozostałe zgromadzone w aktach sprawy i ujawnione na rozprawie dokumenty, ponieważ zostały one sporządzone prawidłowo i przez uprawnione do tego podmioty, a przy tym nie nosiły śladów mechanicznych uszkodzeń ani też śladów świadczących o próbie niedozwolonej ingerencji w ich merytoryczną treść i nie były kwestionowane przez strony postępowania.

Brak jest jednocześnie potrzeby, aby czynić szersze wywody na temat wiarygodności dowodów, albowiem art. 424 §1 pkt 1 kpk obliguje Sąd do wskazania w pisemnych motywach wyroku faktów uznanych za udowodnione lub nieudowodnione oraz dowodów, na jakich w tej mierze się Sąd oparł i przyczyn nieuznania dowodów przeciwnych. W piśmiennictwie na gruncie art. 424 kpk podkreśla się bowiem, że przepis art. 424 §1 pkt 1 in fine kpk nie wymaga, aby sąd wykazał, dlaczego na podstawie danego dowodu dokonał ustaleń faktycznych. Wymaga za to, aby uzasadnić, dlaczego sąd nie uznał dowodów przeciwnych. Zachodzi tu bowiem logiczna zależność pomiędzy trafnością ocen przeciwstawnych dowodów. Prawidłowe odrzucenie jednych dowodów świadczy o zasadnym przyjęciu innych. Z punktu widzenia tego przepisu istotniejsze jest uzasadnienie powodów odrzucenia dowodów przeciwnych (zob. K. Eichstaedt w: D. Świecki [red.], Kodeks postępowania karnego. Komentarz do zmian 2016, Warszawa 2016 – komentarz do art. 424 kpk, zob. także uzasadnienie wyroku SA we Wrocławiu z dnia 15 października 2015 roku, II AKa 224/15).

W toku rekonstrukcji stanu faktycznego w przedmiocie odpowiedzialności karnej oskarżonej pominięto zebrany i wskazany w akcie oskarżenia materiał dowodowy (a nie wymieniony wyżej w toku rekonstrukcji stanu faktycznego jako podstawa ustaleń), który był irrelevantny z punktu widzenia przedmiotu procesu odnoszącej się do czynów zarzucanych oskarżonej.

Oskarżona K. G. stanęła w niniejszej sprawie pod zarzutem popełnienia pięciu przestępstw z art. 271 §1 kk w zw. z art. 271 §3 kk mających polegać na tym, że w dniach 28 kwietnia 2014 roku, 29 lipca 2016 roku, 31 sierpnia 2016 roku i 4 lutego 2017 roku w C. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentu, poświadczyła nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne w dokumencie – aplikacji informatycznej służącej do rozliczeń finansowych za wykonane świadczenia medyczne z Narodowym Funduszem Zdrowia, zgodnie z zawartymi umowami o udzielanie świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii poprzez wpisanie określonych badań laboratoryjnych wykonywanych dla pacjentek A. A. (1), K. S. i A. Z., M. R. i K. D., które to badania miały być wykonane w ramach refundacji dokonanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sytuacji, gdy w rzeczywistości zostały wykonane prywatnie przez w/w pacjentki.

Zgromadzony w sprawie i oceniony przez Sąd jako wiarygodny możliwie najpełniejszy materiał dowodowy nie potwierdził jednak zasadności tych zarzutów. Znamienne jest bowiem to, że i strony – jak się zdaje – dostrzegały zupełność materiału dowodowego, skoro na rozprawie poprzedzającej ogłoszenie wyroku nie wnosiły o jego uzupełnienie.

Przepisy art. 271 §1 kk w zw. z art. 271 §3 kk penalizują dokonanie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej tzw. fałszerstwa intelektualnego dokumentu, tj. poświadczenia w dokumencie nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne przez funkcjonariusza publicznego lub inną osobę uprawnioną do wystawienia tego dokumentu.

Wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z dyspozycją art. 115 §14 kk dokumentem jest każdy przedmiot lub inny zapisany nośnik informacji, z którym jest związane określone prawo, albo który ze względu na zawartą w nim treść stanowi dowód prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne.

