

*Sygn. akt II K 437/14*

## WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Dnia 26 sierpnia 2016 roku**

**Sąd Rejonowy w Bielsku Podlaskim w II Wydziale Karnym** w składzie:

**Przewodniczący** SSR Dariusz Wiśniewski

**Protokolant** Joanna Radziszewska

przy udziale **Prokuratora** Elżbiety Bułat

**Oskarżycieli**

**posiłkowych** K. M.

(...) w B.

po rozpoznaniu na rozprawie w dniach 14 kwietnia, 4 maja, 1 i 17 czerwca, 10 lipca oraz 30 grudnia 2015 roku, a także 18 stycznia, 19 lutego, 11 marca, 1 i 15 kwietnia oraz 12 sierpnia 2016 roku

sprawy:

**B. D. (1)** z domu Ż., córki M. i A. z domu N., urodzonej w dniu 23 stycznia 1943 roku w B.,

**oskarżonej o to, że:**

I. w okresie od dnia 11 marca 2008 roku do dnia 08 lutego 2010 roku w B., działając ze z góry powziętym zamiarem i czynem ciągłym, dokonała, w celu użycia za autentyczne, podrobienia czytelnych podpisów K. M. na 11 deklaracjach rozliczeniowych do ZUS, oznaczonych ZUS DRA z datą wypełnienia 05.01.2010 r., ZUS DRA z datą wypełnienia 08.02.2010 r., ZUS DRA z datą wypełnienia 04.12.2009 r., ZUS DRA z datą wypełnienia 10.10.2009 r., ZUS DRA z datą wypełnienia 13.10.2009 r., ZUS DRA z datą wypełnienia 14.09.2009 r., ZUS DRA z datą wypełnienia 10.08.2009 r., ZUS DRA z datą wypełnienia 03.06.2009 r., ZUS DRA z datą wypełnienia 14.05.2009 r., ZUS DRA z datą wypełnienia 14.04.2009 r., ZUS DRA z datą wypełnienia 09.04.2009 r. i ZUS DRA z datą wypełnienia 11.01.2009 r., a także na 4 zgłoszeniach / zmianach danych płatnika składek osoby fizycznej do ZUS, oznaczonych ZUS ZFA z datą wypełnienia 09.01.2009 r., ZUS ZPA bez daty wypełnienia, z pieczętką wpływu do ZUS z dnia 11.03.2008 r., ZUS ZIPA z datą wypełnienia 09.01.2009 r. i ZUS ZUA z datą wypełnienia 07.01.2009 r., oraz na oświadczeniu z dnia 18.01.2008 r., adresowanym do US B.,

**to jest o czyn z art. 270 § 1 k.k. w zw. z art. 12 k.k.,**

II. w dniu 28 sierpnia w B. groziła K. M. pozbawieniem życia oraz fałszywym oskarżeniem przed organami powołanymi do ścigania przestępstw, przy czym groźby te wzbudziły w zagrożonej uzasadnioną obawę, że będą spełnione,

**to jest o czyn z art. 190 § 1 k.k.,**

**B. D. (2)**, syna M. i B. z domu Ż., urodzonego w dniu (...) w B.,

**oskarżonego o to, że:**

I. w okresie od 28 lutego 2013r. do 10 marca 2013r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 45,50 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 15 lutego 2013r. dla H. T. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez (...), której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000015, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez H. T. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

II. w okresie od 30 kwietnia 2009r. do 10 maja 2009r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 81,90 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 20 kwietnia 2009r. dla A. C. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B., do reprezentowania której był uprawniony, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.01.01.2000001, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez A. C. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

III. w okresie od 31 grudnia 2012r. do 10 stycznia 2013r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 05 grudnia 2012r. dla M. L. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez „(...)”, której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez M. L. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

IV. w okresie od 31 maja 2012r. do 10 czerwca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 25 maja 2012r. dla J. S. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez „(...)”, której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez J. S. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

V. w okresie od 31 grudnia 2011r. do 10 stycznia 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników

Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 07 grudnia 2011r. dla N. D. (1) przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B., do reprezentowania której był uprawniony, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez N. D. (1) i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

VI. w okresie od 31 lipca 2009r. do 10 sierpnia 2009r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 81,90 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 01 lipca 2009r. dla J. B. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B., do reprezentowania której był uprawniony, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.01.01.2000001, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez J. B. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

VII. w okresie od 31 grudnia 2011r. do 10 stycznia 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 07 grudnia 2011r. dla M. A. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B., do reprezentowania której był uprawniony, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez M. A. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

VIII. w okresie od 31 maja 2009r. do 10 czerwca 2009r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 36,40 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 18 maja 2009r. dla J. W. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B., do reprezentowania której był uprawniony, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.01.01.2000002, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez J. W. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

IX. w okresie od 31 maja 2012r. do 10 czerwca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 30 maja 2012r. dla P. L. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez (...), której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie

5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie takie nie zostało udzielone,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

X. w okresie od 30 czerwca 2012r. do 10 lipca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 91 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 22 czerwca 2012r. dla P. L. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez (...), której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.05.00.0000082, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez P. L. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XI. w okresie od 28 lutego 2012r. do 10 marca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 22 lutego 2012r. dla P. B. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez (...), której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez P. B. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XII. w okresie od 28 lutego 2012r. do 10 marca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 91 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 24 lutego 2012r. dla P. B. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez „(...)”, której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.05.00.0000082, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie takie nie zostało udzielone,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XIII. w okresie od 30 czerwca 2012r. do 10 lipca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 13 czerwca 2012r. dla A. B. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez (...), której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez A. B. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XIV. w okresie od 30 czerwca 2012r. do 10 lipca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 118,30 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 25 czerwca 2012r. dla A. B. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez (...), której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000013, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez A. B. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XV. w okresie od 30 czerwca 2012r. do 10 lipca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 31,85 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 27 czerwca 2012r. dla A. B. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez (...), której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000011, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez A. B. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XVI. w okresie od 31 lipca 2012r. do 10 sierpnia 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 118,30 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 16 lipca 2012r. dla A. B. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez „(...)”, której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000013, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez A. B. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XVII. w okresie od 30 września 2012r. do 10 października 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 07 września 2012r. dla A. B. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez „(...)”, której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez A. B. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XVIII. w okresie od 30 września 2012r. do 10 października 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w

błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 03 września 2012r. dla A. K. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez „(...)”, której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie takie nie zostało udzielone,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XIX. w okresie od 30 września 2012r. do 10 października 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 91 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 05 września 2012r. dla A. K. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez „(...)”, której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.05.00.0000082, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie takie nie zostało udzielone,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XX. w okresie od 30 czerwca 2012r. do 10 lipca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 01 czerwca 2012r. dla A. R. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez „(...)”, której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez A. R. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XXI. w okresie od 31 sierpnia 2012r. do 10 września 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 06 sierpnia 2012r. dla A. Ł. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez „(...)”, której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez A. Ł. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XXII. w okresie od 31 grudnia 2012r. do 10 stycznia 2013r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 07 grudnia 2012r. dla L. T. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez „(...)”, której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości

świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez L. T. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XXIII. w okresie od 31 maja 2012r. do 10 czerwca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 09 maja 2012r. dla J. T. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez (...), której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez J. T. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XXIV. w okresie od 31 sierpnia 2010r. do 10 września 2010r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 81,90 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 11 sierpnia 2010r. dla T. O. (1) przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B., do reprezentowania której był uprawniony, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.01.01.2000001, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez T. O. (1) i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XXV. w okresie od 30 października 2010r. do 10 listopada 2010r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 36,40 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 01 października 2010r. dla T. O. (1) przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B., do reprezentowania której był uprawniony, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.01.01.2000002, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie takie nie zostało udzielone,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XXVI. w okresie od 30 listopada 2010r. do 10 grudnia 2010r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 36,40 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 10 listopada 2010r. dla T. O. (1) przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B., do reprezentowania której był uprawniony, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.01.01.2000002, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie takie nie zostało udzielone,

***to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,***

XXVII. w okresie od 30 czerwca 2012r. do 10 lipca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 63,70 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 18 czerwca 2012r. dla W. O. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez (...), której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.30.00.0000012, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez W. O. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

**to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,**

XXVIII. w okresie od 30 czerwca 2012r. do 10 lipca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 81,90 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 20 czerwca 2012r. dla W. O. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez (...), której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.03.00.0000040, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie takie nie zostało udzielone,

**to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,**

XXIX. w okresie od 30 czerwca 2012r. do 10 lipca 2012r. w B. działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadził Skarb Państwa reprezentowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B. do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 27,32 zł. w ten sposób, że wprowadził w błąd pracowników Oddziału Funduszu co do udzielenia w dniu 28 czerwca 2010r. dla M. K. przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...) w B. prowadzoną przez „(...)”, której był współnikiem, w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o kodzie 5.01.01.2000002, które to świadczenie zostało zrefundowane przez Oddział Funduszu, podczas gdy w rzeczywistości świadczenie to zostało zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej, zostało opłacone przez M. K. i nie podlegało refundacji w ramach zawartej z Oddziałem Funduszu umowy,

**to jest o czyn z art. 286 § 1 k.k.,**

I. Na mocy art. 17 § 1 pkt 3 k.p.k. w zw. z art. 1 § 2 k.k. **umarza** postępowanie karne wobec oskarżonej **B. D. (1)** w zakresie czynu opisanego w punkcie I aktu oskarżenia.

