

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 grudnia 2016 r.

Sąd Rejonowy w Skierniewicach II Wydział Karny w składzie:

Przewodniczący: SSR Katarzyna Wielichowska-Opalska

Protokolant: stażysta Andżelika Pruk

z udziałem Prokuratora: Mirosławy Swynarskiej, Kamila Bednarka, Magdaleny Hryniewicz-Rucińskiej,

po rozpoznaniu na rozprawie w dniach 27 kwietnia 2016 r., 25 maja 2016 r., 29 czerwca 2016 r., 1 września 2016 r., 6 października 2016 r., 10 listopada 2016 r., 15 grudnia 2016 r.

sprawy:

W. K. (1), syna H. i W. z domu B., urodzonego (...) w P.,

oskarżonego o to, że:

1) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej S. M. (1) – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczył nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 26 czerwca 2014 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

2) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej E. P. (1) – pacjentki Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczył nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjentki w Poradni datowaną na 10 stycznia 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

3) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej W. M. – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczył nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 10 kwietnia 2014 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

4) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej J. R. – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 28 lutego 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

5) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej S. W. – pacjentki Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjentki w Poradni datowaną na 23 maja 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

6) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej S. W. – pacjentki Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjentki w Poradni datowaną na 6 czerwca 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 30 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

7) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej S. K. (1) – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 7 marca 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

8) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej R. Z. – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 24 kwietnia 2014 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

9) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji

medycznej J. P. (1) – pacjentki Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjentki w Poradni datowaną na 23 maja 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

10) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej A. M. – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 21 lutego 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

1. uniewinnia oskarżonego W. K. (1) od popełnienia czynów zarzuconych mu w pkt. 1-10,
2. na podstawie art. 230 § 2 k.p.k. nakazuje zwrócić Przychodni (...) w S. przy ul. (...) dowody rzeczowe w postaci dokumentacji medycznej ujętej w wykazie dowodów rzeczowych nr I/21/16/P pod poz. 1-10, znajdującej się na k. 538 akt sprawy,
3. orzeka, że koszty procesu ponosi Skarb Państwa.

Sygn. akt II K 68/16

UZASADNIENIE

Oskarżony W. K. (1) jest lekarzem laryngologiem współpracującym m. in. z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej (...) w S.. Jego wynagrodzenie w tej placówce uzależnione jest od liczby punktów kontraktowych przyznanych przez NFZ za udzielone przez niego świadczenia medyczne.

(zeznania F. G., k. 83; pismo, k. 484-485 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

Pomiędzy NZOZ (...) w S. a Narodowym Funduszem Zdrowia został podpisany kontrakt o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Za każdy zrealizowany punkt kontraktowy placówka otrzymuje określone środki pieniężne. Niezrealizowanie zakontraktowanych punktów w danym roku skutkuje koniecznością zwrotu pieniędzy. Zrealizowanie dodatkowych punktów skutkuje przyznaniem dodatkowych środków finansowych. Ponadto ilość punktów zrealizowanych w danym roku kalendarzowym rzutuje na ilość punktów przyznawanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w roku następnym.

Dane dotyczące zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym punktów kontraktowych wysyłane są do NFZ drogą elektroniczną w ciągu kilku pierwszych dni miesiąca następnego, około 2-3 dni trwa weryfikacja procedur, a następnie dane te są odsyłane, w razie potrzeby placówka nanosi stosowne poprawki, po czym do 15-go dnia każdego miesiąca przyznawane są z NFZ stosowne środki finansowe.

W ramach NZOZ (...) w S. funkcjonuje kilka poradni specjalistycznych, w tym m. in. laryngologiczna. Każda osoba odwiedzająca placówkę (...) posiada jedną teczkę pacjenta, w której mieszczą się wszystkie jej karty, niezależnie od liczby odwiedzanych poradni specjalistycznych. W ten sposób każdy lekarz badający określonego pacjenta ma wgląd w całość jego dokumentacji medycznej i może zapoznać się z informacjami na temat wszystkich jego schorzeń i stosowanych terapii.

(zeznania F. G., k. 83; zeznania A. G., k. 84; zeznania H. W., k. 27-28 oraz 457v-458 z akt Ds. 269/15).

W dniach od 30 września 2014 roku do 31 października 2014 roku (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadził kontrolę realizacji przez przychodnię (...) w S. umów zawartych z NFZ o nr (...) i (...) w zakresie świadczeń otolaryngologicznych. W toku postępowania kontrolnego o nr (...) zakwestionowano czynione m. in. przez lekarza laryngologa – W. K. (1) (ale także innych lekarzy) w dokumentacji medycznej pacjentów zapisy dotyczące odbycia wizyt, podczas których dochodziło (zgodnie z opisem) do zabiegu usuwania ciała obcego z ucha w oparciu m. in. o to, że dokumentacja indywidualna i zbiorcza (księga przyjęć) nie zawierały określenia rodzaju usuwanego ciała obcego, wskazując jedynie na woskowinę. W toku postępowania kontrolnego W. K. (1) wyjaśniał, że usuwane ciała obce przewodu słuchowego zewnętrznego w postaci czopów woszczynowych były zanieczyszczone różnymi substancjami zewnętrznymi, powodowały ból, często odczyny ropne i w związku z tym uważał je (i nadal uważa) za ciała obce.

Ponadto w toku kontroli zwrócono uwagę na szereg innych uchybień w dokumentowaniu przez placówkę udzielania świadczeń medycznych.

(pismo z NFZ, k. 40-62 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223; aneksy do umowy wraz z załącznikami, k. 66-111 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223; protokół kontroli, k. 112-145; zeznania J. C., k. 24-26 oraz k. 37v-38 akt Ds. 269/15; zeznania M. F., k. 28-29 oraz k. 622 z akt Ds. 269/15).

W toku postępowania kontrolnego pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia zwrócili się do pracowników rejestracji w przychodni (...) w S. z żądaniem sporządzenia kserokopii kart wszystkich pacjentów przychodni laryngologicznej w zakresie wizyt dotyczących roku 2013 i 2014. Ponieważ w ich ocenie kserokopie te były sporządzane w zbyt wolnym tempie, kontrolerzy przystąpili do samodzielnego utrwalania dokumentacji medycznej pacjentów poprzez wykonywanie fotokopii.

(kserokopie dokumentacji medycznej, k. 146-328 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223; zeznania J. C., k. 24-26 oraz k. 37v-38 akt Ds. 269/15; zeznania H. W., k. 27-28 oraz k. 457v-458 akt Ds. 269/15; zeznania M. F., k. 28-29 oraz k. 622 z akt Ds. 269/15; zeznania P. L., k. 30 oraz k. 626 z akt Ds. 269/15).

W dokumentacji medycznej S. M. (1) skopiowanej przez kontrolerów NFZ-u brak jest kopii strony, na której znajduje się zapis odnoszący się do wizyty tego pacjenta u dr W. K. (1) w dniu 26 czerwca 2014 roku. Kserokopia tejże strony z dokumentacji medycznej pacjenta została natomiast przesłana do NFZ-u w dniu 10 listopada 2014 w formie załącznika do zastrzeżeń do protokołu kontroli. Taka sama sytuacja ma miejsce w przypadku dokumentacji medycznej pacjenta W. M. (w odniesieniu do jego wizyty z dnia 10 kwietnia 2014 roku), S. W. (w odniesieniu do jej wizyt w dniach 23 maja i 6 czerwca 2013 roku), S. K. (2) (w odniesieniu do jego wizyty w dniu 7 marca 2013 roku), R. Z. (w odniesieniu do jego wizyty w dniu 24 kwietnia 2014 roku), J. P. (1) (w odniesieniu do wizyty z dnia 23 maja 2013 roku).

(kopie dokumentacji medycznej, k. 3-11,14-16,22-25, 26-28, 29-31, 32-33 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223; zastrzeżenia do protokołu kontroli wraz z załącznikami, k. 331-401 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

W dokumentacji medycznej E. P. (1) skopiowanej przez kontrolerów NFZ-u brak jest wpisu dotyczącego wizyty tej pacjentki u dr W. K. (1) w dniu 10 stycznia 2013 roku (wpis taki znajduje się w kopii karty pacjenta przesłanej w załączniku do zastrzeżeń pokontrolnych, jak również w oryginale dokumentacji zabezpieczonej na użytek niniejszego postępowania). Taka sama sytuacja ma miejsce w przypadku dokumentacji medycznej pacjenta J. R. w odniesieniu do jego wizyty z dnia 28 lutego 2013 roku oraz w przypadku dokumentacji medycznej A. M. w odniesieniu do jego wizyty z dnia 21 lutego 2013 roku.

(kopie dokumentacji medycznej, k. 12-13, 17-19, 34-35 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223; oryginał dokumentacji, k. 538 w zw. z k. 223; zastrzeżenia do protokołu kontroli wraz z załącznikami, k. 331- 401 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

W czasie kontroli poradni laryngologicznej Eskulap, jaka miała miejsce z ramienia NFZ w dniach 30 września – 31 października 2014 roku, jednocześnie odbywała się kontrola poradni kardiologicznej tego samego zakładu opieki

zdrowotnej przeprowadzana przez Najwyższą Izbę Kontroli. Okoliczność ta stanowiła dodatkowe utrudnienie dla pracowników rejestracji, zobowiązanych do przedkładania kontrolerom kolejnych partii dokumentacji medycznej pacjentów. Podczas kontroli placówki przez pewien czas w gabinecie jej kierownika, F. G., obecny był oskarżony W. K. (1).

(zeznania F. G., k. 82; zeznania A. G., k. 85).

W dniach 10 listopada i 29 grudnia 2014 roku kierownik placówki (...) w S. złożył zastrzeżenia do ustaleń protokołu kontroli przeprowadzonej w dniach 30.09.2014 r. - 30.10.2014 r. W ramach zastrzeżeń podniósł m. in. fakt szeregu nieprawidłowości w przebiegu samej kontroli (w tym np. niewłaściwe zachowania poszczególnych kontrolerów, ich nierealnych żądań, którym w określonym przedziale czasu nie sposób było uczynić zadość), zaś w odniesieniu do zabiegów usuwania ciała obcego z ucha wskazał na potwierdzające owe zabiegi zapisy znajdujące się w dokumentacji zbiorczej, na wyjaśnienia złożone przez lekarzy laryngologów zatrudnionych w placówce, jak również na fakt pozytywnej wcześniejszej weryfikacji tychże świadczeń na etapie akceptacji przez NFZ wystawionej przez (...) faktury.

(zastrzeżenia do protokołu kontroli wraz z załącznikami, k. 331-401, 413-419 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

W większości zastrzeżenia do protokołu kontroli nie zostały uwzględnione. W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 18 grudnia 2014 roku Narodowy Fundusz Zdrowia ocenił negatywnie, ze względu na kryterium rzetelności, sposób kwalifikowania i rozliczania udzielonych świadczeń – w odniesieniu do roku 2013: 97,07 % porad, zaś do roku 2014 – 88,16 % porad. Uznano przy tym, że sprawozdane do rozliczeń świadczenia nie znalazły potwierdzenia w dokumentacji medycznej pacjentów, gdzie usunięcie woskowiny z ucha kwalifikowano jako usunięcie ciała obcego ze światła ucha bez nacięcia i rozliczano według procedury Z102 – 10 punktów kontraktowych (a powinno być rozliczone według grupy W11 - 3,5 punktu kontraktowego). W związku z powyższym Narodowy Fundusz Zdrowia obciążył placówkę (...) w S. stosowną karą umowną oraz zobowiązał do zwrotu nienależnie przekazanych środków.

(wystąpienie pokontrolne, k. 406-412v, 420-434 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

Placówka (...) w S. uiszczyła na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia kwotę 55.570,50 złotych tytułem zwrotu środków oraz zapłaty kary umownej.

(pismo z NFZ, k. 539 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223; pismo z NFZ, k. 619-620 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

W dniu 26 stycznia 2015 roku kierownik placówki medycznej (...) w S. wystąpił do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ze skargą na czynności Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

(skarga, k. 435- 441 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

Zgodnie z obowiązującym w latach 2013 – 2014 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok (tak jak w przypadku przychodni (...) w S.), kwota zobowiązania Funduszu w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe ustalana jest corocznie. W procesie aneksowania strony ustalają cenę jednostkową i ogólną liczbę punktów dla danego zakresu świadczeń. W propozycjach finansowych przedstawionych świadczeniodawcom brana jest pod uwagę realizacja świadczeń w obecnym i poprzednich okresach rozliczeniowych, z uwzględnieniem zmian w umowach, w tym przesunięcie środków między zakresami i rodzajami świadczeń.