Jak podkreśla się w doktrynie i judykaturze, pojęcie dokumentu na gruncie przepisu art. 271 §1 kk ma jednak węższy zakres niż ogólne pojęcie dokumentu określone w art. 115 §14 kk, bowiem dokument taki nie tylko musi posiadać cechy wymienione w przepisie zawierającym jego definicję legalną, ale i musi być dokumentem wystawionym przez funkcjonariusza publicznego lub inną osobę do wystawienia dokumentu upoważnioną, a nadto zawierać w swej treści poświadczenie, któremu przysługuje cecha zaufania publicznego, a w związku z tym domniemanie prawdziwości, przy czym owo poświadczenie rozumieć należy jako stwierdzenie (potwierdzenie) jakiegoś istniejącego stanu, poręczenie jego prawdziwości, wiarygodności bądź tożsamości czegoś lub kogoś, zaświadczenie (zob.: Michał Kalitowski, Komentarz do art. 271 Kodeksu karnego [w:] LEX; Andrzej Marek, Komentarz do art. 271 Kodeksu karnego [w:] LEX; Tomasz Razowski, Komentarz do art. 271 Kodeksu karnego [w:] LEX; Zygmunt Kukuła, Komentarz do art. 271 Kodeksu karnego [w:] LEX; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 5 września 2012 roku, sygn. akt II AKa 155/2012, wyrok SA w Lublinie z dnia 29 stycznia 2002 roku, sygn. akt II AKa 248/2001; wyrok SN z dnia 29 października 1998 roku, sygn. akt IV KKN 128/97; wyrok SN z dnia 9 października 1996 roku, sygn. akt V KKN 63/96).

Co istotne, poświadczenia nieprawdy w dokumencie mogą się dopuścić jedynie osoby uprawnione na podstawie przepisów prawa do wystawienia określonego dokumentu mającego znaczenie prawne, przy czym owo upoważnienie do wystawiania dokumentu w rozumieniu art. 271 §1 kk musi odnosić się do „poświadczenia” jakichś okoliczności mających znaczenie prawne (np. lekarz w zaświadczeniu lekarskim, pracodawca w wystawionym świadectwie pracy, pracownik banku poświadczający dokonanie wpłaty gotówki, diagnosta stwierdzający stan techniczny pojazdu, pielęgniarka sporządzająca na zlecenie przełożonego protokół dotyczący pobrania krwi itp.), a nie do „oświadczenia” ich we własnym interesie, wobec czego składanie oświadczeń we własnym imieniu i we własnej sprawie nie jest objęte penalizacją na podstawie tego przepisu (zob.: Andrzej Marek, Komentarz do art. 271 Kodeksu karnego [w:] LEX; Zygmunt Kukuła, Komentarz do art. 271 Kodeksu karnego [w:] LEX; wyrok SA w Katowicach z dnia 26 marca 1998 roku, sygn. akt II AKa 31/98; wyrok SN z dnia 29 sierpnia 1989 roku, sygn. akt V KZP 20/89; wyrok SN z dnia 24 października 1996 roku, sygn. akt V KKN 147/96; wyrok SN z dnia 7 grudnia 2001 roku, sygn. akt IV KKN 563/97; wyrok SA w Krakowie z dnia 25 listopada 1999 roku, sygn. akt II AKa 173/99).

Na gruncie art. 271 §1 kk chodzi więc o dokument, który ze względu na osobę wystawcy obarczony jest formalnym zaufaniem, przez co – przynajmniej teoretycznie – jest on bardziej wiarygodny dla innych uczestników obrotu i wiąże się z nim wzmocnione domniemanie prawdziwości (zob.: Zygmunt Kukuła, Komentarz do art. 271 Kodeksu karnego [w:] LEX; wyrok SA w Katowicach z dnia 20 lutego 2001 roku, sygn. akt II AKa 28/2001). Wskazać w tym miejscu należy, że jak przyjmuje się w doktrynie i judykaturze, „poświadczenie nieprawdy” polega na potwierdzeniu w autentycznym dokumencie okoliczności, które w ogóle nie miały miejsca lub też ich przeinaczenie albo zatajenie (zob. wyrok SN z dnia 25 listopada 2004 roku, sygn. akt WA 24/04), wobec czego przedmiotem czynności wykonawczej przestępstwa z art. 271 §1 kk nie może być dokument zawierający nie tyle przedstawienie faktów, co ich ocenę, czyli m.in. przypuszczenie bądź podejrzenie dotyczące określonych faktów (por.: wyrok SN z dnia 2 lutego 2007 roku, sygn. akt WA 1/07; uchwała SN z dnia 15 września 2006 roku, sygn. akt SNO 46/06; wyrok SN z 7 grudnia 2001 roku, sygn. akt IV KKN 563/97).