II. Oskarżoną **B. D. (1) uniewinnia** od popełnienia czynu opisanego w punkcie II aktu oskarżenia.

III. Oskarżonego **B. D. (2) uniewinnia** od popełnienia wszystkich zarzuconych mu w akcie oskarżenia czynów.

IV. **Kosztami procesu**, z wyjątkiem należności z tytułu udziału adwokata i radcy prawnego, ustanowionych w charakterze pełnomocników przez oskarżycieli posiłkowych, **obciąża Skarb Państwa**.

**Sędzia :**

**II K 437/14**

## UZASADNIENIE

B. D. (1) została oskarżona o to, że w okresie od dnia 11 marca 2008 roku do dnia 08 lutego 2010 roku w B., działając w krótkich odstępach czasu w wykonaniu z góry powziętego zamiaru oraz w celu użycia za autentyczne, dokonała



podrobienia czytelnych podpisów K. M. na dokumentach przeznaczonych dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz na oświadczeniu adresowanym do Urzędu Skarbowego, czym miała wypełnić ustawowe znamiona czynu z art. 270 § 1 k.k. w zw. z art. 12 k.k.

W trakcie procesu jednoznacznie ustalono, że B. D. (1) podrobiła czytelny podpis K. M. na:

- oświadczeniu z dnia 18 stycznia 2008 roku, adresowanym do US w B. (**k. 49**),
- formularzu ZUS ZPA złożonym w ZUS w B. w dniu 11 marca 2008 roku (**k. 20**),
- formularzu ZUS ZUA z datą wypełnienia 07 stycznia 2009 roku (**k. 47**),
- formularzu ZUS ZFA z datą wypełnienia 09 stycznia 2009 roku (**k. 19**),
- formularzu ZUS ZIPA z datą wypełnienia 09 stycznia 2009 roku (**k. 46**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 11 stycznia 2009 roku (**k. 45**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 09 kwietnia 2009 roku (**k. 44**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 14 kwietnia 2009 roku (**k. 43**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 14 maja 2009 roku (**k. 42**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 03 czerwca 2009 roku (**k. 41**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 10 sierpnia 2009 roku (**k. 40**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 14 września 2009 roku (**k. 39**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 10 października 2009 roku (**k. 37**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 13 października 2009 roku (**k. 38**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 04 grudnia 2009 roku (**k. 36**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 05 stycznia 2010 roku (**k. 17**),
- deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z datą wypełnienia 08 lutego 2010 roku (**k. 18**),

a następnie użyła tych dokumentów jako autentycznych, składając wymienione na wstępie oświadczenie w Urzędzie Skarbowym w B., zaś opisane formularze oraz deklaracje rozliczeniowe – w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w B..

Oskarżona przyznała się do wskazanych wyżej działań. Wyjaśniła (**k. 111 – 112, 4890 – 490**), że będąc już na emeryturze, przez około cztery lata nieodpłatnie prowadziła (...) spółki (...), którą założyli jej syn B. D. (2) i K. M.. W ramach tego zajęcia wypełniała także różne dokumenty, które wspólnicy mieli obowiązek składać do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego, a nawet osobiście dostarczała je do właściwych instytucji. K. M. często zapominała jednak o tych obowiązkach, nie zgłaszała się do oskarżonej w celu podpisania druków i nie zawsze była uchwytta przed terminem ich złożenia. Jednocześnie, ustnie upoważniła ją do tego, by w takich sytuacjach podpisywała się na dokumentach za nią. Oskarżona stwierdziła, że nie była w pełni świadoma, iż taki proceder jest bezprawny, a zarazem podkreśliła, że podrobione przez nią oświadczenie i formularze nie miały istotnego znaczenia.

Powyższe depozycje B. D. (1) potwierdzili jej mąż M. D. (**k. 1130 – 114, 562 – 563**) oraz syn B. D. (2) (**k. 397 – 4020, 490 – 4900**).

K. M. oświadczyła (**k. 220 – 25, 1500 – 152, 2270 – 229, 491 – 4920, 4970 – 5000**), że o sfalszowaniu jej podpisu na dokumentach składanych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Urzędzie Skarbowym dowiedziała się już w 2011 roku, kiedy przeglądała dokumentację przekazywaną do nowego biura księgowego. Nie wiedziała wówczas, kto tego dokonał, ani w jakim celu to uczynił. Nie upoważniała nikogo do podpisywania się jej imieniem i nazwiskiem, nie pamiętała także, by kiedykolwiek wystąpiły problemy z uzyskaniem od niej podpisu na dokumentach przygotowywanych przez rodziców jej współnika. Przyznała, że miała świadomość, iż jako osoba prowadząca działalność gospodarczą musi co miesiąc składać m.in. deklaracje rozliczeniowe ZUS DRA, ale nigdy nie zastanowiło jej, czemu tego typu formularze nie są jej regularnie przedkładane do podpisu.

Ponieważ B. D. (1) potwierdziła, iż na zakwestionowanych przez K. M. dokumentach podpisała się jej imieniem i nazwiskiem, fakt ten jawił się jako bezsporny. W ocenie Sądu, nie sposób jednocześnie przyjąć, że oskarżona nie zdawała sobie sprawy z bezprawności takiego działania. Przede wszystkim, przez wiele lat pracowała ona w charakterze księgowej, a ponadto – co sama podkreślała w swoich wyjaśnieniach – wielokrotnie podejmowała duży wysiłek, aby przedłożyć przygotowane dokumenty współnicze syna do podpisu, co byłoby nieuzasadnione, gdyby pozostawała w przeświadczeniu, że może się na nich podpisać za nią. Z drugiej jednak strony, jeżeli nawet K. M. nigdy formalnie nie „upoważniła” oskarżonej do podpisywania się jej imieniem i nazwiskiem na dokumentach składanych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i w Urzędzie Skarbowym, to zasady logiki i wskazania doświadczenia życiowego nakazują przyjąć, że wiedziała o takim procederze i w pełni go akceptowała. Wymieniona przyznała bowiem, że miała świadomość obowiązków ciążących na niej w zakresie, między innymi, raportowania określonych danych Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, czego nie da się racjonalnie powiązać z faktem, że przez 2009 rok nie podpisała znakomitej większości druków ZUS DRA.

Reasumując, zgromadzony w sprawie materiał dowodowy dał podstawę do przyjęcia, że B. D. (1) wypełniła swoim zachowaniem ustawowe znamiona czynu z art. 270 § 1 k.k. w zw. z art. 12 k.k. (choć opis tego czynu, zawarty w akcie oskarżenia, nie był do końca prawidłowy: podany w nim okres popełnienia czynu zabronionego nie uwzględniał wskazanego w nim oświadczenia z dnia 18 stycznia 2008 roku, redakcja zarzutu akcentowała samo podrobienie podpisu, a nie dokumentu, na jakim taki podpis był składany i którym sprawca potem się posłużył, a do tego wskazano, że podpis podrobiono na 11 deklaracjach ZUS DRA, podczas gdy wymieniono ich 12). Zgodnie jednak z treścią art. 1 § 2 k.k., nie stanowi przestępstwa czyn zabroniony, którego społeczna szkodliwość jest znikoma, zaś w myśl art. 115 § 2 k.k., przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. B. D. (1) ma 73 lata i dotąd nie była karana (**k. 201**). Już podczas pierwszego przesłuchania w dochodzeniu przyznała się do winy (w odniesieniu do analizowanego tutaj czynu) i złożyła wyjaśnienia zgodne z ustaleniami faktycznymi Sądu, wyrażając skruchę. Podrabiane przez nią dokumenty nie miały istotnego znaczenia prawnego (jedynie raportowały zaistnienie pewnych okoliczności), zostały prawidłowo wypełnione i nie były kwestionowane. Działania oskarżonej nie tylko nie wyrządziły żadnej szkody, ale wręcz uchroniły K. M. od negatywnych konsekwencji uchybienia terminom składania poszczególnych formularzy. Co więcej, z zebranych dowodów wynika, że K. M. wiedziała o bezprawnych działaniach B. D. (1) i akceptowała je, ale gdyby nawet przyjąć – zgodnie z jej zeznaniami – że wiedzę o takim procederze powzięła dopiero w 2011 roku, to zauważyć wypada, że przez kilka następnych lat nie zgłaszała tego faktu organom ścigania i nie miała do oskarżonej żadnych pretensji, zaś zawiadomienie o popełnionym przez nią przestępstwie złożyła dopiero po eskalacji swojego konfliktu z jej synem, dążąc do zdyskredytowania jego rodziny.

Powyższe okoliczności przemawiają za przyjęciem, że społeczna szkodliwość analizowanego tu czynu B. D. (1) jest znikoma, co zgodnie z dyspozycją art. 17 § 1 pkt 3 k.p.k. musiało skutkować umorzeniem postępowania karnego w tym zakresie.

B. D. (1) została również oskarżona o to, że w dniu 28 sierpnia 2014 roku w B. groziła K. M. pozbawieniem życia i fałszywym oskarżeniem przed organami powołanymi do ścigania przestępstw, a groźby te wzbudziły w wyżej

wymienionej uzasadnioną obawę, że zostaną spełnione, czym miała wypełnić ustawowe znamiona czynu z art. 190 § 1 k.k.

Bezspornym jest, że w dniu 28 sierpnia 2014 roku B. D. (1), w towarzystwie męża M. D., przysłała do mieszczącej się w B. przychodni (...), w której pracowała K. M., aby z nią porozmawiać. Nie ulega także wątpliwości, że obie wymienione kobiety spotkały się wówczas i doszło pomiędzy nimi do kłótni, aczkolwiek zebrany materiał dowodowy nie pozwolił na dokładne odtworzenie przebiegu tego zajścia, a w szczególności na ustalenie słów wypowiedzianych przez oskarżoną.