W latach 2013 - 2014 realizacja świadczeń odbywała się na podstawie Zarządzenia Nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późniejszymi zmianami (gdy chodzi o rok 2013) oraz Zarządzenia Nr 82/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późniejszymi zmianami (gdy chodzi o rok 2014). Zgodnie z tymi zarządzeniami podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres

sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

Świadczeniodawcy zostali zobowiązani do przekazywania danych dotyczących identyfikatora osoby a także imienia i nazwiska każdej z osób oczekujących na świadczenie na mocy § 8 ust. 2 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2014 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. 2014 poz. 1986), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 roku. W związku z tym (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie posiada wykazu pacjentów oczekujących na wizytę w poradni otolaryngologicznej w roku 2013 i 2014.

(pismo z NFZ, k. 180-181).

W Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) w S. funkcjonuje program elektroniczny (...), dokumentujący fakt udzielania świadczeń medycznych oraz współpracujący z systemem Narodowego Funduszu Zdrowia. Za pośrednictwem tego programu odbywa się fakturowanie NFZ-u. Jeśli fakt odbycia przez pacjenta wizyty lekarskiej nie jest odnotowany w systemie mMedica, to Narodowy Fundusz Zdrowia odmawia przyznania świadczeń z tytułu udzielenia temu pacjentowi świadczenia medycznego.

Niektórzy lekarze zatrudnieni w placówce wprowadzają dane do programu już w trakcie wizyty pacjenta; inni dokonują jedynie wpisów w papierowej dokumentacji medycznej, a na ich podstawie (a także na podstawie wpisów w księdze pacjentów) pracownicy rejestracji wprowadzają dane do programu komputerowego.

Niezależnie od tego placówka Eskulap prowadzi w formie pisemnej (odręcznej) zapisy pacjentów na wizyty lekarskie, a także rejestr pacjentów rzeczywiście przyjętych.

(zeznania F. G., k. 83; zeznania A. G., k. 84-85; zeznania D. G. (1), k. 86-87).

Przed przyjęciem do lekarza każdy pacjent w placówce (...) – po okazaniu dokumentu tożsamości – sprawdzany jest w systemie eWUŚ (tj. elektronicznym rejestrze osób ubezpieczonych) pod kątem posiadania tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. Przybycie pacjenta na wizytę odnotowywane jest także w systemie mMedica. Pozytywna weryfikacja pacjenta w systemie eWUŚ (ewentualnie pisemne oświadczenie pacjenta o tym, że jest ubezpieczony) jest warunkiem późniejszego rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Weryfikacja pacjenta w systemie eWUŚ jest możliwa jedynie w dniu wizyty lekarskiej, co jest następnie weryfikowane w systemach Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie można nadto zweryfikować pacjenta w systemie z datą wsteczną.

(zeznania A. G., k. 84-86).

E. P. (1) uskarża się często na dolegliwości bólowe uszu związane z gromadzeniem się woskowiny, namnażaniem się bakterii. W związku z tym co najmniej trzykrotnie (począwszy od roku 2013) udawała się na wizyty do poradni laryngologicznej (...) w S., gdzie przyjmował ją W. K. (1). Jedną z tych wizyt miała miejsce w dniu 10 stycznia 2013 roku, a w jej przebiegu pacjentka miała wykonany zabieg płukania uszu z woskowiny, zakwalifikowany przez lekarza na 10 punktów kontraktowych.

(zeznania E. P. (1), k. 574 akt Ds. 269/15, k. 27; księga pacjentów zapisanych na wizytę laryngologiczną, k. 113v; księga pacjentów przyjętych, k. 141v; wydruk z systemu mMedica, k. 62; wydruk z systemu eWUŚ, k. 72; pismo z NFZ, k. 187; dokumentacja medyczna, k. 538, protokół oględzin, k. 600-606 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

J. R. jest stałym pacjentem poradni (...)w S., zaś u lekarza laryngologa w osobie W. K. (1) był około 4-5 razy. Podczas jednej z tych wizyt miał wykonywany zabieg płukania ucha prawego z woskowiny, było to w dniu 28 lutego 2013 roku a świadczenie oceniono na 10 punktów kontraktowych.

(zeznania J. R., k. 447 akt Ds. 269/15, k. 33; księga pacjentów zapisanych na wizytę laryngologiczną, k. 115v; księga pacjentów przyjętych, k. 147v; wydruk z systemu mMedica, k. 64; wydruk z systemu eWUŚ, k. 74; pismo z NFZ, k. 188; dokumentacja medyczna, k. 538; protokół oględzin, k. 600-606 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

A. M. był kilkakrotnie na wizytach laryngologicznych w (...), m. in. w dniu 21 lutego 2013 roku odbył wizytę u oskarżonego W. K. (1), podczas której miał płukane lewe ucho z zalegającej w nim woskowiny. A. M. podczas tego zabiegu nie widział, jakie dokładnie czynności wykonuje lekarz oraz jakimi posługuje się narzędziami, natomiast odczuwał sam fakt przepłukiwania ucha. Świadczenie medyczne zakwalifikowano na 10 punktów kontraktowych.

(zeznania A. M., k. 448v akt Ds. 269/15, k. 34; księga pacjentów zapisanych na wizytę laryngologiczną, k. 115v; księga pacjentów przyjętych, k. 139v ; wydruk z systemu mMedica, k. 70; wydruk z systemu eWUŚ, k. 79; pismo z NFZ, k. 187; dokumentacja medyczna, k. 538; protokół oględzin, k. 600-606 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

Jedną z pasji S. K. (2) jest nurkowanie, które przysparza mu niekiedy dolegliwości zatok i uszu. Świadek nurkuje zwykle w porach letnich i wiosennych.

(zeznania S. K. (2), k. 451v akt Ds. 269/15, k. 35-36).

Oskarżony W. K. (1) przyjął S. K. (2) na wizycie w dniu 7 marca 2013 roku, kiedy to usunął z jego ucha woskowinę, a zabieg ten zakwalifikował na 10 punktów kontraktowych.

(księga pacjentów zapisanych na wizytę laryngologiczną, k. 119v; księga pacjentów przyjętych, k. 143v; wydruk z systemu mMedica, k. 67; wydruk z systemu eWUŚ, k. 76; pismo z NFZ, k. 189; kopia dokumentacji medycznej, k. 28 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

J. P. (1) odbyła dwie wizyty laryngologiczne u W. K. (1), podczas obu dochodziło do płukania ucha z woskowiny. Jedna wizyta miała miejsce w dniu 23 maja 2013 roku a druga w dniu 8 sierpnia 2013 roku. Obie zakwalifikowano na 10 punktów kontraktowych.

(zeznania J. P. (1), k. 450v akt Ds. 269/15, k. 36; księga pacjentów zapisanych na wizytę laryngologiczną, k. 121v; księga pacjentów przyjętych, k. 155v; wydruk z systemu mMedica, k. 65, 69; wydruk z systemu eWUŚ, k. 78; pismo z NFZ, k. 189; dokumentacja medyczna, k. 538; protokół oględzin, k. 600-606 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

S. W. jest stałą pacjentką poradni laryngologicznej, u W. K. (1) odbyła trzy wizyty – w dniach 23 maja 2013 roku, 16 kwietnia 2015 roku i 6 czerwca 2013 roku. Podczas dwóch pierwszych z wyżej wymienionych (ocenionych na 10 punktów kontraktowych) miała wykonywany zabieg usuwania woskowiny z uszu, w jego przebiegu lekarz przygotowywał wodę, strzykawkę i płukał uszy. Świadek słyszała, jak w wyniku płukania coś wypadło z jej ucha do miseczki. Podczas ostatniej z wizyt świadek miała wykonany zabieg katetyzacji trąbki słuchowej lewej, zakwalifikowany na 30 punktów kontraktowych.

(zeznania S. W., k. 452v akt Ds. 269/15, k. 37; księga pacjentów zapisanych na wizytę laryngologiczną, k. 123v, ; księga pacjentów przyjętych, k. 155v, 159v ; wydruk z systemu mMedica, k. 65-66; wydruk z systemu eWUŚ, k. 75; pismo z NFZ, k. 189, 190; dokumentacja medyczna, k. 538; protokół oględzin, k. 600-606 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

S. M. (1) zgłaszał się do poradni laryngologicznej z problemem niedosłuchu. U W. K. (1) odbył łącznie dwie wizyty – jedną w dniu 15 marca 2012 roku (kiedy to zdiagnozowano u niego przewlekły nieżyt gardła i krtani oraz obustronne uszkodzenie słuchu a świadczenie medyczne zakwalifikowano na 7 punktów kontraktowych) i drugą w dniu 26 czerwca 2014 roku (kiedy usunięto mu z ucha lewego woszczyne i przypisano temu 10 punktów kontraktowych). Po zabiegu płukania ucha świadek widział włoski oraz inne nieczystości usunięte z jego ucha.

(zeznania S. M. (1), k. 481v akt Ds. 269/15, k. 38; księga pacjentów zapisanych na wizytę laryngologiczną, k. 129v; księga pacjentów przyjętych, k. 175v ; wydruk z systemu mMedica, k. 61; wydruk z systemu eWUŚ, k. 71; dokumentacja medyczna, k. 538; protokół oględzin, k. 600-606 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

W. M. był na wizycie u W. K. (1) w dniu 10 kwietnia 2014 roku, bowiem potrzebował stosownego zaświadczenia przed odbyciem operacji zaćmy. Lekarz stwierdził wówczas brak cech zapalnych w gardle i nosie oraz zalegającą woszczybę w prawym uchu. Podczas płukania tego ucha świadek poczuł, jak wyskoczyło z niego coś twardego, co lekarz określił fachowym terminem medycznym. Udzielone świadczenie medyczne zostało zakwalifikowane na 10 punktów kontraktowych.

(zeznania W. M., k. 479v akt Ds. 269/15, k. 39; księga pacjentów zapisanych na wizytę laryngologiczną, k. 125v ; księga pacjentów przyjętych, k. 165v; wydruk z systemu mMedica, k. 63; wydruk z systemu eWUŚ, k. 73; dokumentacja medyczna, k. 538; protokół oględzin, k. 600-606 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

W dniu 24 kwietnia 2014 roku R. Z. zgłosił się na wizytę do W. K. (1), uskarżając się na obustronne pogorszenie słuchu. W związku z zaleganiem w prawym uchu woszczyzny lekarz dokonał płukania ucha a udzielone świadczenie medyczne zakwalifikował na 10 punktów kontraktowych.

(zeznania R. Z., k. 579v-580 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 210; księga pacjentów zapisanych na wizytę laryngologiczną, k. 127v; księga pacjentów przyjętych, k. 167v; wydruk z systemu mMedica, k. 68; wydruk z systemu eWUŚ, k. 77; dokumentacja medyczna, k. 538; protokół oględzin, k. 600-606 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

Zawarte w kartach pacjentów zapisy dotyczące następujących wizyt lekarskich:

- S. M. (1) – w dniu 26 czerwca 2014 roku,
- E. P. (1) – w dniu 10 stycznia 2013 roku,
- W. M. – w dniu 10 kwietnia 2014 roku,
- J. R. – w dniu 28 lutego 2013 roku,
- S. W. - w dniach 23 maja 2013 roku i 6 czerwca 2013 roku,
- S. K. (1) - w dniu 7 marca 2013 roku,
- R. Z. – w dniu 24 kwietnia 2014 roku,
- J. P. (1) – w dniu 23 maja 2013 roku,
- A. M. – w dniu 21 lutego 2013 roku

zostały nakreślone przez oskarżonego W. K. (1).

(opinia grafologiczna, k. 674-686 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

Podczas wizyty lekarskiej pacjenta w przychodni (...) w S. lekarz dokonuje zapisu w karcie pacjenta (tj. indywidualnej dokumentacji medycznej) a nadto w księdze przyjęć (stanowiącej część tzw. dokumentacji zbiorczej). Niektórzy lekarze stosowne dane wprowadzają bezpośrednio do funkcjonującego w placówce i zsynchronizowanego z systemem NFZ-u programu mMedica. W przypadku tych, którzy tego nie czynią, dane do programu przenoszą z księgi przyjęć pracownicy rejestracji, najpóźniej w ciągu kilku dni kolejnego miesiąca w odniesieniu do miesiąca poprzedzającego. Na podstawie tych zapisów następują rozliczenia przychodni z Narodowym Funduszem Zdrowia.

(zeznania H. W., k. 27-28 oraz k. 457v-458 akt Ds. 269/15).

Długo zalegający korek woskowinowy może imitować ciało obce przewodu słuchowego zewnętrznego. W takich sytuacjach może być uznany za endogenne ciało obce.

(opinia prywatna, k. 80; fragment podręcznika dla studentów i lekarzy pt. „Otolaryngologia praktyczna”, k. 55).

Woskowina jest mieszaniną wydzieliny gruczołów łojowych oraz zmodyfikowanych apokrynowych gruczołów potowych. Jako produkt komórek własnych skóry przewodu słuchowego zewnętrznego sensu stricto nie jest ciałem obcym. Niektórzy autorzy uznają jednak woskowinę, zwłaszcza długo zalegającą w strukturach ucha, jako ciało obce „endogenne”, w odróżnieniu od ciał obcych „egzogennych”, które dostają się do struktur ucha z zewnątrz. W myśl tego pojęcia usuwanie woskowiny długo zalegającej, zbitej, często obturującej światło przewodu słuchowego zewnętrznego, można traktować jako usunięcie ciała obcego endogennego.