Aplikacja informatyczna służąca do wyłącznego raportowania danych do Narodowego Funduszu Zdrowia na potrzeby rozliczeń finansowych z tym Funduszem za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej (refundacja) umożliwia przesyłanie na odległość istotnych pod względem prawnym danych o refundowanych usługach. Dane te mają zatem co do zasady postać zdematerializowaną – zdigitalizowaną. Ta cecha owego systemu informatycznego czyni każdy raport i każde rozliczenie (rachunek) przesyłane z konkretnej przychodni do Narodowego Funduszu Zdrowia dokumentem w

rozumieniu kodeksowym. Owo rozliczenie (rachunek) czy raport zapisane w systemie informatycznym z momentem wprowadzenia w przychodni zostają utrwalone w sieci informatycznej i na nośnikach danych na których m.in. oparto taką sieć. Stanowią zatem dokumenty, w odniesieniu do których można dokonać fałszerstwa intelektualnego – i to dokumentami zarówno w rozumieniu art. 115 §14 kk, jak i art. 271 §1 kk.

Podkreślić nadto należy, że poświadczenie nieprawdy w rozumieniu art. 271 §1 i 3 kk musi być zawsze czynnością podjętą w zakresie przysługujących funkcjonariuszowi publicznemu lub innej osobie uprawnionej do wystawienia dokumentu uprawnień i kompetencji i może zostać popełnione jedynie umyślnie z zamiarem bezpośrednim kierunkowym.

W toku procesu ustalono, że wprawdzie w przekazanych do Narodowego Funduszu Zdrowia raportach statystycznych rejestratorka zatrudniona w przychodni lekarskiej przychodnia (...) w C. rzeczywiście wykazała, że w dniach 24 kwietnia 2014 roku, 10 czerwca 2016 roku, 19 sierpnia 2016 roku i 30 stycznia 2017 roku podczas udzielania w poradni ginekologiczno-położniczej porad medycznych ciężarnym pacjentkom odpowiednio: A. A. (1), K. S., i A. Z., M. R. i K. D. zostały zrealizowane procedury medyczne w postaci zleceń wykonania przez te pacjentki różnego rodzaju refundowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia badań laboratoryjnych, które faktycznie zostały wykonane przez te pacjentki na własny koszt, a K. D. w ogóle zapłaciła za całą wizytę u lekarza w dniu 30 stycznia 2017 roku – a zatem wydatki te, poniesione przez same pacjentki, nie podlegały refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia, to jednak trzeba mieć na uwadze, że były to przypadki odosobnione – na przestrzeni lat 2014-2017 ujawniono bowiem tylko te pięć przypadków tego rodzaju nieprawidłowości w rozliczeniach kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy przychodnią (...) a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Można wobec tego zasadnie wnioskować (a na co Sąd już wyżej zwracał uwagę), że sytuacje te nie były wynikiem celowych działań ze strony personelu przychodni (...), lecz były efektem jedynie popełnionego przez ten personel nieumyślnie błędów proceduralnych - omyłek, zwłaszcza, że jak wynika z wyjaśnień oskarżonej oraz zeznań świadków B. W., I. G. i A. J., a częściowo także z informacji udzielonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, procedury obowiązujące przy tym rozliczeniach były nad wyraz skomplikowane i czasochłonne. Nie można abstrahować od realiów pracy w rejestracji tak dużej przychodni – codziennie bardzo duża liczba pacjentów do różnych gabinetów lekarskich, obieg znacznej ilości kart pacjentów i innych dokumentów. W takich warunkach o pomyłkę we wprowadzaniu danych nietrudno. Za takim zapatrywaniem Sądu przemawia także liczba stwierdzonych nieprawidłowości – 5 na przestrzeni dość długiego czasu, gdzie wartość refundowanych świadczeń nie była wysoka tak w ujęciu jednostkowym, jak i sumarycznym.