B. D. (1) nie przyznała się do popełnienia czynu z art. 190 § 1 k.k. Wyjaśniła (**k. 361 – 3610, 4890 – 490**), że w związku ze złożeniem przez K. M. zawiadomienia o popełnieniu przez nią oraz jej syna B. D. (2) szeregu przestępstw, a także innymi działaniami podejmowanymi przez wyżej wymienioną w celu przejęcia spółki (...), chciała zwrócić jej przedmioty, które we wcześniejszych latach otrzymała od niej w ramach podziękowań za zajmowanie się sprawami tego przedsiębiorstwa. Podczas rozmowy wypomniała K. M., iż powstanie spółki (...) było możliwe dzięki pieniądзом, jakie na ten cel przekazała swojemu synowi, jak i to, że przez cztery lata nieodpłatnie prowadziła jej księgowość. Oskarżona stanowczo zaprzeczyła, aby groziła wówczas swojej interlokutorce, podkreślając, że baczyła na słowa, gdyż świadkami tej rozmowy byli jakiś nieznany jej pacjent i pielęgniarka E. S..

Powyższe depozycje B. D. (1) potwierdzili jej mąż M. D. (**k. 3630 – 3640, 562 – 563**) oraz syn B. D. (2) (**k. 490 – 4900, 7330 – 736**), który podczas tej wizyty przebywał w przychodni (...) w sąsiednim gabinecie i słyszał przebieg spornej rozmowy.

K. M. podała (**k. 1500 – 152, 491 – 4920, 4970 – 5000**), że w dniu 28 sierpnia 2014 roku około godziny 12:00 rodzice jej współnika wtargnęli do jej gabinetu, gdy przyjmowała pacjenta, i oświadczyli, że chcą z nią porozmawiać. Kiedy poprosiła, aby zaczekali, aż skończy badanie, B. D. (1) zaczęła krzyczeć, że nie będzie czekać. Przeszła wówczas z pacjentem do drugiego gabinetu, tam przeprowadziła badanie, po czym powróciła do pomieszczenia, w którym nadal przebywali rodzice B. D. (2). Towarzyszyli jej pacjent oraz pielęgniarka E. S.. B. D. (1) zaczęła krzyczeć, że z nią „koniec”, „załatwi ją”, „zrobi z nią porządek”, „nie wyjdzie z sądu” oraz „weźmie się za nią CBS i pożałuje”. Wypowiadając te słowa, oskarżona zamachnęła się na nią, ale jej nie uderzyła. Pokrzywdzona stwierdziła, że określenia „z tobą koniec” i „załatwię cię” odebrała jako groźby pozbawienia jej życia. Co więcej, obawiała się, że B. D. (1) może swoje zapowiedzi spełnić, chociaż przyznała, iż nigdy wcześniej nie była świadkiem jej agresywnych zachowań.

E. S. potwierdziła (**k. 1990 – 2000, 561 – 5610**), że była obecna w gabinecie K. M. podczas jej spotkania z rodzicami B. D. (2). Oświadczyła jednak, że zajmowała się „swoimi sprawami” i nie jest w stanie odtworzyć przebiegu rozmowy, która miała wtedy miejsce. Przyznała, że B. D. (1) i jej mąż mówili podniesionymi głosami i wspominali o kontroli z urzędu, ale nie potrafiła powiedzieć, czy wypowiadali jakieś groźby. Podkreśliła, że nie doszło do żadnych rękoczynów.

W trakcie procesu ustalono, że pacjentem obecnym w gabinecie pokrzywdzonej podczas wizyty B. D. (1) i jej męża był prokurator K. Z.. Zeznał on (**k. 7150**), iż rodzice B. D. (2) byli wtedy zdenerwowani, dużo gestykulowali, mówili jednocześnie, a do tego nawiązywali do różnych zdarzeń z przeszłości, w związku z czym dokładnie ich nie zrozumiał. Miał jednak wrażenie, że domagali się od pokrzywdzonej jakichś pieniędzy i zapowiadali, że może mieć ona kłopoty natury cywilnoprawnej. Nie usłyszał natomiast żadnych groźb, w szczególności odnoszących się do wszczęcia przeciwko K. M. postępowania karnego, a tym bardziej wiążących się z popełnieniem na jej szkodę przestępstwa.

K. Z. jest dla uczestników zajścia z dnia 28 sierpnia 2014 roku osobą obcą, jego świadkiem stał się w sposób przypadkowy, nie miał żadnego interesu w tym, aby jego przebieg opisać w sposób niezgodny z rzeczywistością (tym bardziej, że czyn z art. 190 § 1 k.k. jest ścigany na wniosek), a z racji wykonywanego zawodu jest osobą wyculoną na punkcie wychwytywania zachowań niezgodnych z prawem. Nie sposób zatem przyjąć, że nie zwróciłby uwagi na popełnienie w jego obecności występku z art. 190 § 1 k.k. i nie zapamiętał tego faktu, przez co treść jego zeznań rodzi poważne i nie dające się usunąć wątpliwości co do słów wypowiedzianych w trakcie analizowanego zajścia przez oskarżoną, które to wątpliwości, zgodnie z regułą in dubio pro reo z art. 5 § 2 k.p.k., należało rozstrzygnąć na jej korzyść.

Z treści art. 115 § 12 k.k. wynika, że groźba spowodowania postępowania karnego (jeżeli nie ma na celu ochrony prawa naruszonego przestępstwem) oraz groźba rożgłoszenia wiadomości uwłaczającej czci zagrożonego stanowią groźbę bezprawną, ale nie są groźbą karalną, o której mowa w art. 190 k.k.

Z zeznań K. M. wynikało, że B. D. (1) groziła jej, iż „nie wyjdzie z sądu” oraz „weźmie się za nią CBS”. Jeżeli nawet uznać, iż takie słowa faktycznie padły z ust oskarżonej, to wobec ich bardzo ogólnikowego charakteru nie sposób przyjąć za autorem aktu oskarżenia, że była to zapowiedź „fałszywego oskarżenia przed organami powołanymi do ścigania przestępstw”. Co najwyżej, można tutaj mówić o groźbie spowodowania jakiegoś postępowania, czyli o groźbie bezprawnej, która nie wypełnia znamion czynu z art. 190 § 1 k.k. Jeśli chodzi o groźbę pozbawienia życia, to zauważyć należy, że nawet z zeznań pokrzywdzonej nie wynika, iż taka groźba została przez oskarżoną wyartykułowana w sposób jednoznaczny. K. M. oświadczyła, że tak zrozumiła słowa B. D. (1) „z tobą koniec” i „załatwię cię”. Rozumowanie to jest jednak błędne, bowiem z kontekstu tych wypowiedzi i całej sytuacji wynika, że jeżeli nawet oskarżona użyła tego typu sformułowań, to wyłącznie w rozumieniu negatywnych dla pokrzywdzonej skutków postępowania, jakie rzekomo miała przeciwko niej zainicjować. Wskazać wreszcie wypada, że warunkiem odpowiedzialności z art. 190 § 1 k.k. jest skutek w postaci wzbudzenia w osobie zagrożonej uzasadnionej obawy, że groźba będzie spełniona. Dla bytu tego przestępstwa nie wystarczy bowiem, aby w subiektywnym odczuciu pokrzywdzonego groźba jawiła się jako realna, gdyż taka obawa musi poddawać się obiektywnej weryfikacji, opierającej się na ustaleniu, iż przeciętny człowiek, o porównywalnych do pokrzywdzonego cechach osobowości, psychiki, intelektu i umysłowości, w podobnych warunkach uznałby daną groźbę za realną i wzbudzającą obawę. K. M. od wielu lat знаła oskarżoną, w przeszłości utrzymywała z nią dość bliskie relacje i darzyła ją zaufaniem, nigdy też – jak sama przyznała – nie była świadkiem, by zachowywała się ona agresywnie (osoby obecne przy zajściu z dnia 28 sierpnia 2014 roku nie potwierdziły, by oskarżona zamachnęła się wówczas na pokrzywdzoną, a i ona sama w toku rozprawy już o tym nie wspominała). Mając na uwadze powyższe, a także wiek B. D. (1) (73 lata), jej niekaralność oraz brak jakichkolwiek związków ze środowiskiem przestępczym, nie sposób uznać, że ewentualna obawa spełnienia przez nią rzekomych gróźb pozbawienia pokrzywdzonej życia była obiektywnie uzasadniona.

Reasumując, zebrany w sprawie materiał dowodowy nie dał podstaw do przyjęcia, że B. D. (1) wypełniła swoim zachowaniem ustawowe znamiona czynu z art. 190 § 1 k.k., zatem Sąd uniewinnił ją od jego popełnienia.

B. D. (2) przedstawiono 29 zarzutów z art. 286 § 1 k.k., które miały polegać na wielokrotnym doprowadzeniu Skarbu Państwa, reprezentowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w B., do niekorzystnego rozporządzenia mieniem przez wprowadzenie w błąd pracowników tej instytucji co do udzielenia 19 pacjentom świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez NFZ z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnią (...), prowadzonym przez (...), gdzie był jednym ze współników, które to świadczenia zostały następnie zrefundowane przez ww. instytucję, podczas gdy w rzeczywistości świadczenia takie w ogóle nie zostały udzielone (zarzuty IX, XII, XVIII, XIX, XXV, XXVI i XXVIII), bądź też zostały zrealizowane w ramach prowadzonej przez niego prywatnej praktyki medycznej i były opłacone przez pacjentów, a w związku z tym nie podlegały refundacji. Czynów tych oskarżony miał się dopuścić w B. w okresie od dnia 30 kwietnia 2009 roku do dnia 10 marca 2013 roku, działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej i wyrządzając szkodę w łącznej wysokości 1.942,77 złotych.