Najczęstszą metodą usuwania ciał obcych z ucha jest płukanie letnią wodą, bez znieczulenia miejscowego.

(opinia biegłego z zakresu otolaryngologii, k. 207).

Oskarżony W. K. (1) ma 61 lat, wykształcenie wyższe, z zawodu jest lekarzem laryngologiem. Miesięcznie oskarżony osiąga około 10-15.000 złotych dochodu z tytułu pracy lekarza oraz emerytury. W. K. (1) posiada na utrzymaniu jedną córkę w wieku 24 lat. Jest właścicielem domu o powierzchni mieszkalnej około 150 m², samochodu marki M. (...) oraz oszczędności w postaci obligacji skarbowych na kwotę około 250.000 złotych. W. K. (1) nie był nigdy karany, nie leczył się również psychiatrycznie, neurologicznie ani odwykowo.

(dane osobopoznawcze, k. 23, karta karna, k. 217, informacja z systemu teleinformatycznego Ministerstwa Finansów, k. 691 – 692 akt Ds. 269/15 w zw. z k. 223).

W. K. (1) oskarżono o to, że:

1) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej S. M. (1) – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczył nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 26 czerwca 2014 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

2) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej E. P. (1) – pacjentki Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczył nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjentki w Poradni datowaną na 10 stycznia 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

3) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej W. M. – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczył nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 10 kwietnia 2014 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom

rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

4) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej J. R. – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 28 lutego 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

5) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej S. W. – pacjentki Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjentki w Poradni datowaną na 23 maja 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

6) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej S. W. – pacjentki Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjentki w Poradni datowaną na 6 czerwca 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 30 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

7) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej S. K. (1) – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 7 marca 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

8) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej R. Z. – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczyl nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 24 kwietnia 2014 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

9) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej J. P. (1) – pacjentki Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczył nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjentki w Poradni datowaną na 23 maja 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.;

10) w okresie od dnia 30 września 2014 r. do dnia 10 listopada 2014 r. w S., woj. (...), działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, będąc osobą uprawnioną do wystawienia dokumentów w postaci wpisu do dokumentacji medycznej A. M. – pacjenta Poradni Otolaryngologicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w S., poświadczył nieprawdę przez dopisanie do w/wymienionej dokumentacji wpisu potwierdzającego wizytę lekarską pacjenta w Poradni datowaną na 21 lutego 2013 r. z opisem zabiegu równoważnemu 10 punktom rozliczeniowym zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, podczas gdy w rzeczywistości wizyta ta nie miała miejsca,

tj. o czyn z art. 271 § 3 k.k.

W toku postępowania przygotowawczego oskarżony W. K. (1) nie przyznał się do popełnienia zarzucanych mu czynów i odmówił składania wyjaśnień.

(wyjaśnienia oskarżonego, k. 634, 654).

Przed sądem oskarżony konsekwentnie nie przyznawał się do popełnienia zarzucanych mu czynów. Początkowo odmówił złożenia wyjaśnień, później zaś wyjaśniał (odpowiadając na pytania swojego obrońcy), że według posiadanej przez niego wiedzy medycznej woszczyna znajdująca się w uchu może być kwalifikowana jako woszczyna czysta lub stanowiąca ciało obce. Ciała obce ucha mogą być z kolei pochodzenia endogennego i egzogennego. Z uwagi na to, że w przypadku pacjentów, których dotyczy akt oskarżenia w niniejszej sprawie, nie występowało ciało obce o charakterze egzogennym, w dokumentacji medycznej oskarżony wskazywał jedynie na woszczynę jako ciało obce. W ocenie oskarżonego brudna woszczyna zalegająca w uchu powinna być traktowana jako ciało obce, zaś jednym ze sposobów jej usunięcia jest płukanie. W. K. (1) wyjaśnił również, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie organizował nigdy szkoleń dotyczących tematyki ciał obcych w uchu, a swoje rozpoznania oskarżony opierał na posiadanej wiedzy medycznej. Jednocześnie W. K. (1) nie wykluczył sytuacji, gdy dochodziło do uzupełniania przez niego dokumentacji medycznej pacjentów po jakimś czasie od ich wizyty z uwagi na nawał pracy i warunki przyjmowania pacjentów (rocznie przyjmuje ich około tysiąca), natomiast uzupełnienia te czynił w oparciu o zapisy w księdze przyjęć, które zawsze odpowiadały stanowi faktycznemu.

Oskarżony W. K. (1) wyjaśnił, że w całej swojej karierze lekarskiej nie fałszował dokumentacji medycznej.

(wyjaśnienia oskarżonego, k. 24, 221).

Ustalając stan faktyczny Sąd oparł się na wyjaśnieniach oskarżonego, zeznaniach świadków S. M. (1), E. P. (1), W. M., J. R., S. W., R. Z., J. P. (1), A. M., K. K. (1), A. G., F. G., H. W., D. G. (1), P. L., M. F., częściowo zeznaniach J. C. i S. K. (2) oraz obiektywnych dowodach z dokumentów w postaci indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, opinii biegłych z zakresu laryngologii i grafologii, opinii prywatnej, wydrukach z systemu mMedica i eWUŚ, protokołach pokontrolnych NFZ, zastrzeżeniach pokontrolnych, korespondencji pomiędzy kierownikiem placówki Eskulap a NFZ-em, pism z Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ocenie Sądu brak było podstaw do tego, by zdyskwalifikować wyjaśnienia oskarżonego konsekwentnie nie przyznającego się do popełnienia zarzucanych mu czynów. W pierwszej kolejności należy zauważyć, że jego twierdzenia dotyczące sposobu kwalifikowania twardej, długo zalegającej w uchu woskowiny, połączonej z różnego rodzaju zabrudzeniami, jako ciała obcego ucha, zostały uwiarygodnione w świetle wniosków zawartych w opinii biegłego laryngologa, wyciągów z podręcznika z zakresu otolaryngologii dla studentów medycyny i lekarzy, a także opinii prywatnej. W świetle powyższych dowodów nie można zasadnie wnioskować, iż tłumaczenia oskarżonego są nielogiczne bądź zmierzające jedynie do uniknięcia odpowiedzialności w sprawie. Z dokumentacji medycznej załączonej do akt sprawy wynika, że nie tylko oskarżony W. K. (1) (ale również inni lekarze laryngolodzy zatrudnieni w placówce (...)) kwalifikował w pewnych sytuacjach zabieg usuwania woskowiny z ucha jako zabieg usunięcia ciała obcego, oceniając go na 10 punktów kontraktowych. Powyższe wskazuje, że oskarżony nie był odosobniony w swojej opinii medycznej. Niezależnie od tego opinii tej nie można uznać za błędną z tej tylko przyczyny, iż była ona niezgodna z poglądem zaprezentowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia na pewnym etapie współpracy z placówką (...) w S.. Wskazać należy, iż oskarżony dokonywał w kartach pacjentów zapisów wskazujących na usunięcie woskowiny z ucha i kwalifikował ten zabieg na 10 punktów kontraktowych (tj. liczbę punktów przyznawanych za usuwanie ciała obcego). Gdyby intencją oskarżonego objęte było swoiste wprowadzanie kogokolwiek w błąd w zakresie tego, że w ogóle dokonuje zabiegu usuwania ciała obcego z ucha pacjenta, to obok adnotacji o numerze procedury i liczbie punktów kontraktowych dokonywałby on raczej zapisu „usunięcie ciała obcego”, a nie wskazywałby wówczas – w sposób szczerzy i odpowiadający rzeczywistości – na usunięcie woskowiny.

Oskarżony krytycznie przyznał, że zdarza się niekiedy, iż zapisów w indywidualnej dokumentacji medycznej dokonuje po pewnym czasie od odbycia wizyty, ale czyni to w oparciu o zbiorczą dokumentację medyczną (księgi przyjęć) a przy tym nigdy nie poświadczal okoliczności niezgodnych z rzeczywistym stanem rzeczy. Analiza konsekwencji tych twierdzeń oskarżonego zostanie przeprowadzona przez Sąd w części dotyczącej prawnych aspektów niniejszej sprawy.

W procesie rekonstrukcji przebiegu postępowania kontrolnego przeprowadzonego w placówce (...) w dniach 30 września 2014 r. – 31 października 2014 r. istotne okazały się zeznania kontrolerów – M. F., P. L., a także częściowo – J. C. oraz pracownicy poradni, H. W..

M. F. wskazała na przyczyny podjęcia kontroli w NZOZ (...) w S., jej ogólny przebieg oraz treść wystąpień pokontrolnych. Brak było podstaw do kwestionowania zeznań tej osoby, choć wskazać trzeba przy tej okazji na dwie okoliczności. Po pierwsze na to, że część depozycji świadka stanowiła wypowiedzi ocenne, niepoddające się z natury rzeczy kryterium prawdy i fałszu. Dotyczy to definiowania przez świadka zabiegu usuwania ciała obcego z ucha, w szczególności zaś poglądu świadka o tym, że woskowina nigdy, w żadnych okolicznościach, nie stanowi ciała obcego ucha. O tym, czy pogląd świadka może mieć charakter przesądający w niniejszej sprawie, będzie mowa w dalszej części rozważań. Po wtóre, w części swoich zeznań M. F. wskazała na zapisy pojawiające się w dokumentacji medycznej nadesłanej przez placówkę (...) w ramach tzw. zastrzeżeń pokontrolnych, precyzujące rodzaj ciała obcego usuniętego z ucha pacjentów. W odniesieniu do tych depozycji stwierdzić należy, że nie dotyczą one dokumentacji pacjentów objętych opisem zarzucanych oskarżonemu czynów z pkt 1 – 10.

P. L. został zaangażowany w postępowaniu kontrolnym prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia na etapie wykonywania fotokopii dokumentacji medycznej, zaś swoją wiedzę o jej przebiegu czerpał głównie od innych kontrolerów oraz z treści wystąpień pokontrolnych. W tym zakresie jego zeznania pozostawały w pełnej korelacji z zeznaniami pozostałych pracowników NFZ-u.

Najbardziej szczegółowo przebieg kontroli w placówce (...) przedstawił J. C. a jego zeznania znajdują oparcie w obiektywnych dowodach z dokumentów oraz w treści zeznań innych kontrolerów NFZ-u. J. C. wskazał nadto, że przyczyną wszczęcia postępowania kontrolnego była w przedmiotowej sprawie duża liczba przeprowadzanych w poradni (...) zabiegów usunięcia ciała obcego z ucha, choć jednocześnie świadek zeznał, że nie ma wiedzy o ogólnej liczbie pacjentów przyjętych w roku 2012 i 2014 w tej placówce, co pozwoliłoby na zweryfikowanie poglądu o częstotliwości konkretnych usług medycznych. W zasadniczej części brak było podstaw do kwestionowania wyczerpujących zeznań J. C., za wyjątkiem dotyczącym jednej okoliczności, a mianowicie faktu dopisywania przez

oskarżonego W. K. (1) określonych treści do dokumentacji medycznej pacjentów na oczach J. C.. Świadek zeznał na rozprawie, że w sytuacji, gdy żądane przez kontrolerów karty pacjentów napływały zbyt wolno, udał się do gabinetu kierownika poradni i zastał tam F. G., A. G., pracownicę rejestracji a także W. K. (1), który z długopisem w ręku nanosił pewne zapisy do leżącej na stole dokumentacji medycznej. Sąd odmówił tym twierdzeniom waloru wiarygodności z następujących względów. Po pierwsze, podczas pierwszego przesłuchania w toku postępowania przygotowawczego świadek jednoznacznie wskazał, że nie widział czynności czynienia przez oskarżonego jakichkolwiek adnotacji w dokumentacji medycznej pacjentów w trakcie swojego pobytu w placówce (...). Uznać przy tym należy, że w dniu 3 marca 2015 roku (a zatem po upływie nieco ponad czterech miesięcy od zakończenia postępowania kontrolnego) świadek lepiej pamiętał okoliczności zdarzenia, aniżeli zeznając na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2016 roku. Wspomniana okoliczność wydaje się przy tym na tyle istotną, że mało prawdopodobnym jest, w ocenie Sądu, by umknęła ona świadkowi podczas składania pierwszych – wyczerpujących zresztą – zeznań w sprawie, zaś nasunęła się dopiero znacznie później, po upływie blisko półtora roku od kontroli. Po wtóre, J. C. podał na rozprawie, że stojąc w uchylonych drzwiach do gabinetu kierownika przychodni, nie widział dokładnie jakie dokumenty leżą na stole, w szczególności zaś czy są to karty pacjentów przychodni laryngologicznej. Na marginesie należy zauważyć, że w tym samym czasie placówka (...) w S. podlegała kontroli z ramienia NIK-u w zakresie dotyczącym funkcjonowania poradni kardiologicznej i diabetologicznej.