Poza tym, co istotne, nie sposób przyjąć, że przedmiotowe nieprawidłowości w raportach statystycznych dla Narodowego Funduszu Zdrowia mogły zostać wygenerowane świadomie i celowo – celem osiągnięcia przez przychodnię (...) korzyści majątkowej odpowiadającej wartości zrefundowanych przez Fundusz, a nie poniesionych faktycznie przez (...) kosztów badań (w tym laboratoryjnych). Patrząc bowiem na nikłą skalę nieprawidłowości (tak w ujęciu liczby przypadków, kwot jednostkowych i kwoty sumarycznej świadczeń zgłoszonych do refundacji z NFZ), ramy czasowe ustalonych przypadków nieprawidłowości, w kontekście ogólnej kwoty kontraktu z NFZ w danym roku (każdorazowo ponad 500.000 zł rocznie) nasuwa się tu niedoparty wniosek, że stwierdzone tu przypadki nieprawidłowości we wprowadzonych danych są przypadkami omyłek, a nie celowego – z zamiarem osiągnięcia korzyści majątkowej – poświadczenia nieprawdy w dokumentacji kierowanej do NFZ.

Kierując się zaś logiką i doświadczeniem życiowym – orzeczniczym nie sposób przyjąć, aby oskarżona lub ktokolwiek inny z ramienia tej przychodni poważylby się na ryzyko utraty kontaktu z NFZ i dla tak nikłych korzyści poświadczyłby nieprawdę w dokumentach w warunkach przestępnego zamiaru z art. 271 §1 i 3 kk. Racjonalnie bowiem tak nikła skala ewentualnych korzyści nie rekompensowałaby ryzyka podjęcia akcji przestępnej.

Dotychczasowe rozważania prawne i uwagi poczynione przez Sąd niejako oczyszczają pole do zasadniczych – pierwszorzędnych konstatacji. Otóż skoro wyjaśniono i ustalono, że stwierdzone przypadki nieprawidłowości były w istocie irrelewantnymi dla ustawy karnej przypadkami omyłek i błędów, to należy wreszcie niejako spiąć te uwagi

swoistą kłamrą i podsumowaniem. Ustalony w toku procesu na etapie sądowym bezsporny obieg informacji o dokumentacji w poradni ginekologiczno-położniczej w przychodni (...) wskazuje, że w łańcuchu tym na żadnym jego etapie nie uczestniczyła oskarżona. Od momentu wizyty konkretnej pacjentki w gabinecie lekarskim do momentu wprowadzenia danych do systemu informatycznego wszelkie informacje oraz dokumenty tworzyły inne osoby (w żadnym z badanych przypadków nie była to oskarżona) – w pierw lekarz wpisując do kartoteki odpowiednie informacje o świadczeniach i zleconych badaniach a następnie pracownik rejestracji wpisując do systemu informatycznego na potrzeby refundacji NFZ dane o świadczeniach podlegających refundacji z tytułu określonej wizyty pacjentki w gabinecie lekarskim.

Oskarżona w żaden sposób nie uczestniczyła bowiem w procesie wprowadzania przez rejestratorki danych do systemu informatycznego przychodni ani w eksportowaniu tych danych do Narodowego Funduszu Zdrowia, a także w żaden sposób nie nadzorowała tych procesów, nigdy nie wydawała też rejestratorkom poleceń, by wprowadzały do systemu informatycznego informacje, że w przychodni (...) bądź na jej zlecenie zrealizowane były jakieś procedury medyczne, które faktycznie nie miały miejsca albo zostały one sfinansowane ze środków podmiotu innego niż (...) (np. samego pacjenta), jak również nie akceptowała ani nie weryfikowała faktur rozliczeniowych za zrealizowane przez (...) świadczenia opieki zdrowotnej. Tym samym nie sposób stawiać jej zarzutu, aby w takich realiach faktycznych poświadczyl miała nieprawdę w sposób, jaki zarzucił jej oskarżyciel publiczny, a trzeba pamiętać, że Sąd ocenia zarzuty w granicach oskarżenia, co należy rozumieć jako rozpatrywanie sprawy w ramach określonego skargą zasadniczą zdarzenia faktycznego – historycznego lub większej ich liczby.

