

Sygn. akt **V Ca 212/15**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 kwietnia 2015 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie V Wydział Cywilny-Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący:	SSO Tomasz Pałdyna (spr.)
Sędziowie:	SO Bożena Miśkowiec SO Beata Gutkowska
Protokolant:	sekr. sądowy Marta Dziekańska

po rozpoznaniu w dniu 2 kwietnia 2015 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa Narodowego Funduszu Zdrowia

przeciwko S. W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego (...) w Warszawie

z dnia 27 czerwca 2012 r., sygn. akt VI C 1052/11

uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu (...) w Warszawie, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach wszystkich instancji.

Sygn. akt **V Ca 212/15**

## UZASADNIENIE

wyroku z dnia 2 kwietnia 2015 roku

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Rejonowy zasądził od S. W. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia 66 847, 05 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 8 kwietnia 2011 roku do dnia zapłaty, uwzględniając tym samym w całości roszczenie o zwrot refundacji udzielonej przy realizacji recept wystawionych przez pozwanego w związku z ujawnionymi w toku kontroli nieprawidłowościami w prowadzeniu dokumentacji medycznej, dochodzone z powołaniem się na § 5 ust. 1 pkt 2-3 umowy łączącej strony. W kolejnych punktach orzeczenia sąd pierwszej instancji rozłożył zasądzoną kwotę na raty i odstąpił od obciążania pozwanego kosztami procesu.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że 17 maja 2005 roku pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim

w W. a pozwanym S. W. – lekarzem posiadającym specjalizację w zakresie radiologii oraz prawo wykonywania zawodu, została zawarta umowa, na podstawie której pozwany został upoważniony do wystawiania recept na refundowane przez fundusz leki

i wyroby medyczne na rzecz lekarza, ubezpieczonych członków rodziny lekarza, tj. współmałżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej, a także świadczeniobiorców oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej a objętych opieką lekarza. Fundusz natomiast miał zobowiązać się do refundowania, na zasadach określonych w ustawie z 27 sierpnia 2004 roku

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, recept wystawionych przez pozwanego na rzecz wskazanych w umowie osób. Zgodnie z treścią § 2 ust 1 umowy, lekarz zobowiązany był przepisywać leki

i wyroby medyczne kierując się indywidualną potrzebą leczenia chorego, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, w sposób nieprzekraczający granic koniecznej potrzeby, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Ponadto, przy przepisywaniu leków i wyrobów medycznych był zobowiązany do postępowania zgodnie z obowiązującymi przepisami, określającymi, m. in. sposób i tryb wystawiania recept, wzór recept uprawniających do nabycia leków i wyrobów medycznych bezpłatnie, za odpłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością. Pozwany był także zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na rzecz osób, którym przepisywał leki i wyroby medyczne.

Z ustaleń sądu meriti wynika, że w wyniku przeprowadzonej kontroli powód zakwestionował prawidłowość i zasadność wystawienia przez pozwanego recept w okresie od 1 stycznia 2006 roku do 30 listopada 2010 roku. Zastrzeżenia powoda budzić miał brak dokumentacji medycznej trzech pacjentów, którym pozwany wystawił recepty na refundowane leki oraz brak możliwości samodzielnego prowadzenia dokumentacji medycznej, wystawiania i podpisywania recept, przeczytania treści wystawionych recept

i ich podpisania z uwagi na utratę wzroku, jak też przeniesienie uprawnień wynikających z umowy na córkę niebędącą lekarzem i nieposiadającą uprawnień do jej realizowania. Z uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, że dochodzona pozwem kwota stanowi równowartość kosztów nienależnie wypłaconej refundacji za leki i wyroby medyczne zrealizowane na podstawie recept wystawionych przez pozwanego.