Dokonując ustaleń faktycznych w sprawie Sąd nie oparł się nadto na tych twierdzeniach J. C. z postępowania przygotowawczego, które dotyczyły nieuiszczenia przez placówkę (...) stosownych kwot tytułem nałożonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia kary umownej oraz zwrotu nienależnie pobranych środków. Zeznaniami tym przeczą obiektywne dowody z dokumentów (w postaci pism z NFZ-u). Dokumenty te zostały sporządzone w okresie późniejszym aniżeli złożenie pierwszych zeznań przez J. C. i stąd z natury rzeczy uwzględniały bardziej aktualny stan faktyczny, co pozwala wnioskować nie tyle o złą woli lub skłonności do konfabulacji świadka, ile po prostu o stanie jego wiedzy na moment wcześniejszy niż miarodajny w niniejszej sprawie.

Zeznania H. W. pozwoliły Sądowi ustalić nie tylko niektóre okoliczności kontroli w placówce (...) w S., ale również sposób prowadzenia tzw. dokumentacji zbiorczej pacjentów, czynienia zapisów w księdze przyjęć oraz ich nanoszenia w systemie komputerowym mMedica. Szczególnie istotne okazały się twierdzenia świadka o tym, że niekiedy lekarze przyjmujący pacjentów w placówce nie dokonują zapisów w programie komputerowym i wówczas dane te wprowadzane są przez pracowników rejestracji w ciągu kilku dni miesiąca następującego po miesiącu, w którym odbyły się wizyty. Wtedy też następuje rozliczenie z NFZ-em w zakresie udzielonych świadczeń. Depozycje świadka pozostają w zgodzie z treścią zeznań A. G., F. G. i D. G. (1), a także z treścią wyjaśnień nadesłanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie dotyczącym rozliczeń ze świadczeniodawcami.

H. W., podobnie jak D. G. (1), zeznała, że w razie braku stawiennictwa pacjenta na zapisaną wizytę, w księdze przyjęć stawiana jest kreska i dane tego pacjenta nie są przesyłane do NFZ bądź też są usuwane z systemu w ciągu kilku pierwszych dni następnego miesiąca. W ten sposób nie jest możliwym, by np. na chwilę obecną znajdowały się w systemie NFZ-u dane o przyjęciu pacjenta, który był zapisany na wizytę w określonej dacie roku 2013, ale na tej wizycie w istocie się nie stawił.

Zeznania D. G. (1) okazały się istotne z punktu widzenia oceny załączonych do akt sprawy wydruków potwierdzających fakt sprawdzenia ubezpieczenia pacjentów w elektronicznym rejestrze eWUŚ. Świadek zeznała, że jest uprawniona do sprawdzenia pacjenta w rejestrze tylko w dniu jego wizyty w przychodni i tylko dane na ten dzień widnieją w systemie. Sprawdzenie posiadania tytułu ubezpieczenia w innej dacie, aniżeli data rzeczywistej wizyty pacjenta, nie skutkuje przyznaniem stosownych środków z Narodowego Funduszu Zdrowia. Innymi słowy, nawet gdyby zdarzyło się tak, że pracownicy rejestracji sprawdzą ubezpieczenie pacjenta, który następnie nie stawi się na wizytę, to nie będzie to skutkowało uznaniem udzielonych świadczeń przez NFZ z tego względu, że brak będzie stosownej adnotacji o wizycie (której data winna korelować z datą sprawdzenia pacjenta w systemie eWUŚ) w księdze przyjęć pacjentów oraz informacji przesłanej na jej podstawie do systemu Funduszu.

Powyższe zeznania znajdują oparcie w relacji A. G., która podała, że przed przyjęciem do lekarza każdy pacjent w placówce (...) – po okazaniu dokumentu tożsamości – sprawdzany jest w systemie eWUŚ pod kątem posiadania tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. Przybycie pacjenta na wizytę odnotowywane jest także w systemie mMedica. Pozytywna weryfikacja pacjenta w systemie eWUŚ (ewentualnie pisemne oświadczenie pacjenta o tym, że jest ubezpieczony) jest warunkiem późniejszego rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Weryfikacja pacjenta w systemie eWUŚ jest możliwa jedynie w dniu wizyty lekarskiej, co jest następnie weryfikowane w systemach Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie można nadto zweryfikować pacjenta w systemie z datą wsteczną.

Sąd w całości dał wiarę zeznaniom A. G. i F. G., gdyż były one szczere, wyczerpujące i znajdujące oparcie w pozostałym wiarygodnym materiale dowodowym. Sąd pominął twierdzenia tych osób jedynie w tej części, w jakiej stanowiły subiektywne poglądy świadków na temat nieprawidłowości w zachowaniu kontrolerów NFZ-u, jako że nie miały one bezpośredniego znaczenia dla sprawy, której przedmiotem jest kwestia odpowiedzialności oskarżonego W. K. (1) za zarzucane mu czyny zabronione. W procesie rekonstrukcji stanu faktycznego sprawy Sąd oparł się natomiast na twierdzeniach tych osób o tym, że jednocześnie z kontrolą NFZ-u obywatela się w placówce kontrola NIK-u, że przedmiotem tej drugiej była działalność poradni kardiologicznej i diabetologicznej i kart pacjentów tych tylko poradni żądali kontrolerzy z Najwyższej Izby Kontroli. Wiarygodne i korelujące z treścią obiektywnej dokumentacji z NFZ-u okazały się także zeznania F. G. o tym, iż za każdy zrealizowany punkt kontraktowy placówka (...) otrzymuje określone środki pieniężne. Niezrealizowanie zakontraktowanych punktów w danym roku skutkuje koniecznością zwrotu pieniędzy, zaś zrealizowanie dodatkowych punktów skutkuje przyznaniem dodatkowych środków finansowych. Ponadto ilość punktów zrealizowanych w danym roku kalendarzowym rzutuje na ilość punktów przyznawanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w roku następnym. Podobnie jak H. W. i D. G. (1) świadek zeznał, iż dane dotyczące zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym punktów kontraktowych wysyłane są do NFZ drogą elektroniczną w ciągu kilku pierwszych dni miesiąca następnego, około 2-3 dni trwa weryfikacja procedur, a następnie dane te są odsyłane, w razie potrzeby placówka nanosi stosowne poprawki, po czym do 15-go dnia każdego miesiąca przyznawane są z NFZ stosowne środki finansowe.

Przechodząc do oceny zeznań dziesięciorga osób – pacjentów poradni laryngologicznej (...) w S., których wizyt dotyczą zarzuty sformułowane w akcie oskarżenia, w pierwszej kolejności należy zauważyć, że w zasadniczej części Sąd przyznał im walor wiarygodności.

Na wstępie koniecznym jest przy tym uczynienie uwagi o charakterze ogólnym dotyczącej tego, iż żadna ze wskazanych wyżej osób nie zaprzeczyła w sposób jednoznaczny odbyciu wizyty u oskarżonego W. K. (1) w dacie, o którą była pytana w trakcie przesłuchania przed Sądem i w toku postępowania przygotowawczego.

E. P. (1) nie potrafiła przypomnieć sobie, czy odbyła wizytę laryngologiczną w dniu 10 stycznia 2013 roku. Jednocześnie wskazała, że w poradni Eskulap u dr W. K. (1) była co najmniej trzykrotnie, najprawdopodobniej około 4 razy, ponieważ często towarzyszyły jej dolegliwości bólowe uszu związane z gromadzeniem się woskowiny i namnażaniem się bakterii. Świadek podała, iż mogła odwiedzić poradnię już z początkiem roku 2013. W przebiegu wizyt pacjentka miała wykonany zabieg płukania uszu z woskowiny, natomiast nie miała usuwanego z ucha ciała obcego.

Zeznania te ocenić należało jako szczere i wiarygodne a brak pamięci o dokładnej dacie wizyty odbytej w 2013 roku jako naturalny i związany z zacieraniem się pewnych szczegółów w ludzkiej pamięci. Oceniając zeznania E. P. (1) w świetle obiektywnych dowodów z dokumentów w postaci księgi pacjentów zapisanych i przyjętych, wydruku z systemu mMedica i eWUŚ oraz oryginału indywidualnej dokumentacji medycznej Sąd nie był uprawniony do zakwestionowania faktu odbycia przez E. P. (1) wizyty u oskarżonego W. K. (1) w dniu 10 stycznia 2013 roku.

J. R. zeznał z kolei, że jest stałym pacjentem poradni (...) w S., zaś u lekarza laryngologa w osobie W. K. (1) był około 4-5 razy. Podczas jednej z tych wizyt miał wykonywany zabieg płukania ucha prawego z woskowiny, ale lekarz nie mówił mu nic na temat usuwanego z ucha ciała obcego. Jednocześnie świadek przyznał, że nie widział, jakie dokładnie czynności wykonywał lekarz podczas zabiegu płukania ucha.

Z uwagi na ilość odbytych przez J. R. wizyt lekarskich u laryngologa, a także z uwagi na datę wizyty objętej opisem czwartego z zarzutów postawionych oskarżonemu (tj. datę 28 lutego 2013 roku), nie dziwi w żadnym razie to, że świadek nie potrafił zweryfikować daty tejże wizyty. W ocenie Sądu nie podważa to jednak wiarygodności świadka ani też nie pozwala na przesądzenie w sposób negatywny faktu odbycia wizyty u W. K. (1) w dniu 28 lutego 2013 roku, w sytuacji, gdy dowodów pozytywnych dostarczają wydruki z systemów komputerowych, pismo z NFZ oraz księgi pacjentów.

A. M. był kilkakrotnie na wizytach laryngologicznych w (...) i nie wykluczył, że jedna z nich miała miejsce w dniu 21 lutego 2013 roku, bo w tym czasie uczęszczał już do placówki. W jego ocenie nie miał usuwanego ciała obcego z ucha a jedynie płukanie ucha z zalegającej w nim woskowiny.

Brak jest podstaw do kwestionowania wizyty A. M. w dniu 21 lutego 2013 roku w sytuacji, gdy z jego dokumentacji wynika, że skierowanie do poradni laryngologicznej uzyskał w styczniu 2013 roku a sam fakt wizyty potwierdzają zapisy w karcie, w księgach pacjentów, wydruki z systemów informatycznych oraz wykaz udzielonych świadczeń załączony przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

J. P. (1) odbyła dwie wizyty laryngologiczne u W. K. (1), podczas obu dochodziło do płukania ucha z woskowiny, ale świadek nie potrafiła wskazać dokładnych dat tych wizyt. Sąd odmówił wiary zeznaniom J. P. (1) w zakresie dotyczącym odstępu pomiędzy dwiema wizytami u W. K. (1). Świadek podała bowiem, że w jej ocenie owe dwie wizyty nie miały miejsca w tym samym roku kalendarzowym, podczas gdy przeczą temu nie tylko zapisy w dokumentacji medycznej wskazujące na wizyty w dniach 23 maja 2013 roku i 8 sierpnia 2013 roku, ale również to, że w karcie pacjentki brak jest adnotacji o jakichkolwiek innych jej wizytach w poradni laryngologicznej a skoro świadek sama twierdzi, że wizyty były dwie, to brak jest podstaw do kwestionowania, że jedną z nich (w świetle innych dowodów obiektywnych) była wizyta z dnia 23 maja 2013 roku.