B. D. (2) nie przyznał się do winy. Wyjaśnił (**k. 397 – 4020, 490 – 4900, 7330 – 736**), że od listopada 2007 roku razem z K. M. prowadzili działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej (...). W czerwcu 2011 roku została ona przekształcona w spółkę partnerską lekarzy. Już na samym początku przedsiębiorstwo to utworzyło w B. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Przychodnię (...). Wspólnie z K. M. udzielali tam pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno w ramach swych prywatnych praktyk medycznych, jak i na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim w B.. Oskarżony podał, że pacjentów „prywatnych” co do zasady przyjmowali jedynie w czwartki, chociaż zdarzały się odstępstwa w przypadkach nagłych. W inne dni tygodnia świadczeń udzielali wyłącznie pacjentom „funduszowym”. W początkowym okresie istnienia ich przychodnia nie posiadała własnej rejestracji, lecz korzystała z funkcjonującej w tym samym budynku rejestracji Spółdzielni (...). Pracowały tam dwie rejestratorki, K. I. i A. M.. Umawiały one pacjentów, zakładały im karty, a

także pobierały opłaty od tych, którzy zgłaszali się na wizyty prywatne. Oskarżony podkreślił, że w tamtym okresie nigdy nie brał pieniędzy bezpośrednio od pacjentów, a jeżeli zdarzało się, że osoba, która miała skierowanie i była przez niego przyjmowana w ramach umowy zawartej z NFZ, pomimo tego uiszczala jakieś opłaty w rejestracji, to o takich sytuacjach nie wiedział. Rejestratorki prowadziły zeszyty, do których wpisywały pacjentów prywatnych i pobrane od nich kwoty. W oparciu o te zeszyty rozliczały się później z K. M. jako kierownikiem przychodni (...), i dopiero ona przekazywała mu należną część otrzymanych w ten sposób kwot. W przychodni zatrudnione były pielęgniarki – E. S., A. Z. oraz K. Ż. – które w oparciu o dane uzyskane od rejestratorek sporządzały listę pacjentów „funduszowych”. Miały to robić na bieżąco, lecz często dokonywały tego z opóźnieniem. W oparciu o tą listę U. L., która w tamtym okresie była zatrudniona na podstawie umowy zlecenia i przychodziła do przychodni tylko raz na kilka dni, wprowadzała pacjentów „funduszowych” do specjalnego programu komputerowego, który na koniec miesiąca generował raport będący podstawą do rozliczeń z NFZ. Oskarżony zaznaczył, iż nie brał żadnego udziału w tych czynnościach i nie miał możliwości korygowania ewentualnych błędów. Wiedział natomiast, iż w zestawieniach wysyłanych do NFZ zdarzały się omyłki, bowiem współpraca z zewnętrzną rejestracją szwankowała, a do tego wielu pacjentów miało w przychodni zarówno kartę „funduszową”, jak i „prywatną” (było to związane z tym, że pacjenci, chociaż mieli skierowania, często nie chcieli czekać w dłuższej kolejce na wizytę refundowaną i na początku decydowali się na płatną wizytę prywatną, dopiero na kolejne wizyty umawiając się w ramach posiadanego skierowania). Oskarżony podkreślił, że nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej oraz rozliczenia z NFZ należały do obowiązków K. M. jako kierownika przychodni. Ona udzielała także wyjaśnień na żądanie tej instytucji, które niekiedy skutkowały koniecznością korygowania wystawianych faktur. Oskarżony dodał, że w maju 2013 roku przychodnia (...) utworzyła własną rejestrację, wdrożyła system eWUŚ i zatrudniła na stałe U. L.. Uporządkowało to obieg dokumentów i wymusiło przygotowywanie zestawień pacjentów „funduszowych” na bieżąco – czego rezultatem było wyeliminowanie nieprawidłowości w rozliczeniach z NFZ (postawione mu zarzuty obejmują okres do dnia 10 marca 2013 roku). Oskarżony nadmienił także, iż akt oskarżenia dotyczy niewielkiego promila świadczeń udzielonych przez przychodnię (...) na przestrzeni czterech lat, a kwota, na którą miał oszukać Skarb Państwa, jest wielokrotnie niższa od kwot, których NFZ nie zapłacił z tytułu procedur wykonanych ponad limity określone w zawartych umowach. Oskarżony stwierdził ponadto, że od dłuższego już czasu jest skonfliktowany z K. M., wyrażając przekonanie, iż złożyła ona zawiadomienie o przestępstwie tylko dlatego, że dąży do przejęcia spółki (...).

W ocenie Sądu, zebrany w sprawie materiał dowodowy nie daje podstaw do zakwestionowania wyjaśnień B. D. (2) i nie jest wystarczający do przypisania mu winy za zarzucone mu czyny.

W toku postępowania nie był kwestionowany fakt, że świadczenia opisane w 29 przedstawionych B. D. (2) zostały wykazane w zestawieniach przekazanych do NFZ, który zrefundował następnie ich udzielenie. W sposób jednoznaczny wynika to zresztą z wydruków z programu (...), na podstawie którego spółka (...) rozliczała się z tą instytucją (**k. 259 – 353b**). Podstawą do sformułowania poszczególnych zarzutów było zestawienie tego faktu z danymi zawartymi w dokumentacji medycznej poszczególnych pacjentów i zeznaniami złożonymi przez nich na okoliczność udzielonych im w przychodni (...) świadczeń oraz opłat, jakie z tego tytułu uiszcili.

I tak:

### **Zarzut I**

H. T. zeznała (**k. 610 – 62, 611 – 6110**), że w lutym 2013 roku otrzymała skierowanie do kardiologa. Zgłosiła się do przychodni (...), gdzie powiedziano jej, że na wizytę refundowaną musi czekać kilka miesięcy. W tej sytuacji, zapisała się na wizytę prywatną, za którą zapłaciła 60 – 70 zł. Przyjął ją B. D. (2). W gabinecie znajdowała się jeszcze pielęgniarka i u którejś z tych osób uiszcila opłatę. W późniejszym okresie była w tej przychodni na kilku wizytach, ale nie płaćła za nie.

Z historii choroby tej pacjentki wynika (**k. 63**), że skierowanie otrzymała w dniu 12 lutego 2013 roku, a na wizycie u B. D. (2) była w dniu 15 lutego 2013 roku (piątek). Udzielone H. T. świadczenie o kodzie 5.30.00.0000015 zostało następnie zgłoszone do NFZ, który za jego wykonanie zapłacił 45,40 zł.

W ocenie Sądu, zeznania H. T. budzą wątpliwości. Utrzymywała ona, że za wizytę u oskarżonego płaciła w jego gabinecie, tymczasem w lutym 2013 roku płatność była jeszcze pobierana w rejestracji Spółdzielni (...).

### **Zarzut II**

H. O. zeznała (**k. 860 – 87**), że jej ojciec, A. C., w 2009 roku dostał skierowanie do kardiologa. Wiosną 2009 roku udała się z nim do przychodni (...). Ojcu zrobiono EKG, potem przyjął go B. D. (2). Takich wizyt jej ojciec miał tam jeszcze kilka. Początkowo H. O. stwierdziła, że za te wizyty nie płaciła. Potem oświadczyła jednak, że raz była prywatnie u doktora D. i za tą wizytę zapłaciła, ale nie pamięta, ile. Nadmienila, że chyba była to pierwsza wizyta.

Z historii choroby wynika (**k. 88**), że A. C. dostał skierowanie w dniu 25 marca 2009 roku, a na wizycie u oskarżonego był w dniu 20 kwietnia 2009 roku (poniedziałek). Udzielone mu świadczenie o kodzie 5.01.01.2000001 zostało później zgłoszone do NFZ, który za jego wykonanie zapłacił 81,90 zł.

H. O. zmarła przed rozprawą, a jej zeznania z dochodzenia są niespójne. Nie wiadomo zwłaszcza, czy kiedy podała, że płaciła za wizytę, to chodziło jej o jedną z wizyt jej ojca (o których na tym samym przesłuchaniu stwierdziła, że były bezpłatne), czy o własną wizytę u kardiologa. Co więcej, jeżeli nawet przyjąć, że chodziło jej o jedną z wizyt jej ojca, to nie była pewna, czy płaciła za pierwszą, czy za jedną z kolejnych.

### **Zarzut III**

W trakcie dochodzenia M. L. zeznała (**k. 890**), że w 2012 roku dostała skierowanie do kardiologa. Kiedy zgłosiła się do przychodni (...), to okazało się, że na wizytę refundowaną długo się czeka, dlatego zdecydowała się na wizytę prywatną. Zapłaciła za nią 60 – 80 złotych. Przyjął ją wtedy B. D. (2). Później zgłosiła się do niego ponownie, wykonano jej test wysiłkowy i echo serca, ale już nie płaciła. Więcej w tej przychodni nie była. Na rozprawie (**k. 6110**) świadek zasadniczo te zeznania podtrzymała, ale oświadczyła, że przy pierwszej wizycie nie miała jeszcze skierowania, dlatego umówiła się prywatnie.

Z historii choroby wynika (**k. 91**), że M. L. dostała dwa skierowania do kardiologa, oba z datą 03 grudnia 2012 roku. W przychodni założono jej dwie karty. W jednej z nich pierwsza wizyta u B. D. (2) jest odnotowana w dniu 05 grudnia 2012 roku (środa), zaś w drugiej – w dniu 18 stycznia 2013 roku (piątek). Świadczenie udzielone M. L. w dniu 05 grudnia 2012 roku, o kodzie 5.30.00.0000012, zostało zgłoszone do NFZ, który za jego wykonanie zapłacił 63,70 zł.

Depozycje M. L. nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, za którą wizytę płaciła, a w szczególności, czy chodziło jej o którąkolwiek z wyżej wymienionych, skoro utrzymywała, że pierwszy raz zgłosiła się do oskarżonego bez skierowania.