W rozważaniach prawnych sąd pierwszej instancji powołał się na przywołane wyżej postanowienia umowy łączącej strony oraz na rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 lipca 2001 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępnienia. Zdaniem Sądu Rejonowego S. W. był zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach określonych w tych przepisach, co ma dotyczyć również dokumentacji członków najbliższej rodziny. Pozwany – jak się ustala – nie dysponował własną dokumentacją medyczną, dokumentacją swojej zmarłej żony i córki. Miał dysponować jedynie zbiorem kartek, które zawierały wpisy z datą, nazwą leku, określeniem ilości opakowań leku, podpisem

i pieczęcią lekarza. Przy niektórych wpisach na kartkach – jak ustala się dalej – znajdowały się jedynie dopiski „nadcisnienie”, „prostata”, „zaniki pamięci”, „arytmia” (chodzi zapewne o arytmie), czy „kontynuacja leczenia”. Nie zawierały one jednakże najważniejszych – zdaniem sądu meriti – elementów, a mianowicie oznaczenia pacjenta, którego stanu zdrowia dokument dotyczył, a także danych odnoszących się do jego stanu zdrowia lub udzielonych świadczeń zdrowotnych, a nadto poprawnego oznaczenia jednostek chorobowych. Sąd wyrzuca też pozwanemu, że nie zabezpieczył należycie dokumentacji swojej żony, która sama miała ją zniszczyć. Umowa miała być wreszcie nieprawidłowo realizowana z uwagi na przeniesienie uprawnień na córkę, wobec utraty przez pozwanego wzroku.

W ocenie Sądu Rejonowego pozwany winien zwrócić powodowi koszty refundacji leków zrealizowanych na podstawie wystawionych przez niego recept. Odnotowuje się przy tym, że koszt przepisanych leków przez pozwanego dla siebie wyniósł 65 872, 28 złotych, dla córki 360, 76 złotych,

a dla żony 614, 96 złotych. Sąd zauważa przy tym, że pozwany przepisywał sobie na własne potrzeby, m. in. takie leki jak (...), czyli lek stosowany

w leczeniu zaburzeń erekcji, poddając w wątpliwość używanie tego leku przez pozwanego. Gdyby pozwany – jak się wywodzi – prowadził należycie dokumentację medyczną, w sposób wynikający z przepisów, to łatwo można byłoby

zweryfikować zasadność przepisania danego leku, co służyłoby wyeliminowaniu nadużyć przy wystawianiu recept na leki.

Powołując się na przepisy umowy Sąd Rejonowy uznał, że pozwany jest zobowiązany do zwrotu funduszowi kosztów refundacji leków i wyrobów medycznych w przypadku braku pełnych danych odnośnie wystawionej recepty w dokumentacji medycznej pacjenta, na rzecz którego została wystawiona recepta, jak też w przypadku wystawienia recepty niezgodnie

z przepisami zawartymi w § 4 umowy. Brak prawidłowo prowadzonej dokumentacji przez pozwanego miał uniemożliwić powodowi kontrolę zasadności wydatkowania środków publicznych. Sąd odnotowuje przy tym, że fundusz w 100% refundował leki zapisywane w receptach wystawianych przez pozwanego, nie mając de facto kontroli nad wydatkowanymi pieniędzmi w związku z wadliwym prowadzeniem dokumentacji. Sąd Rejonowy nie dał też wiary temu, że podczas okresu objętego kontrolą wszystkie leki przepisywane przez pozwanego dla siebie (na kwotę ok. 66 000 złotych) były faktycznie wykorzystywane przez pozwanego, a nie przez inne osoby. Zdaniem sądu pierwszej instancji pozwany – zdając sobie sprawę z tego, że z uwagi na swój wiek i niepełnosprawność nie jest w stanie sprostać obowiązkowi wynikającemu z umowy lub z przepisów regulujących prowadzenie dokumentacji medycznej – mógł rozwiązać przedmiotową umowę, bądź zaniechać wystawiania recept na leki refundowane.