W odniesieniu do zeznań S. W. podkreślić należy, że tylko jedna z wizyt tej pacjentki, zakwestionowanych przez organ oskarżycielski, dotyczyła przeprowadzenia zabiegu usunięcia ciała obcego z ucha (wizyta z dnia 23 maja 2013 roku), druga zaś została oceniona przez oskarżonego na 30 punktów kontraktowych i dotyczyła udzielenia odmiennego świadczenia medycznego (tj. katetyzacji trąbki słuchowej). S. W. jest stałą pacjentką poradni laryngologicznej i w związku z tym nie potrafiła podać dokładnej liczby odbytych wizyt (wskazując niekiedy na trzy, innym razem na sześć) ani ich dat. Opisała proces przepłukiwania jej ucha przez lekarza a nadto zauważyła, że w jego trakcie usłyszała, jak wypadło coś do miseczki. W związku z powyższym Sąd uznał za najbardziej miarodajne pierwsze zeznania świadka złożone w toku postępowania przygotowawczego, kiedy to S. W. wskazała na trzy wizyty u dr W. K. (1) (pamiętając zapewne lepiej ich okoliczności aniżeli na rozprawie w maju 2016 roku), zwłaszcza, że to właśnie te zeznania znalazły potwierdzenie w zapisach w dokumentacji medycznej pacjentki, wskazującej na wizyty w dniach 23 maja 2013 roku, 16 kwietnia 2015 roku i 6 czerwca 2013 roku. Dodatkowo fakt odbycia pierwszej i trzeciej ze wskazanych wyżej wizyt potwierdziły zapisy w dokumentacji zbiorczej, wydruki z systemów informatycznych oraz wykaz udzielonych świadczeń nadesłany do akt sprawy przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

S. M. (1) zgłaszał się do poradni laryngologicznej z problemem niedosłuchu. Początkowo świadek wykluczył możliwość odbycia wizyty w dniu 26 czerwca 2014 roku, ale później zmienił swoje stanowisko i nie był w stanie wskazać, czy wizyta w tym dniu się odbyła czy też nie. Świadek podał natomiast, że po zabiegu płukania ucha widział usunięte z niego włoski, inne nieczystości, fragmenty woskowiny, ale nie wie, czy było to ciało obce czy też nie. Wskazać należy, że w karcie tego pacjenta znajdują się adnotacje o dwóch wizytach u dr W. K. (1), przy czym w trakcie pierwszej zdiagnozowano u S. M. (1) przewlekły nieżyt gardła i krtani oraz obustronne uszkodzenie słuchu a świadczenie medyczne zakwalifikowano na 7 punktów kontraktowych a dopiero podczas drugiej z wizyt świadek miał płukane ucho z woskowiny, co dodatkowo uprawdopodobnia fakt odbycia tej wizyty w dacie wskazanej w dokumentacji, tj. w dniu 26 czerwca 2014 roku. Na tę ostatnią okoliczność wskazują dowody w postaci adnotacji w księgach pacjentów (zapisanych i przyjętych) oraz wydruki z systemów komputerowych.

W. M. zeznał, że był wielokrotnie na wizycie w poradni laryngologicznej (...), ale przeważnie odbywał te wizyty w roku 2014, kiedy przygotowywał się do operacji zaćmy. Podczas jednej z wizyt u oskarżonego lekarz stwierdził zalegającą w prawym uchu woszczyne. Podczas płukania tego ucha świadek poczuł, jak wyskoczyło z niego coś twardego, co lekarz określił fachowym terminem medycznym.

Z zeznań W. M. wynika, że w jego ocenie nie miał on usuwanego ciała obcego z ucha, ale jednocześnie świadek nie posiada wiedzy o tym, czym jest w istocie ciało obce w uchu.

Treść zeznań świadka we wzajemnym powiązaniu z treścią obiektywnych dowodów (dokumentacji zbiorczej, wydruków z systemu mMedica i (...)) nie pozwala, w ocenie Sądu, zakwestionować faktu wizyty W. M. u oskarżonego W. K. (1) w dniu 10 kwietnia 2014 roku.

Świadka R. Z. nie udało się przesłuchać przed Sądem z uwagi na niedające się usunąć przeszkody związane z jego aktualnym stanem zdrowia. W toku postępowania przygotowawczego świadek ten zeznał, iż zgłosił się na wizytę do W. K. (1), uskarżając się na obustronne pogorszenie słuchu. Zaprzeczył, by miał usuwane z ucha ciała obce, ale jednocześnie podał, iż w trakcie wizyty u dr W. K. (1) lekarz dokonywał oględzin uszu, wkładał do niego jakieś korki, posługiwał się „jakimś metalowym, specjalistycznym urządzeniem”. Świadek nie potrafił nadto wskazać – w sposób pozytywny bądź negatywny, poprzez wykluczenie - dokładnych dat swoich wizyt w poradni laryngologicznej.

W tym kontekście Sąd odmówił wiary zeznaniom świadka co do tego, że podczas wizyt u dr W. K. (1) poddany był jedynie badaniu uszu a nie jakimkolwiek zabiegom, zwłaszcza z uwagi na niewystarczający stan wiedzy świadka pozwalającej odróżnić badanie od zabiegu laryngologicznego. Podkreślić należy, że w karcie pacjenta R. Z. znajduje się skierowanie do poradni laryngologicznej z dnia 9 kwietnia 2014 roku, a zatem nie dziwi fakt wizyty świadka u oskarżonego W. K. (1) w dniu 24 kwietnia 2014 roku, przy czym wniosek ten jest uprawniony przede wszystkim w świetle innych dowodów zebranych w sprawie, tj. adnotacji w księgach przychodni, wydrukach z systemów informatycznych, zapisów w dokumentacji medycznej.

Świadek S. K. (2) twierdził początkowo, że nie odbył w marcu 2013 roku wizyty u laryngologa W. K. (1). Zeznał na rozprawie, iż był u tego lekarza w związku z przygotowaniem do wyjazdu, w trakcie którego zamierzał nurkować. Pytany szczegółowo o to, w jakich porach roku i w jakich miesiącach organizował wyjazdy celem nurkowania świadek stwierdził, że mógł nurkować m. in. w miesiącu kwietniu, zaś wizytę u dr W. K. (1) odbył około miesiąca przed wyjazdem. Powyższe uprawdopodobnia fakt wizyty S. K. (2) w dniu 7 marca 2013 roku a w powiązaniu z dokumentami w postaci wydruków z systemów komputerowych mMedica i E., zapisów w księgach wizyt planowanych i odbytych, w dokumentacji indywidualnej oraz wykazu świadczeń przesłanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie sposób twierdzić, że do takiej wizyty z całą pewnością nie doszło.

W podsumowaniu oceny zeznań dziewięciorga świadków, których wizyty objęto opisem zarzucanych oskarżonemu czynów, należy zauważyć, że pozwoliły one na poczynienie istotnych ustaleń faktycznych w sprawie, mimo że Sąd nie podzielił poglądu świadków co do tego, że w trakcie wizyty u oskarżonego nie doszło do usunięcia ciała obcego z ucha. Nie wiąże się to jednak z odmową waloru wiarygodności w stosunku do zeznań tych osób, lecz z konstatacją, iż pacjenci ci nie są fachowcami posiadającymi stosowną wiedzę w zakresie tego, czym w istocie jest ciało obce ucha, w szczególności zaś – czy można w taki sposób kwalifikować długo zalegający w uchu woskowinowy korek, połączony z różnymi nieczystościami.

W ocenie Sądu bez znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy pozostawały natomiast – po pierwsze – zeznania K. K. (1) (pielęgniarki zatrudnionej w (...), która nie posiadała wiedzy na temat przedmiotowej kontroli lub innych istotnych okoliczności), po wtóre – zeznania J. T. (pacjentki, która w poradni laryngologicznej nie odbyła żadnej wizyty u oskarżonego W. K. (1) a jej zgłoszenie do przesłuchania przed Sądem zdaje się być wynikiem omyłki oskarżyciela), a także – po trzecie – 39 pacjentów – świadków, w stosunku do których – za zgodą obecnych stron – porzeczono na ujawnieniu ich zeznań bez odczytania. Depozycje tych ostatnich osób nie dotyczyły wizyt objętych opisem zarzutów sformułowanych w akcie oskarżenia (odnosi się to do zeznań: M. S., O. M., E. W. (1), A. S., T. R., T. P., B. R. (1), B. R.

(2), W. B., M. B., J. F., W. J., E. W. (2), M. A., A. B., Z. S., E. C., D. G. (2), J. L. (1), G. K., J. L. (2), A. Z., R. C., E. P. (2), J. G., Ł. N., M. Z. (1), J. K., P. C., B. G., M. O., K. S., W. K. (2), J. P. (2), R. Ł., K. K. (2), W. S., Z. B. i H. M.).

W toku niniejszego postępowania zgromadzono dowody o charakterze obiektywnym, wskazujące na fakt odbycia kwestionowanych przez oskarżyciela wizyt przez pacjentów S. M. (1), E. P. (1), W. M., J. R., S. W., S. K. (2), R. Z., J. P. (1) i A. M.. Dowodem takim okazała się dokumentacja zbiorcza w postaci księgi zapisów na wizyty w poradni laryngologicznej oraz księga przyjęć. Wskazać trzeba, że zapisy w tych dokumentach czynione były odręcznie, w różnych okresach czasu, różnym charakterem pisma i różnymi przyborami piśmienniczymi. W związku z powyższym nie sposób zasadnie twierdzić, że księgi te nie noszą cechy wiarygodności bądź zostały spreparowane na użytek niniejszego postępowania. Oceny dowodu w postaci tychże ksiąg należy przy tym dokonać w świetle treści zawartych w zeznaniach H. W., D. G. (1), A. G. i F. G., opisujących procedurę czynienia zapisów w księgach, przenoszenia tych treści do programu mMedica, a następnie czynienia w oparciu o nie rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z odręcznymi zapisami w księdze przyjęć koresponduje treść wydruków z zainstalowanego w placówce (...) w S. systemu mMedica, potwierdzających odbycie wizyt w datach objętych zarzutami aktu oskarżenia. Przesłuchani w sprawie świadkowie (A. G., F. G. i D. G. (1)) wskazali, że za pośrednictwem tego programu odbywa się fakturowanie NFZ-u. Jeśli fakt odbycia przez pacjenta wizyty lekarskiej nie jest odnotowany w systemie mMedica, to Narodowy Fundusz Zdrowia odmawia przyznania świadczeń z tytułu udzielenia temu pacjentowi świadczenia medycznego. Jednocześnie H. W. i D. G. (1) podały, iż nie jest możliwym, by w systemie NFZ-u (a tym samym również w systemie mMedica, który jest z nim synchronizowany) znajdowały się dane o przyjęciu pacjenta, który był zapisany na wizytę w 2013 lub 2014 roku, ale się na niej nie stawił.

Kolejnym dowodem odbycia wizyt w datach wskazanych w akcie oskarżenia okazał się wydruk z systemu internetowego, wskazujący na wystosowywanie w tychże datach zapytań o ubezpieczenie zdrowotne pacjentów, o których wizyty lekarskie chodziło. Wydruk ten okazał się istotny o tyle, o ile w świetle zeznań A. G. i D. G. (1) weryfikacja pacjenta w systemie eWUŚ jest możliwa jedynie w dniu wizyty lekarskiej, co jest następnie ponownie weryfikowane w systemach Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie można zweryfikować pacjenta w systemie eWUŚ z datą wsteczną. Z uwagi na to, że zapytania o ubezpieczenie odnośnie do pacjentów S. M. (1), E. P. (1), W. M., J. R., S. W., S. K. (2), R. Z., J. P. (1) i A. M. miały miejsce – odpowiednio – w dniach 26 czerwca 2014 roku, 10 stycznia 2013 roku, 10 kwietnia 2014 roku, 28 lutego 2013 roku, 23 maja i 6 czerwca 2013 roku, 7 marca 2013 roku, 24 kwietnia 2014 roku, 23 maja 2013 roku i 21 lutego 2013 roku, Sąd uznał w konsekwencji, że były one wystosowywane w datach zgłoszenia się przez te osoby na wizytę w poradni laryngologicznej.

Ostatnim z obiektywnych dowodów wskazujących na odbycie zakwestionowanych przez oskarżyciela wizyt okazał się nadesłany przez Narodowy Fundusz Zdrowia wykaz świadczeń medycznych udzielonych w poradni laryngologicznej (...) we wskazanych w sądowym zapytaniu datach. W odniesieniu do tego dowodu podkreślenia wymagają dwie okoliczności. Po pierwsze to, iż w wykazie tym brakuje wskazania na trzy z dziesięciu opisanych w akcie oskarżenia wizyt, tj. tych odbytych w roku 2014 przez S. M. (1), W. M. i R. Z.. W tym zakresie dowód ten nie stanowił potwierdzenia faktu odbycia wizyty przez R. Z. w dniu 24 kwietnia 2014 roku, S. M. (1) w dniu 26 czerwca 2014 roku i W. M. w dniu 10 kwietnia 2014 roku, co nie zmienia jednak, w ocenie Sądu, ogólnej konstatacji o braku podstaw do kwestionowania udzielonych w tych datach świadczeń medycznych z uwagi na szereg innych dowodów, o czym była już mowa na wcześniejszym etapie rozważań. Po wtóre w odniesieniu do tych wizyt, które znalazły się w wykazie nadesłanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wskazać trzeba, iż wykaz (jak ujawniły zeznania świadków) został utworzony w oparciu o dane nadesłane do Funduszu w terminie kilku pierwszych dni miesiąca następującego po miesiącu, w jakim udzielono świadczeń, te ostatnie zaś – w oparciu o dane zawarte w księgach przyjęć i zapisach w programie internetowym mMedica. Powyższe wyklucza sytuację, w której oskarżony W. K. (1) miałby poświadczać fakt odbycia tych wizyt dopiero na użytek kontroli prowadzonej z ramienia (...) -u pod koniec roku 2014 przy założeniu, że wizyty te w istocie nie miały miejsca.