### **Zarzut IV**

W toku dochodzenia J. S. zeznała (**k. 920 – 93**), że w 2012 roku zasłabła i bez skierowania udała się do przychodni (...). Była to wizyta prywatna, za którą zapłaciła około 50 – 60 zł. Przyjął ją B. D. (2). Potem udała się do lekarza rodzinnego i otrzymała od niego skierowanie do kardiologa. Do przychodni (...) zgłosiła się w dniu 29 czerwca 2012 roku. Tym razem przyjął ją K. M.. Miała wykonane echo serca. Za tą wizytę nie płaciła. Do tej przychodni chodziła jeszcze we wrześniu lub w październiku 2012 roku, była wtedy ponownie badana przez oskarżonego i nie uiszczała żadnych opłat. Na rozprawie (**k. 611**) świadek zasadniczo podtrzymała powyższe zeznania, ale podkreśliła, że „być może” za pierwszą wizytę zapłaciła. Dodała ponadto, że za pierwszym razem nie zgłaszała się do rejestracji, tylko bezpośrednio do gabinetu doktora D., który powiedział jej, aby następnym razem przyszła już ze skierowaniem.

Z historii choroby wynika (**k. 94**), że J. S. otrzymała skierowanie w dniu 24 maja 2012 roku, a na pierwszej wizycie u oskarżonego była w dniu 25 maja 2012 roku (piątek). Udzielone jej wtedy świadczenie o kodzie 5.30.00.0000012 zostało później zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie 63,70 zł.

W ocenie Sądu, zeznania J. S. nie dają podstaw do przyjęcia, że opisana przez nią, płatna wizyta, była tą z dnia 25 maja 2012 roku, skoro odpłatność wiązała się z wizytą nagłą, nie poprzedzoną uzyskaniem skierowania, wystawionym jej w dniu 24 maja 2012 roku.

#### **Zarzut V**

W toku dochodzenia N. D. (2) zeznała (**k. 950**), że w 2011 roku otrzymała skierowanie do kardiologa. Do przychodni (...) udała się pod koniec 2011 roku, ale na pierwszą wizytę umówiła się prywatnie. Zapłaciła za nią, lecz nie pamiętała, jaką kwotę. Przyjął ją oskarżony. Później była u niego jeszcze kilka razy, jednakże nic już nie płaciła. Na rozprawie (**k. 612**) świadek zasadniczo podtrzymała te zeznania, chociaż stwierdziła, że płaciła za jedną lub dwie wizyty, które były w czwartek.

Z historii choroby wynika (**k. 97**), iż N. D. (2) dostała skierowanie w dniu 03 listopada 2011 roku, a na pierwszej wizycie u B. D. (2) była w dniu 07 grudnia 2011 roku (środa). Udzielone jej wówczas świadczenie o kodzie 5.30.00.0000012 zostało zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie 63,70 zł.

W ocenie Sądu, zeznania N. D. (2) nie są wystarczające do przyjęcia, że uiściła ona opłatę za wizytę w dniu 07 grudnia 2011 roku, skoro była to środa, a świadek utrzymywała, iż płaciła za wizytę w czwartek.

#### **Zarzut VI**

W toku dochodzenia J. B. zeznał (**k. 980 – 99**), iż w 2009 roku otrzymał skierowanie do kardiologa. Udał się później do przychodni (...), ale nie pamiętał, kiedy to było. Pierwsza wizyta być może była prywatna i chyba za nią zapłacił. Przyjął go oskarżony. Potem był tam jeszcze kilka razy, zarówno u B. D. (2), jak i u K. M., ale za te wizyty na pewno nie płacił. Na koniec przesłuchania świadek ponownie podkreślił, że nie pamięta i nie jest pewien, czy za pierwszą wizytę płacił. Na rozprawie (**k. 612**) świadek podtrzymał swoje wcześniejsze zeznania, kolejny raz stwierdzając, że nie przypomina sobie, czy zapłacił za którąś z wizyt, ale „raczej nie”.

Z historii choroby wynika (**k. 100**), że J. B. otrzymał skierowanie w dniu 18 maja 2009 roku, zaś pierwszą wizytę u oskarżonego miał w dniu 01 lipca 2009 roku (środa). Udzielone mu wówczas świadczenie o kodzie 5.01.01.2000001 zostało zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie 81,90 zł.

W ocenie Sądu, zeznania J. B., w których wielokrotnie podkreślał on brak pewności co do tego, czy zapłacił za pierwszą wizytę w przychodni (...), nie mogą być podstawą ustalenia, iż taka okoliczność zaistniała.

#### **Zarzut VII**

W toku dochodzenia M. A. zeznała (**k. 1010 – 102**), iż w 2011 roku dostała skierowanie do kardiologa. Do przychodni (...) udała się pod koniec 2011 roku. Zrobiono jej wtedy badania, a następnie przyjął ją oskarżony. Za tą wizytę zapłaciła 80 zł. Później była w tej przychodni jeszcze kilka razy, ale za kolejne wizyty już nie płaciła. Na rozprawie (**k. 6120**) świadek zasadniczo podtrzymała swoje wcześniejsze zeznania, choć nie była pewna, czy płaciła za pierwszą wizytę, czy za trzecią. Utrzymywała ponadto, że zgłosiła się do przychodni ze skierowaniem, a mimo to kazano jej w rejestracji uiścić opłatę. Później oświadczyła, że za pierwszym razem nie czekała długo na wizytę, ale też nie zrobiono jej wtedy żadnych badań. Kiedy zgłosiła się ponownie, to badania zostały już wykonane, a dopiero potem okazało się, że musi za nie zapłacić. Było to dla niej zaskoczeniem, gdyż posiadała skierowanie. Nie wyjaśniała jednak tej sprawy, tylko pojechała do domu, wzięła pieniądze, po czym wróciła do przychodni i zapłaciła żadaną kwotę.

Z historii choroby wynika (**k. 103**), że M. A. otrzymała skierowanie w dniu 15 listopada 2011 roku, a na pierwszej wizycie u oskarżonego była w dniu 07 grudnia 2011 roku (środa). Udzielone jej w tym dniu świadczenie o kodzie 5.30.00.0000012 zostało potem zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie 63,70 zł.

W ocenie Sądu, rozbieżne zeznania M. A., częściowo sprzeczne z zasadami logiki oraz wskazaniem płynącym z doświadczenia życiowego, budzą wątpliwości co do tego, czy faktycznie płaciła ona za wizytę zrefundowaną przez NFZ.

### **Zarzut VIII**

W dochodzeniu J. W. zeznała (**k. 1330**), że po otrzymaniu skierowania do kardiologa zgłosiła się do przychodni (...). Leczyła się tam u oskarżonego, jak też u K. M.. Robiono jej EKG, za które nie płaciła, a także testy wysiłkowe, za które musiała zapłacić. Szczegółów tych wizyt nie pamiętała. Na rozprawie (**k. 6120 – 613**) świadek nie była w stanie odnieść się do swoich wcześniejszych zeznań, stwierdzając, że nie pamięta już związanych ze sprawą okoliczności. Oświadczyła, że płaciła tylko za jedną wizytę, prawdopodobnie lekarzowi w gabinecie, ale nie pamiętała, czy była to pierwsza wizyta, czy któraś z kolejnych, ani jaką kwotę uiściła.

Z historii choroby wynika (**k. 135**), że J. W. otrzymała skierowanie w dniu 18 maja 2009 roku (poniedziałek) i tego samego dnia zgłosiła się do B. D. (2), a w trakcie wizyty wykonano jej badanie EKG i test wysiłkowy. Udzielone jej wówczas świadczenie o kodzie 5.01.01.2000002 zostało zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie 36,40 zł.

W ocenie Sądu, zeznania J. W. nie są na tyle precyzyjne, aby w oparciu o nie można było dokonać jednoznacznych ustaleń faktycznych. Co więcej, z jej dokumentacji medycznej wynika, że test wysiłkowy miała ona wykonywana także później, przez K. M., a nadto, do przychodni (...) zgłaszała się już w 2008 roku – wtedy przyjął ją oskarżony i został wykonany test wysiłkowy.

### **Zarzuty IX i X**

P. L. oświadczył (**k. 1440 – 145, 5580 – 559**), że w 2012 roku otrzymał skierowanie do kardiologa. W oparciu o posiadany wynik badania echa serca podał, iż do poradni (...) zgłosił się w dniu 22 czerwca 2012 roku. Towarzyszyła mu żona, T. L.. Dowiedział się, że trzeba długo czekać na wizytę refundowaną, dlatego zdecydował się na wizytę prywatną. Zapłacił za nią 30 lub 50 zł. Nadmieniał, że przyjął go lekarz kobieta, a płatności dokonywał u mężczyzny. Innych wizyt w tej poradni nie miał.

W charakterze świadka przesłuchana została także T. L., która jednak w ogóle nie pamiętała, czy była w przychodni (...) (**k. 7330**).

Z historii choroby wynika (**k. 146**), że P. L. otrzymał skierowanie w dniu 24 maja 2012 roku, zaś na pierwszej wizycie był w dniu 30 maja 2012 roku (środa) i został przyjęty przez oskarżonego. Po raz drugi zgłosił się do przychodni (...) w dniu 22 czerwca 2012 roku (piątek) i został przyjęty przez K. M., która wykonała mu wówczas badanie echa serca. Świadczenie udzielone temu pacjentowi w dniu 30 maja 2012 roku, o kodzie 5.30.00.0000012, a także świadczenie udzielone mu w dniu 22 czerwca 2012 roku, o kodzie 5.05.00.0000082, zostały później zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie (odpowiednio) 63,70 zł i 91,00 zł. W akcie oskarżenia przyjęto przy tym, że w pierwszym wypadku oszustwo polegało na zgłoszeniu do refundacji świadczenia, które nie zostało udzielone, zaś w drugim – takiego, za które pacjent zapłacił.