Pamiętać zaś należy, że obowiązujące przepisy prawa karnego materialnego, w przeciwieństwie np. do cywilnoprawnego postępowania odszkodowawczego, przewidują zasadę indywidualizacji odpowiedzialności karnej za popełnienie przestępstwa – odpowiedzialność tę może ponieść jedynie osoba, która swoim zachowaniem realizuje znamiona danego czynu zabronionego (samodzielnie albo wspólnie i w porozumieniu z kimś innym) albo podżega kogoś innego do popełnienia tego czynu zabronionego lub świadomie pomaga mu w popełnieniu tego czynu bądź też kieruje wykonaniem czynu zabronionego przez kogoś innego albo poleca komuś innemu jego wykonanie – a jednocześnie w sprawie nie zachodzą okoliczności wyłączające bezprawność, zawinienie bądź społeczną szkodliwość zachowania tej osoby.

W prawie karnym nie jest dopuszczalne domniemanie winy. Wina jako *conditio sine qua non* odpowiedzialności karnej musi zostać udowodniona. Tego jednakże oskarżyciel publiczny nie wykazał, nie wykazały tego także dowody przeprowadzone uzupełniająco na rozprawie. Nie sposób oprzeć się wrażeniu, że zarzuty postawiono oskarżonej niejako machinalnie, bez głębszej refleksji. Akt oskarżenia bowiem opiera się na swoistym uproszczeniu (zwłaszcza jeśli spojrzeć na to jak procedowano w śledztwie i jakie motywy prokurator przedstawił oddalając wniosek dowodowy obrońcy oskarżonej k. 569-570) i lansowaniu z góry przyjętej tezy, że skoro oskarżona była prezesem zarządu spółki (w takiej formie prawnej przychodnia prowadzi działalność) to odpowiada za stwierdzone nieprawidłowości. Oskarżyciel utożsamiał działania spółki z działaniami oskarżonej, zupełnie tracąc z pola widzenia właśnie regułę indywidualizacji odpowiedzialności karnej i zasadę zawinienia. Takie bezkrytyczne i w zasadzie bezrefleksyjne stawianie człowieka w stan oskarżenia nie uchodzi organowi ochrony prawnej. Już przesłuchanie B. W. oraz uzyskanie dokumentacji medycznej wszystkich pięciu pacjentek pozwoliłoby prokuratorowi na powzięcie innych ustaleń faktycznych i stwarzałoby warunki do zakończenia śledztwa bez przenoszenia procesu w stadium jurysdykcyjne. Takie krytyczne, ale jak najbardziej konieczne rozważania Sądu w niniejszej sprawie są tym bardziej uzasadnione, gdy spojrzeć na uzasadnienie aktu oskarżenia, gdzie potwierdzenie znajduje ocena sądowa o oparciu oskarżenia w tej sprawie na tym swoistym, aczkolwiek niedopuszczalnym uproszczeniu w ustalaniu faktów, wyprowadzaniu stąd wniosków i decyzji o oskarżeniu K. G..

Skoro zatem w świetle zgromadzonego w sprawie i ocenionego przez Sąd jako wiarygodny materiału dowodowego nie można przyjąć, że oskarżona poświadczyla nieprawdę w rozumieniu art. 271 kk w przekazanych do NFZ dokumentach – czy to samodzielnie, czy to działając wspólnie i w porozumieniu (np. na zasadzie podziału ról) z zatrudnionymi w przychodni rejestratorkami ani też że była ona sprawcą polecającym takich czynów popełnionych przez same

rejestratorce, wobec braku w zarzuconych K. G. zachowaniach znamion przestępstwa, Sąd na podstawie art. 414 §1 kpk w zw. z art. 17 §1 pkt 2 kpk uniewinnił ją od wszystkich postawionych jej w tej sprawie zarzutów.

Mając na uwadze treść zapadłego w niniejszej sprawie orzeczenia uniewinniającego Sąd na podstawie art. 632 pkt 2 kpk kosztami procesu obciążył Skarb Państwa zasądzając jednocześnie od Skarbu Państwa na rzecz oskarżonej K. G. kwotę 1.608 zł tytułem zwrotu wydatków poniesionych przez nią w związku z ustanowieniem w tej sprawie obrońcy z wyboru, a to wedle stawek opłat za czynności adwokackie uwzględniając przeprowadzone postępowanie przygotowawcze w formie śledztwa oraz dwa terminy rozprawy, na których Sąd rozpoznał sprawę.