Opinie wydane przez biegłych z zakresu grafologii i laryngologii nie budziły zastrzeżeń Sądu co do ich rzetelności i wiarygodności. Opinie te są pełne, jasne, niesprzeczne i jako takie stanowiły podstawę rekonstrukcji stanu

faktycznego. Opinia biegłego grafologa pozwoliła Sądowi poczynić ustalenia w zakresie tego, iż wpisy w dokumentacji medycznej pacjentów S. M. (1), E. P. (1), W. M., J. R., S. W., S. K. (2), R. Z., J. P. (1), A. M. (dotyczące wizyt datowanych odpowiednio na: 26 czerwca 2014 roku, 10 stycznia 2013 roku, 10 kwietnia 2014 roku, 28 lutego 2013 roku, 23 maja i 6 czerwca 2013 roku, 7 marca 2013 roku, 24 kwietnia 2014 roku, 23 maja 2013 roku i 21 lutego 2013 roku) zostały dokonane przez oskarżonego W. K. (1), czego ten ostatni zresztą nie kwestionował. Strony nie składały również żadnych uwag i zastrzeżeń pod adresem opinii biegłego z zakresu laryngologii, który stwierdził, że usuwanie woskowiny długo zalegającej, zbitej, często obturującej światło przewodu słuchowego zewnętrznego można traktować jako usunięcie ciała obcego endogenego.

Wskazać należy, że w niniejszej sprawie strona załączyła do akt sprawy stanowisko wyrażone przez lekarza otolaryngologa – prof. W. K. (3), w odniesieniu do którego zauważyć trzeba, że jakkolwiek dowód ten nie stanowi opinii biegłego w rozumieniu przepisów kodeksu postępowania karnego (nie został bowiem dopuszczony przez sąd i sporządzony przez wyznaczonego z listy biegłego) a jedynie tzw. opinię prywatną sporządzoną na żądanie strony, to jednak przy ocenie tegoż dowodu, kierując się ogólnymi regułami wyrażonymi w przepisie art. 7 k.p.k., nie sposób abstrahować także od korelacji z pozostałym materiałem dowodowym w sprawie, w szczególności z wnioskami zawartymi w opinii biegłego otolaryngologa z dnia 31 października 2016 roku. W tym kontekście zauważyć trzeba, że konkluzje zawarte w obu opiniach, niezależnie od tego, że zostały sformułowane przez osoby dysponujące odpowiednią wiedzą medyczną, wydają się zgodne z zasadami doświadczenia życiowego i logiki. O ile bowiem treścią zarówno opinii prywatnej, jak i opinii biegłego M. Z. (2) objęty był wniosek, iż w pewnych sytuacjach woskowina może uchodzić za znajdujące się w uchu ciało obce, a dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy ma ona charakter długo zalegający i obturujący światło przewodu słuchowego, to wniosek ten wydaje się całkowicie logicznym (wręcz intuicyjnym) nawet dla osoby nieposiadającej odpowiedniej wiedzy medycznej. Podkreślić należy, iż swoje stanowisko biegły M. Z. (2) wyczerpująco uzasadnił, wskazał przesłanki, w oparciu o które wyprowadził określone wnioski. Z tych względów brak było jakichkolwiek podstaw do kwestionowania opinii biegłego, zwłaszcza że w tzw. kontradiktoryjnym procesie toczącym się na podstawie reguł obowiązujących od dnia 1 lipca 2015 roku do dnia 14 kwietnia 2016 roku (akt oskarżenia wpłynął do sądu w dniu 23 lutego 2016 roku) nie czyniły tego same strony.

Pozostałe zgromadzone i ujawnione na rozprawie dowody pozwoliły na zebranie informacji o oskarżonym oraz o okolicznościach czynu objętego opisem aktu oskarżenia. W dowodach z dokumentów nie można przy tym wskazać jakichkolwiek wewnętrznych sprzeczności czy niespójności, które stawiałyby pod znakiem zapytania sformułowane w nich wnioski, rodząc uzasadnione wątpliwości co do ich rzetelności i wiarygodności.

W oparciu o zebrany materiał dowodowy Sąd uznał, iż zachowanie oskarżonego W. K. (1) nie wypełnia znamion czynów zabronionych objętych opisem aktu oskarżenia.

Przepis art. 271 § 3 w zw. z § 1 k.k. stanowi, że funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadczona w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, działając przy tym w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Przedmiotem ochrony, do którego odnosi się przepis art. 271 k.k., statuujący przestępstwo tzw. fałszu intelektualnego, jest wiarygodność dokumentów w ich aspekcie dowodowym. Przestępstwo z art. 271 k.k. polega na poświadczeniu nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne w autentycznym dokumencie wystawionym przez osobę składającą takie poświadczenie. Istota przestępczego działania polega w tym wypadku na zamieszczeniu w treści prawdziwego dokumentu, wystawionego przez właściwą do tego celu osobę, nieprawdziwej treści. Dokument ten nie jest ani przerobiony, ani podrobiony, jego twórca wystawia go w zakresie swojego działania, składając pod nim swój autentyczny podpis. Wystawiający dokument, o którym tu mowa, został obarczony formalnym zaufaniem, przez co ze względu na osobę wystawcy wystawiany dokument staje się - przynajmniej teoretycznie - bardziej wiarygodny dla innych uczestników obrotu. Można z dużym uproszczeniem założyć, że wiąże się z nim wzmocnione domniemanie prawdziwości.

Osobą upoważnioną do wystawienia dokumentu jest tylko taki podmiot, który czyni to w ramach przysługujących mu uprawnień szczególnych związanych z przedmiotem i zakresem swojego działania. Źródło upoważnienia do wystawienia dokumentu przez osobę niebędącą funkcjonariuszem publicznym powinno mieć swe umocowanie w ustawie lub wydanych na jej podstawie aktach normatywnych niższego rzędu. Upoważnienie takie zawierają liczne ustawy oraz wydane na ich podstawie akty wykonawcze regulujące różne rodzaje i dziedziny działalności ludzkiej (tak: Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z 18 kwietnia 2012 r., II AKA 82/2012, Lex nr 1165162).

Dla realizacji znamion przestępstwa fałszu intelektualnego niezbędne jest, by poświadczenie nieprawdy nastąpiło w dokumencie, do którego wydania uprawniony jest sprawca owego poświadczenia. Pojęcie dokumentu użyte w tym przepisie ma węższe znaczenie niż to, którym posługuje się przepis art. 115 § 14 k.k. Przedmiotem czynności wykonawczej mogą być bowiem wyłącznie "dokumenty kreowane aktem wystawienia, poświadczzonego ręką uprawnionego wystawcy" (tak: B. Mik, glosa do uchwały SN z dnia 12 marca 1996 r., I KZP 39/95, s. 93).

Poświadczenie nieprawdy może polegać na potwierdzeniu okoliczności, które nie miały miejsca, lub też ich przeinaczeniu, albo zatajeniu (zob. W. Wolter (w:) I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, Komentarz do art. 271 k.k., teza 2). Potwierdzenie to może mieć charakter odrębnego dokumentu, może też być częścią innego dokumentu (tak: Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 stycznia 1976 r., OSNPG 1976, nr 6, poz. 57).

Przestępstwa poświadczenia nieprawdy można się dopuścić jedynie umyślnie, przy czym sprawca musi obejmować swoją świadomością, że poświadcza nieprawdę oraz że poświadczenie to dotyczy okoliczności mających znaczenie prawne. W odniesieniu do tej ostatniej przesłanki wystarczy godzenie się z taką możliwością, co przy bezpośredniej formie zamiaru poświadczenia nieprawdy prowadzi do konstrukcji zamiaru quasi-ewentualnego. W wypadku typu kwalifikowanego, określonego w art. 271 § 3 k.k., konieczne jest działanie w zamiarze bezpośrednim kierunkowym.

Przenosząc te uwagi na grunt rozpoznawanej sprawy odnotować należy w pierwszej kolejności treść zarzutów postawionych W. K. (1), którego oskarżono o popełnienie dziesięciu czynów wyczerpujących znamiona art. 271 § 3 k.k. (czyli przestępstwa tzw. fałszu intelektualnego), polegających na tym, że w dokumentacjach medycznych dziesięciorga pacjentów poświadczył nieprawdę przez uczynienie wpisów potwierdzających wizyty lekarskie tychże pacjentów w określonych datach (ze wskazaniem dokonania zabiegów równoważnych określonej liczbie punktów rozliczeniowych z NFZ), podczas gdy w rzeczywistości wizyty te nie miały miejsca.

Nie ulega wątpliwości, że oskarżony – jako specjalista laryngolog - był osobą upoważnioną do wystawienia dokumentu w postaci wpisu w dokumentacji medycznej pacjentów odbywających wizyty lekarskie w przychodni laryngologicznej (...) w S..

Po uczynieniu tej uwagi koniecznym było zatem udzielenie odpowiedzi na pytanie o to, czy oskarżony W. K. (1) „poświadczył nieprawdę” w rozumieniu art. 271 k.k. poprzez potwierdzenie wizyt lekarskich pacjentów ujętych w opisie aktu oskarżenia w sytuacji, gdy wizyty te w istocie się nie odbyły.

W ocenie Sądu zebrany w niniejszej sprawie materiał dowodowy w żadnym razie nie pozwalał na przesądzenie kwestii sprawstwa oskarżonego w zakresie zarzucanych mu czynów zabronionych z art. 271 § 3 k.k. z tego względu, że nie zostało wykazane, iż wizyty lekarskie pacjentów S. M. (1) – w dniu 26 czerwca 2014 roku, E. P. (1) – w dniu 10 stycznia 2013 roku, W. M. – w dniu 10 kwietnia 2014 roku, J. R. – w dniu 28 lutego 2013 roku, S. W. - w dniach 23 maja 2013 roku i 6 czerwca 2013 roku, S. K. (1) - w dniu 7 marca 2013 roku, R. Z. – w dniu 24 kwietnia 2014 roku, J. P. (1) – w dniu 23 maja 2013 roku i A. M. – w dniu 21 lutego 2013 roku nie miały miejsca, a wręcz przeciwnie – zebrane dowody wskazują, iż wizyty te w istocie się odbyły.

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na zeznania dziesięciorga świadków – pacjentów przychodni laryngologicznej (...) w S., w odniesieniu do których oskarżenie stało na stanowisku, iż nie odbyli oni wizyt lekarskich w datach wskazanych w opisie zarzucanych oskarżonemu czynów. Świadczenie ci potwierdzili w swoich zeznaniach, że – po pierwsze – byli pacjentami W. K. (1), po wtóre – odbywali wizyty w poradni laryngologicznej w roku 2013 i

2014 (ich dokładnych dat nie pamiętali, ale miały one miejsce w okresach, których dotyczyły daty zakwestionowanych przez NFZ wizyt), po trzecie – każdy ze świadków wskazywał na wykonanie u niego zabiegu płukania ucha i usuwania woskowiny i wreszcie po czwarte i niezmiernie istotne – żadna z tych osób nie zaprzeczyła w sposób jednoznaczny i kategoriyczny temu, by w ujętej w zarzucie dacie odbyła wizytę lekarską u dr W. K. (1). W zdecydowanej większości pacjenci ci opisywali okoliczności udania się przez nich do laryngologa i rodzaj zgłaszanych dolegliwości, wskazując jednocześnie, że odbyli kilka wizyt u oskarżonego W. K. (1), których dokładnych dat nie pamiętają (co wydaje się naturalną konsekwencją zacierania się tego typu okoliczności w ludzkiej pamięci, zwłaszcza wobec znacznego upływu czasu), ale jednocześnie nie wykluczając, że wizyty te miały miejsce w datach objętych opisem zarzutów. Jeden ze świadków, W. M., potwierdził wprost, że odbył wizytę lekarską u W. K. (1) w dniu 10 kwietnia 2014 roku, a zatem w dacie ujętej w opisie trzeciego z zarzuconych oskarżonemu czynów. Pozostałe osoby nie zaprzeczyły z kolei datom wizyt, o które były pytane przed Sądem oraz w postępowaniu przygotowawczym.