P. L. utrzymywał, że w przychodni (...) był tylko raz, w dniu 22 czerwca 2012 roku, wykonano mu wówczas echo serca, a przyjął go lekarz, która była kobietą. Z historii jego choroby w sposób jednoznaczny wynika, że w dniu 22 czerwca 2012 roku P. L. przyjął K. M. i to ona podpisała się pod wynikiem badania echa serca. Jeżeli założyć, że P. L. za tą wizytę zapłacił, to niezrozumiałym jest objęcie tej sytuacji zarzutem przedstawionym oskarżonemu (świadek utrzymywał wprawdzie, że płacił mężczyźnie, ale nie sposób założyć, że przyjął go K. M., a pieniądze za wizytę wręczył B. D. (2)). W akcie oskarżenia przyjęto również, że skoro P. L. zeznał, że w przychodni (...) był tylko raz, to w dniu 30 maja 2012 roku żadne świadczenie nie zostało mu udzielone. Taka konstatacja jest jednak sprzeczna z treścią dokumentacji medycznej – wizyta z dnia 22 czerwca 2012 roku została w niej wpisana do karty, którą P. L. założył wcześniej, co byłoby niemożliwe, gdyby przychodnia nie miała jego danych. Poddaje to w wątpliwość



prawdziwość zeznań tego świadka co do liczby jego wizyt w przychodni (...) i daty pierwszej z nich, a tym samym sprzeciwia się uznaniu jego depozycji za wiarygodne źródło jakichkolwiek ustaleń faktycznych.

### **Zarzuty XI i XII**

P. B. podał (**k. 1600 – 161, 559**), że w lutym 2012 roku otrzymał skierowanie i udał się do przychodni (...). Dowiedział się, że na wizytę refundowaną musi długo czekać, w związku z czym umówił się na wizytę prywatną. Przyjął go oskarżony. Zrobiono mu EKG i echo serca. Za badania zapłacił około 100 zł, a za wizytę dalsze 30 zł. Wszystko odbyło się w ciągu jednego dnia. Po raz drugi do tej przychodni zgłosił się we wrześniu 2012 roku. Założono mu wówczas Holter, zaś następnego dnia go zdjęto. Nie był wtedy badany przez lekarza i nic nie płacił.

Z historii choroby wynika (**k. 162**), iż P. B. otrzymał skierowanie w dniu 20 lutego 2012 roku, a na wizytach u B. D. (2) był w dniach 22 lutego 2012 roku (środa) i w dniu 24 lutego 2012 roku (piątek). Tak pierwsze z tych świadczeń, o kodzie 5.30.00.0000012, jak też drugie, o kodzie 5.05.00.0000082, zgłoszono następnie do NFZ, który zapłacił za nie (odpowiednio) 63,70 zł oraz 91,00 zł. W akcie oskarżenia przyjęto przy tym, że w pierwszej sytuacji oszustwo polegało na zgłoszeniu do refundacji świadczenia, za które pacjent zapłacił, a w drugim – takiego, które nie zostało udzielone.

### **Zarzuty XIII, XIV, XV, XVI i XVII**

A. B. oświadczyła (**k. 1660 – 167, 559 – 5590**), że w maju 2012 roku otrzymała skierowanie do kardiologa. Udała się do przychodni (...), ale usłyszała, iż na wizytę refundowaną trzeba dość długo czekać, więc zdecydowała się na wizytę prywatną. Łącznie miała ich kilka. Za każdym razem przyjmował ją oskarżony. Przy każdej wizycie miała jakies badania, za które płaciła pielęgniarki. Z tego, co pamiętała, wizyty te były w czwartki. Z K. M. w ogóle nie miała do czynienia.

Z historii choroby wynika (**k. 168**), że A. B. otrzymała skierowanie w dniu 15 maja 2012 roku, zaś na pierwszej wizycie była w dniu 13 czerwca 2012 roku (środa) i została przyjęta przez B. D. (2). Udzielone jej wówczas świadczenie, o kodzie 5.30.00.0000012, zostało następnie zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie 63,70 zł. W akcie oskarżenia przyjęto, że pacjentka ta była przyjmowana przez oskarżonego także w dniach 25 czerwca 2012 roku (poniedziałek), 27 czerwca 2012 roku (środa), 16 lipca 2012 roku (poniedziałek) oraz 07 września 2012 roku (piątek). Udzielone jej w tych datach świadczenia (o kodach 5.30.00.0000013, 5.30.00.0000011 i 5.30.00.0000012) także zostały zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie łącznie 332,15 zł.

Po pierwsze, wskazać należy, że w dokumentacji medycznej znajduje się także druga karta A. B. z przychodni (...), w której pierwszą wizytę tej pacjentki odnotowano w dniu 24 maja 2012 roku (czwartek). A. B. przyjął wówczas oskarżony i była to wizyta prywatna, za którą ww. zapłaciła i która nie była zgłaszana do refundacji. Po drugie, Sądowi nie przedstawiono w toku tego postępowania oryginału historii choroby tej pacjentki, w tym zapisów dotyczących jej wizyt z 25 i 27 czerwca 2012 roku, 16 lipca 2012 roku i 07 września 2012 roku. Z akt sprawy wynika, iż dokumentacją tą dysponowała K. M., która przekazała ją biegłemu z zakresu badania pisma ręcznego. Z treści jego „ekspertyzy” wynika m.in. (**k. 4 – 6**), że zapisy w tej dokumentacji zostały nakreślone przez B. D. (2), za wyjątkiem zapisów dotyczących wizyty z dnia 16 lipca 2012 roku, które nakreśliła K. M. Wymieniona nie kwestionowała tego faktu, niezrozumiałe jest więc przyjęcie przez autora aktu oskarżenia, że ewentualną płatność za wizytę z dnia 16 lipca 2012 roku przyjął od A. B. oskarżony. Co więcej, powyższa okoliczność poddaje w wątpliwość treść zeznań tej pacjentki, która utrzymywała, że nie miała w ogóle do czynienia z K. M..

### **Zarzuty XVIII i XIX**

A. K. zeznała (**k. 1690 – 170, 5590 – 560**), iż w 2012 roku otrzymała skierowanie do kardiologa. Zgłosiła się z nim do przychodni (...), ale usłyszała, że są duże kolejki, w związku z czym zdecydowała się na wizytę prywatną. Przyjął ją oskarżony. Zapłaciła wówczas nie mniej niż 50 zł. Więcej w tej przychodni nie była.

Z historii choroby wynika (**k. 171**), że A. K. otrzymała skierowanie w dniu 01 sierpnia 2012 roku. Pierwszą wizytę, u B. D. (2), odnotowano w dniu 03 września 2012 roku (poniedziałek), a kolejną, również u oskarżonego, w dniu 05 września 2012 roku (środa). Udzielone jej wówczas świadczenia (o kodach 5.30.00.0000012 i 5.05.00.0000082) zostały zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie (odpowiednio) 63,70 zł oraz 91,00 zł. W akcie oskarżenia przyjęto przy tym, że w obu tych sytuacjach oszustwo polegało na zgłoszeniu do refundacji świadczenia, które nie zostało udzielone.

Po pierwsze, z zeznań A. K. wynika, że była na wizycie w przychodni (...), a zatem przyjęcie przez autora aktu oskarżenia, że żadne świadczenie nie zostało jej tam udzielone, jawi się jako niezrozumiałe. Po drugie, dokumentacja medyczna wskazuje, że pacjentka ta była u lekarza w dniu 03 września 2012 roku, zlecono jej wówczas echo serca, a badanie to wykonano w dniu 05 września 2012 roku. Po trzecie, A. K. stwierdziła, że zależało jej na szybkim dostaniu się do lekarza, dlatego zdecydowała się na wizytę prywatną, tymczasem pomiędzy otrzymaniem przez nią skierowania a wizytą minął ponad miesiąc.

### **Zarzut XX**

A. R. zeznała (**k. 1780, 560**), że w dniu 23 maja 2012 roku dostała skierowanie do kardiologa, a chyba w czerwcu 2012 roku zgłosiła się na pierwszą wizytę do przychodni (...). Umówiła się jednak prywatnie i zapłaciła około 120 zł. Później była w tej przychodni jeszcze cztery razy, ale za wizyty już nie płaciła. Zawsze przyjmował ją oskarżony.

Z historii choroby wynika (**k. 180**), że A. R. otrzymała skierowanie w dniu 23 maja 2012 roku, a na pierwszej wizycie u B. D. (2) była w dniu 01 czerwca 2012 roku. Udzielone jej wtedy świadczenie o kodzie 5.30.00. (...) zostało następnie zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie 63,70 zł.

Należy wskazać, że to samo skierowanie jest też przypięte do drugiej karty A. R. z przychodni (...), gdzie odnotowano dwie wizyty tej pacjentki u B. D. (2) – w dniach 20 lipca 2012 roku (piątek) i 24 lipca 2012 roku (wtorek).

### **Zarzut XXI**

A. Ł. zeznała (**k. 1870, 560 – 5600**), iż w 2012 roku otrzymała skierowanie i udała się do przychodni (...). Z uwagi na duże kolejki, postanowiła jednak leczyć się prywatnie. Była tam łącznie na czterech wizytach. Najpierw leczyła się u oskarżonego, a potem u K. M.. Za pierwszą wizytę, w trakcie której wykonano jej echo serca, zapłaciła, natomiast za kolejne wizyty oraz badania nie ponosiła już żadnych opłat.