Szczególnego wyjaśnienia w odniesieniu do zeznań świadków S. M. (1), E. P. (1), W. M., J. R., S. W., S. K. (2), R. Z., J. P. (1) i A. M. wymagało natomiast to, że stosownie do relacji tychże osób podczas wizyty laryngologicznej nie miały one usuwanego z ucha ciała obcego. Wskazać jednak trzeba, że wskazane osoby to pacjenci – laicy, którzy nie posiadają stosownej wiedzy medycznej w zakresie tego, czym jest usunięcie ciała obcego z ucha, w szczególności zaś – czy można w taki sposób kwalifikować usunięcie z ucha długo zalegającej woskowiny. Osoby te zgłosiły się do oskarżonego z określonymi dolegliwościami ucha (a nie np. gardła bądź zatok, co wymaga podkreślenia) i w związku z tym opisywały badanie przeprowadzone przez W. K. (1) w taki sposób, że lekarz specjalnym przyrządem badał wnętrze ucha, a następnie miało miejsce jego płukanie z woskowiny, przy czym szczegółów samego zabiegu (a także tego, co się z ucha wydostało) osoby te nie obserwowały (i obserwować nie mogły z uwagi na pozycję ciała, w szczególności głowy, podczas zabiegu). W tym kontekście podkreślenia wymagają m. in. zeznania S. M. (1), który wskazał, że podczas wizyty W. K. (1) wykonał u niego zabieg płukania ucha z zalegającej w nim substancji, na którą składały się m. in. drobne włoski (co w świetle opinii biegłego laryngologa stanowi jedną z przesłanek uznania woskowiny za ciało obce w uchu). Z kolei W. M. zauważył, że podczas płukania ucha w trakcie wizyty wiosną 2014 roku, „coś z niego wypadło”. S. W. zeznała natomiast, iż „miała coś usuwane z ucha”, ale nie była w stanie wskazać, co dokładnie. S. K. (1) i J. R. jasno podali, że nie widzieli, jakie dokładnie czynności wykonuje lekarz podczas badania uszu w trakcie wizyty lekarskiej.

Zeznania trzydziestu dziewięciu świadków - pacjentów, ujawnione w toku postępowania – za zgodą obecnych stron - bez odczytania, nie miały bezpośredniego, decydującego znaczenia dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy, dotyczącej de facto wizyt lekarskich dziesięciorga innych pacjentów (dlatego też Sąd pominął je w procesie czynienia istotnych ustaleń faktycznych w sprawie), jeśli odegrały pewną niewielką rolę to z tego tylko względu, że potwierdzają niejako ogólny obraz tego, w jaki sposób odbywały się wizyty lekarskie osób, które zgłaszały się do laryngologa – W. K. (1) z dolegliwościami bólowymi uszu i u których wykonywano zabieg płukania. Zeznania tych osób korelują z zeznaniami S. M. (1), E. P. (1), W. M., J. R., S. W., S. K. (2), R. Z., J. P. (1) i A. M. w zakresie, w jakim pacjenci nie pocztytywali usuwania woskowiny z ucha jako usuwania ciała obcego, wskazując jednocześnie na zabieg płukania uszu. Na szczególną uwagę zasługują m. in. zeznania E. W. (1), która wskazała, że podczas jednej z wizyt u laryngologa – W. K. (1) miała wyjmowane coś z ucha, nie wiedziała jednak, co to było i była zdziwiona, gdy lekarz poinformował ją, że usunął ciało obce. Zeznania tej osoby wskazują, że oskarżony W. K. (1) nie ukrywał przed swoim pacjentami, że dokonuje zabiegu usunięcia ciała obcego z ucha, nawet wówczas, gdy w odczuciu pacjenta w uchu nie było ciała obcego, a co najwyżej zalegająca woskowina.

Jeśli w ocenie oskarżenia jednym z dowodów świadczących o tym, że w datach wskazanych w opisie aktu oskarżenia nie odbyły się wizyty lekarskie S. M. (1), E. P. (1), W. M., J. R., S. W., S. K. (2), R. Z., J. P. (1) i A. M., bowiem osoby te zaprzeczyły, by miały usuwane z ucha ciało obce (a taki zapis widniał w ich dokumentacji medycznej), to stanowisku temu przeczą konkluzje zawarte w opinii biegłego z zakresu otolaryngologii, M. Z. (2). W jego ocenie usuwanie woskowiny długo zalegającej, zbitej, często obturującej światło przewodu słuchowego zewnętrznego można traktować jako usunięcie ciała obcego endogennego.

Świadomości wskazanych wyżej okoliczności nie musieli mieć natomiast pacjenci przychodni (...), którzy – jak już wcześniej wskazano – nie posiadają stosownej wiedzy medycznej, a tym samym nie można od nich wymagać wskazania, czy usuwana z ich ucha substancja (woskowina, włoski, zabrudzenia itp.) była ciałem obcym czy też nie.

W tym miejscu zasadnym wydaje się poczynienie następującej uwagi.

Z uwagi na to, że opisem zarzucanych oskarżonemu przestępstw było w istocie poświadczenie przez niego nieprawdy w zakresie odbycia w określonych datach wizyt lekarskich (nie zaś poświadczenie nieprawdy w zakresie tego, że pacjent miał usuwane z ucha ciało obce, podczas gdy w rzeczywistości taki zabieg nie miał miejsca), uwzględnienie przez Sąd wniosku Prokuratora o powołanie biegłego z zakresu laryngologii celem wypowiedzenia się, czy usunięcie woskowiny z ucha może być kwalifikowane jako usunięcie ciała obcego, było powodowane chęcią zweryfikowania zeznań świadków S. M. (1), E. P. (1), W. M., J. R., S. W., S. K. (2), R. Z., J. P. (1) i A. M.. Gdyby konkluzje zawarte w opinii biegłego laryngologa miały wydzwięk odwrotny do tych, które postawiono w rzeczywistości (tzn. gdyby biegły stwierdził, że zawarta w uchu woskowina nigdy, w żadnych warunkach, nie stanowi tzw. ciała obcego) to wzmocnienia doznałoby stanowisko Prokuratora odnośnie tego, że zeznania świadków, którzy zaprzeczali wykonaniu u nich zabiegu usunięcia ciała obcego z ucha, stanowią potwierdzenie braku wizyt tych osób w określonych w akcie oskarżenia datach. Tymczasem wnioski zawarte w opinii biegłego laryngologa, we wzajemnym powiązaniu z treścią zeznań wymienionych wyżej świadków, nie pozwalają na zakwestionowanie faktu odbycia wizyt lekarskich u oskarżonego W. K. (1) przez pacjentów S. M. (1), E. P. (1), W. M., J. R., S. W., S. K. (2), R. Z., J. P. (1) i A. M. w datach ujętych w zarzutach.

Niezależnie od tego jednak trzeba zauważyć, że to, czy usunięcie z ucha woskowiny może być kwalifikowane jako usunięcie ciała obcego czy też nie, jest kwestią wiedzy medycznej i stanowi część kompetencji zdobytych przez lekarza w trakcie studiów medycznych oraz dalszej praktyki lekarskiej. Oskarżony W. K. (1) podał w swoich wyjaśnieniach, że w jego ocenie w pewnych sytuacjach – tj. wtedy, gdy woskowina zalega długo, tworzy swoisty „korek” i zawiera takie elementy jak włoski czy inne zanieczyszczenia – usunięcie woskowiny stanowi usunięcie z ucha ciała obcego. Twierdzenia oskarżonego w przedmiotowej sprawie znalazły potwierdzenie w opinii biegłego z zakresu laryngologii, natomiast nawet gdyby przyjąć, że oskarżony – jako lekarz - mylił się w swojej diagnozie czy też w swoim poglądzie medycznym, to w ocenie Sądu, potwierdzając w dokumentacji medycznej fakt usunięcia ciała obcego z ucha pacjenta (podczas gdy w rzeczywistości płukanie uszu z zabrudzonej woskowiny nie powinno być tak kwalifikowane), nie dopuścił się przestępstwa tzw. fałszu intelektualnego. W orzecznictwie Sądu Najwyższego podkreślono, że w przypadku opinii o stanie zdrowia realizacja znamion typu czynu zabronionego z art. 271 k.k. obejmuje wyłącznie te elementy treściowe dokumentu, które poddają się weryfikacji z punktu widzenia prawdy i fałszu. Samo podejrzenie określonego stanu rzeczy nie poddaje się wyżej wskazanej weryfikacji. Jak trafnie wskazał Sąd Najwyższy, „podejrzenia, że coś istnieje (nie istnieje), w tym podejrzenia lekarza, nie da się bowiem wartościować w takich kategoriach. Wykazanie, że osoba, która coś podejrzewała, myliła się, nie oznacza, iż w wypadku gdy owe niesłuszne, jak się później okazało, podejrzenie zawarła w wystawionym dokumencie, poświadczyła w ten sposób nieprawdę, w rozumieniu art. 271 k.k.” (wyrok z dnia 7 października 2011 roku, III KK 29/11, Lex nr 1044029).

W tym kontekście należy dostrzec, że o tym, czy brudna, długo zalegająca (w formie tzw. korka) woskowina stanowi ciało obce w uchu, nie decydują również ustalenia Narodowego Funduszu Zdrowia czynione na użytek refundacji określonych usług medycznych i określające liczbę punktów przyznawanych w ramach wcześniej podpisanego z placówka medyczną kontraktu.

Ze wskazanych wyżej względów w niniejszej sprawie, w oparciu o zeznania świadków, nie sposób było poczynić jednoznacznych i kategoriycznych ustaleń faktycznych co do tego, iż w gabinecie oskarżonego W. K. (1) nie miała miejsca wizyta lekarska S. M. (1) – w dniu 26 czerwca 2014 roku, E. P. (1) – w dniu 10 stycznia 2013 roku, W. M. – w dniu 10 kwietnia 2014 roku, J. R. – w dniu 28 lutego 2013 roku, S. W. - w dniach 23 maja 2013 roku i 6 czerwca 2013 roku, S. K. (1) - w dniu 7 marca 2013 roku, R. Z. – w dniu 24 kwietnia 2014 roku, J. P. (1) – w dniu 23 maja 2013 roku i A. M. – w dniu 21 lutego 2013 roku.

Po drugie na wniosek obrony do akt sprawy zostały załączone dowody o charakterze obiektywnym wskazujące na fakt odbycia wizyt lekarskich objętych opisem aktu oskarżenia, tj. wydruki z systemu mMedica, dokumentującego m. in. daty świadczeń medycznych udzielonych określonym osobom, w tym S. M. (1) – w dniu 26 czerwca 2014 roku, E. P. (1) – w dniu 10 stycznia 2013 roku, W. M. – w dniu 10 kwietnia 2014 roku, J. R. – w dniu 28 lutego 2013 roku, S. W. – w dniach 23 maja 2013 roku i 6 czerwca 2013 roku, S. K. (1) - w dniu 7 marca 2013 roku, R. Z. – w dniu 24 kwietnia 2014 roku, J. P. (1) – w dniu 23 maja 2013 roku i A. M. – w dniu 21 lutego 2013 roku.

Po trzecie załączono także wykaz z rejestru zapytań drogą elektroniczną o ubezpieczenie zdrowotne pacjentów. Program komputerowy zainstalowany w przychodni (...) współpracuje z ogólnopolskim systemem eWUŚ, tj. rejestrem osób ubezpieczonych. Z dokumentacji znajdującej się w aktach sprawy wynika, że w datach objętych opisem zarzucanych oskarżonemu czynów wystosowywane były zapytania – drogą elektroniczną – zapytania w zakresie posiadania tytułu ubezpieczenia przez osoby S. M. (1), E. P. (1), W. M., J. R., S. W., S. K. (2), R. Z., J. P. (1) i A. M..

Wskazać w tym miejscu należy, że w kontrydiktoryjnym procesie toczącym się w niniejszej sprawie nie doszło do podważenia (czy choćby jego próby) wiarygodności załączonych do akt sprawy wydruków.

Po czwarte załączono także, tym razem na wniosek Prokuratora, odręczne zapisy czynione w placówce (...) w S. w księdze zapisów na wizyty oraz księdze pacjentów rzeczywiście przyjętych (tzw. dokumentacja zbiorcza). Zarówno jedne jak i drugie potwierdzają fakt odbycia wizyt przez 10 pacjentów, których dokumentacje medyczne były przedmiotem zainteresowania Sądu w niniejszej sprawie.

Po piąte wreszcie, w odpowiedzi na bezpośrednie zapytanie Sądu o to, czy osobom określonym w opisie aktu oskarżenia udzielono we wskazanych datach – zgodnie z rejestrem wewnętrznym Narodowego Funduszu Zdrowia - świadczeń medycznych, Wojewódzki Oddział Funduszu nadesłał wykaz pacjentów, z którego wynika, że następujące osoby zostały zgłoszone jako świadczeniobiorcy:

- E. P. (1) – wizyta w dniu 10 stycznia 2013 roku,
- J. R. – wizyta w dniu 28 lutego 2013 roku,
- S. W. – wizyty w dniach 23 maja i 6 czerwca 2013 roku,
- S. K. (2) – wizyta w dniu 7 marca 2013 roku,
- J. P. (1) – wizyta w dniu 23 maja 2013 roku,
- A. M. – wizyta w dniu 21 lutego 2013 roku.