Z historii choroby wynika (**k. 188**), że A. Ł. dostała skierowanie w dniu 11 lipca 2012, zaś na pierwszej wizycie była w dniu 06 sierpnia 2012 roku (poniedziałek) i przyjął ją B. D. (2). Udzielone jej wówczas świadczenie, o kodzie 5.30.00.0000012, zostało zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie 63,70 zł.

### **Zarzut XXII**

L. T. zeznał (**k. 1890 – 190, 5600**), że otrzymał skierowanie do kardiologa, z którym zgłosił się do przychodni (...). Za pierwszym razem umówił się na wizytę prywatną, ponieważ na refundowaną trzeba było długo czekać. Nie pamiętał, kiedy to było, ani ile zapłacił. Później zgłaszał się do tej przychodni jeszcze wielokrotnie, ale za kolejne wizyty oraz badania nic już nie płacił. Przyjmował go zawsze B. D. (2).

Z historii choroby wynika (**k. 191**), że L. T. otrzymał skierowanie w dniu 09 listopada 2012 roku, a na pierwszej wizycie u oskarżonego był w dniu 07 grudnia 2012 roku (piątek). Udzielone mu wtedy świadczenie, o kodzie 5.30.00.0000012, zostało następnie zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie 63,70 zł.

Wskazać należy, że w dokumentacji medycznej znajduje się też druga karta L. T., w której pierwszą wizytę tego pacjenta odnotowano w dniu 15 listopada 2012 roku (czwartek), a kolejną w dniu 06 grudnia 2012 roku (także czwartek). W obu wypadkach przyjął go B. D. (2). Jeżeli zatem przyjąć za tym świadkiem, że płacił jedynie za swoją pierwszą wizytę

w przychodni, to brak jest podstaw do przyjęcia, że chodziło o refundowaną wizytę z dnia 07 grudnia 2012 roku, a nie prywatną z dnia 15 listopada 2012 roku.

### **Zarzut XXIII**

J. T. zeznała w toku dochodzenia (**k. 1920**), że dostała skierowanie do kardiologa, ale kiedy zgłosiła się do przychodni (...), to okazało się, że na wizytę refundowaną trzeba długo czekać, w związku z czym zdecydowała się na wizytę prywatną. Zapłaciła za nią 80 zł. Przyjął ją wtedy B. D. (2). Później była u niego chyba jeszcze dwa razy, jednak nic już nie płaciła. Na rozprawie (**k. 5600 – 561**), świadek zasadniczo podtrzymała swoje wcześniejsze zeznania, ale podała, iż nie pamięta, czy za którąkolwiek z wizyt płaciła.

Z historii choroby wynika (**k. 194**), że J. T. otrzymała skierowanie w dniu 23 marca 2012 roku, a na pierwszej wizycie była – u oskarżonego – w dniu 09 maja 2012 roku (środa). Udzielone jej wówczas świadczenie, o kodzie 5.30.00.000012, zostało później zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie 63,70 zł.

Wskazać w tym miejscu należy, że w dokumentacji medycznej znajduje się także wynik badania J. T. z dnia 20 kwietnia 2012 roku, co prowadzi do wniosku, że była ona w tej przychodni w okresie wcześniejszym i miała założoną inną kartę. Tym samym, jeśli nawet przyjąć, że zapłaciła tam za pierwszą swoją wizytę, to nie sposób wykluczyć, że dotyczyło to wizyty prywatnej, a nie wizyty z dnia 09 maja 2012 roku.

### **Zarzuty XXIV, XXV i XXVI**

H. M., córka T. O. (2), zeznała w toku dochodzenia (**k. 2120 – 213**), że jej ojciec dostał skierowanie do kardiologa już w sierpniu 2010 roku, jednak początkowo z niego nie skorzystał. Do przychodni (...) zgłosiła się z nim dopiero jesienią 2010 roku. Jej ojca przyjął tam oskarżony. Była to wizyta prywatna, za którą zapłaciła w rejestracji około 60 zł. Jej ojcu założono wtedy Holtera, który został zdjęty następnego dnia. Więcej wizyt w tej przychodni jej ojciec już nie miał. W toku rozprawy (**k. 613 – 6130**), świadek podtrzymała swoje wcześniejsze zeznania. Sprecyzowała, że jedyna wizyta jej ojca w przychodni (...) miała miejsce w dniu 10 listopada 2010 roku oraz wiązała się z opłatą w wysokości 60 – 70 zł. Dopiero wtedy jej ojciec skorzystał ze skierowania, które dostał w sierpniu 2010 roku, bo sama przekazała je wówczas pani z rejestracji. Świadek dodała, że następnego dnia była z ojcem w tej przychodni jeszcze raz, ale wiązało się to tylko z koniecznością zdjęcia Holtera i odczytania jego wyników, za co nie została od nich pobrana żadna opłata. H. M. wykluczyła zarazem, aby jej ojciec miał wcześniej inne skierowanie do kardiologa i zgłosił się do tej przychodni sam lub przy pomocy innych osób.

Z historii choroby wynika (**k. 214**), że T. O. (2) otrzymał skierowanie do kardiologa w dniu 02 sierpnia 2010 roku, pierwszą jego wizytę w przychodni (...) odnotowano już w dniu 11 sierpnia 2010 roku (środa), a kolejne w dniach 01 października 2010 roku (piątek) oraz 10 listopada 2010 roku (środa). Za każdym razem przyjmował go oskarżony. Udzielone mu wtedy świadczenia (o kodach 5.01.01.2000001 i 5.01.01.2000002) zostały zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie łącznie 154,70 zł. Autor aktu oskarżenia przyjął przy tym, że w pierwszym przypadku oszustwo polegało na zgłoszeniu do refundacji świadczenia, za które pacjent zapłacił, a w dwóch kolejnych – na zgłoszeniu świadczeń, które w ogóle nie zostały udzielone.

Wskazać należy, że już w dniu 11 sierpnia 2010 roku przychodnia (...) posiadała dane T. O. (2), które posłużyły do założenia mu karty. Przemawia to za przyjęciem, że pacjent ten skorzystał jednak ze skierowania bezpośrednio po jego otrzymaniu, wbrew twierdzeniom jego córki. Autor aktu oskarżenia zakwestionował zresztą jej zeznania, skoro przyjął, iż sierpniowa wizyta odbyła się. Z treści zarzutu związanego z udzielonym wówczas świadczeniem wynika zarazem, że wizyta ta została przez T. O. (2) opłacona, chociaż H. M. utrzymywała, że opłatę uiściła tylko za wizytę z dnia 10 listopada 2010 roku. Autor oskarżenia przyjął równocześnie, że w dniu 10 listopada 2010 roku żadne świadczenie T. O. (2) nie zostało udzielone, ponownie kwestionując tym samym depozycje córki tego pacjenta, jak i pomijając fakt, iż w dokumentacji medycznej znajduje się wynik badania przeprowadzonego w tym dniu. Co więcej, w historii choroby

znajduje się wynik badania T. O. (2) z końca września 2010 roku, przemawiający za przyjęciem, że sporna wizyta z dnia 01 października 2010 roku miała jednak miejsce.

### **Zarzuty XXVII i XXVIII**

W trakcie dochodzenia W. O. oświadczył (**k. 2220**), iż latem 2012 roku otrzymał skierowanie do kardiologa. Zgłosił się wówczas do przychodni (...), ale z uwagi na długą kolejkę zdecydował się na wizytę prywatną. Zrobiono mu EKG oraz test wysiłkowy i założono Holtera, po czym przyjął go B. D. (2). Po około roku zgłosił się tam po raz drugi. Przyjęła go K. M. oraz miał wykonane echo serca. Za obie te wizyty płacił około 50 – 90 zł. Na rozprawie (**k. 6440 – 645**) świadek nie pamiętał, czy zeznawał to, co zapisano w protokole jego przesłuchania. Podał, że nie pamięta także, czy faktycznie płacił za wizyty. Nadmienił, że nie pamiętał tego już w dochodzeniu, o czym informował przesłuchującego go policjanta.

Z historii choroby wynika (**k. 7 – 11**), że W. O. otrzymał skierowanie w dniu 12 czerwca 2012 roku, natomiast w przychodni (...) był przyjmowany przez oskarżonego w dniach 18 czerwca 2012 roku (poniedziałek) i 20 czerwca 2012 roku (środa). Udzielone mu wtedy świadczenia (o kodach 5.30.00.0000012 i 5.30.00.0000040) zostały następnie zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie (odpowiednio) 63,70 zł oraz 81,90 zł. Autor aktu oskarżenia przyjął przy tym, że w pierwszym wypadku oszustwo polegało na zgłoszeniu do refundacji świadczenia, które pacjent opłacił, a w drugim – takiego, które w ogóle nie zostało udzielone.

W ocenie Sądu, treść zeznań złożonych przez W. O. na rozprawie, w których zasłaniał się on niepamięcią co do okoliczności swoich wizyt w przychodni (...), w tym zwłaszcza co do uiszczania za nie opłat, a zarazem utrzymywał, że okoliczności tych nie pamiętał również w trakcie przesłuchania w dochodzeniu, nie daje podstaw do formułowania w oparciu o jego depozycje wiążących ustaleń faktycznych.

### **Zarzut XXIX**

M. K. zeznała (**k. 2050, 5590**), że w poradni (...) była chyba w 2009 roku, trzy lub cztery razy. Początkowo pojechała tam prywatnie i została przyjęta przez K. M.. Wykonano jej EKG i echo serca. Za tą wizytę zapłaciła w rejestracji około 70 złotych. Po raz drugi była tam na wizycie, na której lekarz zrobił jej test wysiłkowy. Nie miała wówczas skierowania i zapłaciła około 70 złotych. Na trzeciej wizycie miała założonego Holtera, później jeździła na jego zdjęcie. Za te wizyty już nie płaciła.