Na wcześniejszym etapie niniejszych rozważań, przy okazji oceny zebranych w sprawie dowodów, była już mowa o tym, że wykaz pacjentów którym udzielono świadczeń medycznych w określonych datach, nie zawiera informacji dotyczącej trojga z dziewięciu pacjentów objętych zapytaniem skierowanym do Narodowego Funduszu Zdrowia. W tym miejscu brak jest potrzeby powtarzania argumentacji leżącej u podstaw stanowiska, zgodnie z którym z tego tylko względu nie sposób podważać wiarygodności tegoż dowodu, jednak podkreślenia wymaga to, że brak w treści wykazu informacji o trzech pacjentach (S. M. (2), W. M. i R. Z., tj. o pacjentach, którzy dotyczyły wizyty odbyte w 2014 roku) nie może przesądzać tego, że pacjenci ci nie odbyli w rzeczywistości wizyt lekarskich, a to z uwagi na jednoznaczną treść pozostałych, licznych dowodów zgromadzonych w sprawie, tj. treści indywidualnej dokumentacji medycznej, wydruków z systemu mMedica i Ewuś, zapisów w księgach przyjęć i zapisów, a także w świetle zeznań tychże osób (z których np. W. M. wprost wskazał, że miała w jego przypadku miejsce wizyta u lekarza W. K. (1) w dniu 10 kwietnia 2014 roku).

Ze względów, o których była mowa wyżej, zgromadzony materiał dowodowy w żadnym razie nie dawał podstaw do zanegowania faktu odbycia wizyt lekarskich pacjentów S. M. (1) – w dniu 26 czerwca 2014 roku, E. P. (1) – w dniu 10 stycznia 2013 roku, W. M. – w dniu 10 kwietnia 2014 roku, J. R. – w dniu 28 lutego 2013 roku, S. W. - w dniach 23

maja 2013 roku i 6 czerwca 2013 roku, S. K. (1) - w dniu 7 marca 2013 roku, R. Z. – w dniu 24 kwietnia 2014 roku, J. P. (1) – w dniu 23 maja 2013 roku i A. M. – w dniu 21 lutego 2013 roku, a tym samym podstaw do przypisania oskarżonemu sprawstwa czynu z art. 271 § 3 k.k.

Fakt, że zachowanie oskarżonego W. K. (1) nie wyczerpało, w ocenie Sądu, znamion przestępstwa z art. 271 § 3 k.k., nie oznacza, że było ono całkowicie poprawne i zgodne z obowiązującymi przepisami. Dokonując jego oceny należy odwołać się do treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku (tekst jednolity: Dz. U. 2014. 177 z dnia 7 lutego 2014 roku) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (w kształcie obowiązującym w okresie objętym opisem zarzucanych oskarżonemu czynów zabronionych). Stosownie do § 4 tegoż rozporządzenia, wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Jeżeli wyniki kontroli przeprowadzonej z ramienia Narodowego Funduszu Zdrowia w poradni (...) w S. wykazały, że oskarżony W. K. (1) dokonał określonych wpisów w dokumentacji w okresie późniejszym, aniżeli bezpośrednio po odbyciu wizyty lekarskiej, a nadto niektóre wpisy nie były uporządkowane chronologicznie, to z pewnością swoim zachowaniem nie uczynił zadość wymogom wskazanym w wyżej wymienionym akcie prawnym, co nie oznacza jednak automatycznie, że podlega odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 271 k.k. W świetle zeznań świadka przesłuchanego na wniosek obrony – A. G. – lekarz może dokonać dodatkowego wpisu w dokumentacji medycznej pod warunkiem opatrzenia tej adnotacji własnym podpisem.

Podsumowując ten fragment rozważań stwierdzić należy, że fakt, iż oskarżony W. K. (1) nie dokonał określonych wpisów w dokumentacji medycznej „niezwłocznie” po udzieleniu świadczenia, z pewnością stanowi pewne uchybienie w świetle Rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, natomiast nie przesądza w sposób pozytywny kwestii odpowiedzialności karnej oskarżonego za przestępstwo tzw. fałszu intelektualnego, polegającego na poświadczeniu odbycia wizyt lekarskich, które w rzeczywistości nie miały miejsca.

Na marginesie należy wskazać, iż w przedmiotowej sprawie Sąd rozważał również – mimo braku stosownej inicjatywy oskarżenia w tym zakresie - możliwość przypisania oskarżonemu sprawstwa czynu z art. 286 § 1 k.k., tj. przestępstwa oszustwa. Odpowiedzialności określonej w treści art. 286 § 1 k.k. podlega ten, kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania. Z zeznań osób, które z ramienia NFZ dokonywały kontroli działalności przychodni (...) w S. wynika, że w ich odczuciu oskarżony „oszukiwał” NFZ, dokonując odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej pacjentów S. M. (1), E. P. (1), W. M., J. R., S. W., S. K. (2), R. Z., J. P. (1) i A. M.. Gdy jednak przeanalizować zachowanie oskarżonego pod kątem poszczególnych znamion czynu zabronionego z art. 286 § 1 k.k., to skonstatować należy, że oskarżony W. K. (1) nie wprowadzał nikogo (w szczególności Narodowego Funduszu Zdrowia) w błąd ani co do tego, że określone wizyty lekarskie w ogóle miały miejsce (jako że dowody przeprowadzone w niniejszym postępowaniu wykazały, że wizyty te w rzeczywistości się odbyły) ani też co do tego, że w ich przebiegu wykonywał zabieg usunięcia ciała obcego z ucha (jako że w ocenie oskarżonego płukanie ucha z woskowiny może być niekiedy – i tak było w przedmiotowych wypadkach - kwalifikowane jako usuwanie ciała obcego, zaś przekonanie W. K. (1) znajduje oparcie w opinii biegłego laryngologa).

Poruszając się w granicach oskarżenia Sąd dokonał także oceny zachowania W. K. (1) pod kątem ewentualnej odpowiedzialności za przerobienie dokumentu w rozumieniu art. 270 § 1 k.k., czyli za przestępstwo tzw. fałszu materialnego. Uczynienie dopisków czy wprowadzenie nowych elementów do istniejącego już dokumentu stanowi bowiem o jego przerobieniu. Dla realizacji znamion przerobienia dokumentu nie ma przy tym znaczenia, czy jego treść odpowiada stwierdzonym w nim stanom faktycznym czy też nie (tak: Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 listopada 2000 roku, III KKN 233/98, Lex nr 51125). Jednocześnie stwierdzić trzeba, że nie każde działanie polegające na wprowadzeniu fizycznych zmian lub dopisków w dokumencie jest przestępstwem określonym w art. 270 § 1 k.k., w szczególności nie może stanowić przestępstwa działanie w ramach uprawnień przyznanych w przepisach szczególnych. Tymczasem żadne przepisy nie statuują wobec lekarza bezwzględnie obowiązku dokonania wpisu potwierdzającego fakt odbycia wizyty lekarskiej w ściśle określonym terminie (np. 3 miesiące od chwili udzielenia świadczenia medycznego), wprowadzając jedynie w Rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz

sposobu jej przetwarzania nieostre pojęcie „niezwłoczności” w zakresie obowiązku czynienia zapisów w dokumentacji medycznej. Jednocześnie żaden przepis nie zakazuje lekarzowi dokonywania określonych dopisków czy uzupełnień, a w świetle zeznań osób przesłuchanych w niniejszej sprawie zdarza się niekiedy, że lekarz – z różnych względów – czyni takie uzupełnienia jakiś czas po odbyciu wizyty. Jeśli wprowadzanie nowych elementów do istniejącego już dokumentu może stanowić przestępstwo przerobienia dokumentu, to zasadniczym pytaniem jest to, kiedy określony dokument – w tym wypadku dokumentacja medyczna – jest dokumentem „już istniejącym”, „gotowym”, niejako „zamkniętym”. Skoro przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku nie określają w sposób jednoznaczny takiego momentu, w którym zapis w dokumentacji medycznej pacjenta stawałby się już na tyle gotowym i zamkniętym dokumentem, że niedopuszczalnym byłoby dokonywanie jakichkolwiek uzupełnień czy dopisków, to w ocenie Sądu nie można wyprowadzić zasadnego wniosku o tym, że lekarz dokonujący - zgodnych z rzeczywistym przebiegiem wizyt lekarskich - dodatkowych zapisów w dokumentacji medycznej pacjenta dopuszcza się „przerobienia” dokumentu w rozumieniu art. 270 § 1 k.k. Innymi słowy, działanie w ramach przyznaných uprawnień nie wyczerpuje znamion czynu zabronionego określonego w kodeksie karnym. Nadto odpowiedzialności karnej nie można w żadnym razie domniemywać a jej przesłanki muszą być w sposób ścisły i jednoznaczny określone w przepisach ustawy. Pojęcie „niezwłoczności” wpisu zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku jest pojęciem na tyle nieostrym i niejednoznacznym, że nie sposób w oparciu o nie domniemywać odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 270 § 1 k.k. lekarza, który dokonuje wpisu lub określonego dopisku w dokumentacji medycznej pacjenta z pewną – mniej lub bardziej uzasadnioną – zwłoką. Z treści fundamentalnej zasady prawą karnego, ujętej w przepisie art. 1 k.k. (mającej nadto charakter zasady konstytucyjnej – art. 42 ust. 1 i art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej), tj. zasady nullum crimen sine lege, wynikają trzy postulaty: typizacji czynów zabronionych tylko przez ustawę (nullum crimen sine lege scripta), maksymalnej określoności tworzonych typów (nullum crimen sine lege certa) oraz zakazu stosowania wykładni rozszerzającej na niekorzyść sprawcy (nullum crimen sine lege stricta). Opis czynu zabronionego składający się na jego typ musi być zawarty w akcie prawnym o randze ustawowej. Podstawowym argumentem przemawiającym za wyłącznością ustawową w określaniu znamion czynu zabronionego jest charakter dóbr i wolności, których ograniczenie przez ingerencję państwa przewiduje prawo karne. Jednocześnie, jak zauważył Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 8 stycznia 2008 roku (P 35/06), „Konstytucja nie wyklucza doprecyzowania niektórych elementów przez akty podustawowe”, ale owo doprecyzowanie musi spełniać pewne warunki (tzw. wystarczającej określoności). W niektórych przypadkach określenie czynów naruszających normy sankcjonowane w sposób przesądzający o ich społecznej szkodliwości polega na posługiwaniu się znamionami ocennymi, jednak przy opisie typów czynów zabronionych ustawodawca winien posługiwać się takimi znamionami niezwykle rzadko i w niezbędnym zakresie. Jeżeli do posłużenia się takimi znamionami dochodzi, to z zasady nullum crimen sine lege stricta wynikają też wskazówki dotyczące metod wykładni przepisów prawa karnego. W wyroku z dnia 11 lipca 2012 r. Sąd Najwyższy zauważył: "W obszarze prawa penalnego nie jest dopuszczalne dokonywanie wykładni rozszerzającej określonych regulacji na niekorzyść sprawcy. Tego rodzaju zabieg interpretacyjny godziłby bowiem w wyrażoną w art. 42 ust. 1 Konstytucji i art. 1 § 1 k.k. zasadę określoności przestępstwa" (II KK 179/12, KZS 2012/1/9).

Norma prawno-karna statuująca odpowiedzialność za przestępstwo musi posiadać taki stopień określoności i precyzji, by wszyscy jej adresaci mogli bez trudu ustalić, co jest w istocie zachowaniem zabronionym przez ustawodawcę pod groźbą kary. W ocenie Sądu wymogi te nie zostałyby spełnione w sytuacji, w której doszłoby do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 270 § 1 k.k. lekarza, który wbrew warunkowi „niezwłoczności” (jako znamieniu nieostremu zawartemu w przepisach rozporządzenia) dokonuje wpisu w dokumentacji medycznej pacjenta z pewnym opóźnieniem. Podstawowym pytaniem, które pojawia się przy takiej interpretacji, jest pytanie o to, do kiedy (tj. do jakiego momentu po udzieleniu określonego świadczenia medycznego) lekarz mógłby dokonywać wpisu potwierdzającego fakt udzielenia świadczenia, od którego zaś jego działanie nabierałoby cech bezprawności. Z uwagi na to, że obecnie obowiązujące przepisy Rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania nie pozwalają na precyzyjne ustalenie momentu, o którym wyżej mowa, w ocenie Sądu nie można w oparciu o nie zrekonstruować normy prawno-karnej stanowiącej podstawę do pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności karnej za przestępstwo fałszu dokumentu w sytuacji dokonania wpisu w dokumentacji lekarskiej w innej chwili, aniżeli niezwłocznie po udzieleniu świadczenia medycznego. Jeszcze raz podkreślić przy tym wypada,

że czym innym jest fakt sporządzenia dokumentacji medycznej niezgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, czym innym zaś odpowiedzialność karna za przestępstwo fałszu – intelektualnego lub materialnego.

Z omówionych wyżej względów Sąd uniewinnił oskarżonego W. K. (1) od popełnienia zarzucanych mu czynów, zaś na podstawie art. 632 pkt 2 k.p.k. orzekł, iż koszty postępowania ponosi Skarb Państwa.

O dowodach rzeczowych orzeczono w oparciu o przepis art. 230 § 2 k.p.k., mając na względzie fakt ich zabezpieczenia podczas przeszukania dokonanego na terenie przychodni (...) w S. oraz zbędność dla postępowania karnego.