Z historii choroby wynika (**k. 207**), że M. K. na pierwszej wizycie u oskarżonego była w dniu 28 czerwca 2010 roku (poniedziałek). Udzielone jej wtedy świadczenie o kodzie 5.01.01.2000002 zostało następnie zgłoszone do NFZ, który zapłacił za nie 27,32 zł.

Wskazać należy, iż M. K. także miała założone w tej przychodni dwie karty. Na pierwszej z nich odnotowano jej wizytę w dniu 15 kwietnia 2010 roku (czwartek), kiedy została przyjęta przez K. M.. Niewątpliwie, była to wizyta prywatna, za którą pobrano od niej opłatę. Na drugiej karcie odnotowano wspomnianą już wizytę z dnia 28 czerwca 2010 roku, jak też wizyty z dnia 02 lipca 2010 roku (piątek) i 18 sierpnia 2010 roku (środa). Świadek podała, że za pierwszą z tych wizyt również musiała zapłacić, albowiem w tym czasie nie miała jeszcze skierowania. Tymczasem, takie skierowanie otrzymała już w dniu 23 czerwca 2010 roku, co wiarygodność jej twierdzeń w istotny sposób podważa.

Powyższe zestawienie uprawnia do stwierdzenia, że większość z przedstawionych B. D. (2) zarzutów oparta została na niepełnej i poddanej niezwykle wybiórczej analizie dokumentacji medycznej oraz na ogólnikowych, w wielu fragmentach niekonsekwentnych, niespójnych, a nawet sprzecznych z zasadami logiki zeznaniach pacjentów. Wskazać wypada, że wielu z wymienionych wyżej świadków to osoby w starszym wieku, wielokrotnie korzystające z różnych świadczeń zdrowotnych, które postawione zostały przed zadaniem odtworzenia szczegółów wizyt w przychodni (...), jakie odbyli kilka lat wcześniej. Z protokołów ich przesłuchań wynika, że policjanci pomagali im w tym zadaniu okazywaniem wpisów z historii ich chorób, ale ograniczali się jedynie do takich dokumentów, które były zgodne z przyjętym uprzednio założeniem, iż oskarżony pobierał pieniądze od pacjentów „funduszowych” (jeśli w dyspozycji

organów ścigania były dwie karty tego samego pacjenta, to okazywano mu wyłącznie kartę „fundusзовą”, prosząc o potwierdzenie, czy pierwsza wykazana w niej wizyta podlegała opłacie, w sytuacji, gdy w karcie „prywatnej” były wykazane wizyty wcześniejsze).

W charakterze świadków przesłuchane zostały także pielęgniarki: E. S. (**k. 1990 – 2000, 561 – 5610**), A. Z. (**k. 2180 – 219, 6130**) i K. Ż. (**k. 2240 – 225, 6140 – 615**), a także rejestratorki: U. L. (**k. 2200 – 2210, 6150 – 6160, 645 – 6450**), A. M. (**k. 2520 – 253, 614 – 6140**) oraz K. I. (**k. 2540 – 255, 615 – 6150**). Żadna z tych osób nie miała wiedzy, aby B. D. (2) pobierał jakiegokolwiek opłaty od pacjentów przyjmowanych w ramach umowy z NFZ. Z ich depozycji wynikało, że pacjenci płacili za wizyty w rejestracji prowadzonej przez Spółdzielnię (...). Lekarze odbierali od nich później pieniądze, w żaden sposób nie sprawdzając uzyskanych kwot z listami pacjentów. Opisuując pracę przychodni (...), zasady, w oparciu o które pacjenci byli rejestrowani, badani i rozliczani, oraz reguły związane z prowadzeniem w tej placówce dokumentacji medycznej i opracowywaniem sprawozdań dla NFZ, wskazani tu świadkowie złożyli zeznania zgodne z twierdzeniami zawartymi w wyjaśnieniach oskarżonego. U. L. podała w szczególności, że na listach, które przygotowywały jej pielęgniarki i w oparciu o które sporządzała ona zestawienia dla NFZ, występowały niekiedy braki w zakresie różnych danych. W takich sytuacjach prosiła o ich uzupełnienie koleżanki, ale niekiedy zajmowała się tym osobiście, samodzielnie sięgając przy tym do kartotek pacjentów – przy czym, jeśli nawet dany pacjent miał dwie karty, to sprawdzała jedynie kartę „fundusзовą”. Co więcej, jeżeli w odpowiedzi na przesłane przez nią zestawienie NFZ generował raport zwrotny, wskazujący nieprawidłowości, których nie wychwyliła, to ich usuwaniem zwykle też zajmowała się samodzielnie. Świadek przyznała, że nikt nigdy nie kontrolował poprawności danych, które wysyłała do NFZ. W relacjach wymienionych wyżej osób Sąd nie dopatrzył się żadnych mankamentów, w oparciu o które można byłoby je podważyć ich walor dowodowy, przeto obdarzył je przymiotem wiarygodnych.

K. M. zeznała (**k. 220 – 25, 640 – 65, 3670 – 369, 3750 – 376, 491 – 4920, 4970 – 5000**), że od jednego z pacjentów uzyskała przypadkiem informację, z której wynikało, że miał on wizytę w innym dniu, niż wskazany w dokumentacji medycznej. Zaczęła wówczas sprawdzać karty osób przyjmowanych przez B. D. (2) i dostrzegła w nich różne nieprawidłowości, w tym sytuacje, w których od wyników badań EKG odcinane były fragmenty z m.in. datą, a następnie tego typu wydruki były wykorzystywane do tworzenia nowych kart „fundusзовych”. Oświadczyła, że poczynione w tym zakresie ustalenia zakomunikowała oskarżonemu, który najpierw wszystkiemu zaprzeczył, a potem próbował przerzucić odpowiedzialność na personel przychodni i Spółdzielni (...).

W ocenie Sądu, powyższe zeznania K. M. budzą jednak szereg wątpliwości. Po pierwsze, bez kontaktu z poszczególnymi pacjentami, jedynie w oparciu o dokumentację medyczną, nie była ona w stanie stwierdzić, że dochodziło do sytuacji, w których pacjenci przyjęci w ramach umowy z NFZ, płacili za wizyty u jej współnika – zaś żadne inne „nieprawidłowości” w dokumentacji nie zostały w toku postępowania potwierdzone. Po drugie, miała ona dostrzec niewłaściwe postępowanie oskarżonego na długo przed złożeniem zawiadomienia o przestępstwie, a pomimo to nie podjęła żadnych konkretnych kroków, aby je wyjaśnić, skorygować należności wypłacone przez NFZ itd. Po trzecie, gdy zdecydowała się wreszcie na zainicjowanie postępowania przed organami ścigania, to uczyniła to wyłącznie na użytek sprawy zawisłej przed Sądem Gospodarczym w Białymstoku, w której walczyła o przejęcie spółki (...) i tym samym była zainteresowana doprowadzeniem do pociągnięcia jej współnika do odpowiedzialności karnej, by zyskać nad nim przewagę w tamtym procesie. Rodzi to zarazem obawy, że nie przekazała ona kompletnej dokumentacji spornych pacjentów, a tylko te jej fragmenty, które pasowały do tezy zawartej w złożonym przez nią zawiadomieniu o przestępstwie.

Reasumując, zebrany materiał dowodowy wykazał, że w rozliczeniach pomiędzy spółką (...) a NFZ wystąpiły pewne nieprawidłowości, ale nie wynikały one z celowego działania oskarżonego, a tym samym nie sposób przypisać mu zamiaru kierunkowego – który stanowi warunek odpowiedzialności za czyn z art. 286 § 1 k.k. Co więcej, nieprawidłowości te wynikały w dużej mierze z wadliwie funkcjonującej procedury rejestrowania pacjentów oraz opracowywania sprawozdań na potrzeby rozliczeń z NFZ, na co oskarżony nie miał żadnego wpływu i co nie należało do zakresu jego obowiązków. Owszem, oskarżony nie powinien przyjmować pacjentów prywatnych w inne dni, niż czwartki, a w konsekwencji, od pacjentów przyjmowanych w inne dni nie powinien nigdy pobierać opłat. Tyle tylko,

że zebrany materiał dowodowy przemawia za przyjęciem, że B. D. (2) osobiście żadnych opłat nie pobierał – a jeżeli pacjenci „funduszowi” płacili coś w rejestracji Spółdzielni (...), to odbywało się to poza jego wiedzą.

Nie bez znaczenia pozostaje także i to, że nieprawidłowości opisane w zarzutach odnosiły się do promila pacjentów przyjmowanych przez oskarżonego, zaś szkoda, jaką Skarb Państwa miał ponieść na skutek jego przestępczych działań, jest wielokrotnie niższa od tzw. nadwykonań, za które NFZ w ogóle nie zapłacił lub zapłacił jedynie w części. W ocenie Sądu, za nielogiczne oraz sprzeczne ze wskazaniami płynącymi z doświadczenia życiowego należy uznać założenie, iż oskarżony oszukiwał pracowników NFZ przez zgłaszanie do refundacji świadczeń, które zostały opłacone przez pacjentów, jeśli osób przyjętych w ramach umowy z NFZ i tak było więcej, niż przewidywały ustalone z tą instytucją limity.

Mając na uwadze całokształt powyższych okoliczności, Sąd uznał, że w zachowaniu B. D. (2) brak jest ustawowych znamion czynu z art. 286 § 1 k.k., a tym samym uniewinnił go od wszystkich przedstawionych mu zarzutów.

O kosztach rozstrzygnięto zgodnie z treścią art. 632 pkt 2 k.p.k.

**Sędzia :**