Apelację od tego rozstrzygnięcia wywiódł pozwany, zaskarżając wyrok w całości i stawiając zarzuty naruszenia prawa formalnego i materialnego. Zarzucił mianowicie sprzeczność ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, wskutek naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., przez dokonanie oceny dowodów w sposób dowolny, nieszczechotny i wybiórczy, prowadzący do wyciągnięcia wniosków i przyjęcia ustaleń sprzecznych

z treścią przeprowadzonych dowodów, przejawiającą się w stwierdzeniu,

że pozwany podczas zeznań potwierdził, że nie posiadał dokumentacji medycznej oraz że świadek M. W. wskazała, iż pozwany nie prowadził dokumentacji, przez wyciągnięty na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego wniosek, że pozwany nie dysponował swoją dokumentacją medyczną, żony i córki, przez stwierdzenie, że pozwany (nazywany tu omyłkowo powodem) przeniósł uprawnienia wynikające

z umowy na córkę, że brak prawidłowo prowadzonej dokumentacji uniemożliwił powodowi kontrolę zasadności wydatkowania środków publicznych, a także, że leki przepisywane dla pozwanego nie były faktycznie przez niego wykorzystywane, a wykorzystywane były przez inne osoby. Przywołany przepis miał być naruszony – w związku z art. 278 § 1 k.p.c. – także przez uznanie przez sąd, nieposiadający koniecznych wiadomości specjalnych w zakresie medycyny, by samodzielnie takie ustalenia czynić,

że stan zdrowia oraz wiek S. W. nie pozwalał na korzystanie przez niego z (...). Sąd meriti miał też dopuścić się naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. poprzez rażące naruszenie wymogów odnoszących się do sporządzania uzasadnień wyroków, przez niewyjaśnienie podstawy prawnej wyroku, jak również nie przytoczenie przepisów prawa, które stanowiły podstawę do takiego rozstrzygnięcia oraz pominięcie w uzasadnieniu okoliczności o istotnym znaczeniu dla rozstrzygnięcia.

Apelujący zarzuca także sądowi pierwszej instancji naruszenie art. 46 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez jego niezastosowanie i zobowiązanie pozwanego – inwalidy wojennego, uprawnionego do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, do zwrotu na rzecz powoda pełnej wartości refundacji leków, naruszenie art. 5 k.c. przez jego niezastosowanie i uznanie, iż w okolicznościach niniejszej sprawy zasadnym jest zobowiązanie pozwanego do zwrotu wartości refundacji leków w wysokości 66 847, 05 zł na rzecz powoda, który poprzez wykorzystanie swojej dominującej pozycji na rynku, dyktując warunki umowy i samodzielnie ustalając treść umowy, w szczególności treść postanowienia zastrzegającego karę umowną za niewykonanie lub nienależyte wykonanie jej postanowień, zastrzegł dla siebie świadczenie, które jest niesłuszne, niesprawiedliwe

i sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, naruszenie art. 484 § 2 k.c. przez jego niezastosowanie i uznanie, że stan dokumentacji medycznej prowadzonej przez pozwanego uzasadnia obciążenie go w pełnym zakresie karą umowną zastrzeżoną w § 5 umowy, naruszenie art. 405 i nast. k.c. przez niezastosowanie w niniejszej sprawie, naruszenie art. 46 ust. 1 ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

w związku z art. 58 § 1 i 3 k.c. przez błędną ich wykładnię i uznanie, iż postanowienie § 5 umowy jest ważnym postanowieniem kreującym zobowiązanie pozwanego do zwrotu wartości refundacji leków w wysokości 66 847, 05 zł, jak też naruszenie art. 40 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, a także artykułu 3 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności przez ich niezastosowanie i w efekcie niehumanitarne obciążenie pozwanego obowiązkiem zapłaty kwoty 66 847, 05 zł.

W konkluzji wnosi się o zmianę wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych, ewentualnie – o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

Apelacja ta została oddalona przez Sąd Okręgowy w Warszawie wyrokiem z 30 kwietnia 2013 roku. Jednocześnie, postanowieniem z tej samej daty uwzględniono zażalenie powoda i zmieniono orzeczenie w przedmiocie kosztów procesu.

Na skutek skargi kasacyjnej wniesionej przez pozwanego, wyrokiem z 14 listopada 2014 roku Sąd Najwyższy uchylił wyrok oddalający apelację i sprawę przekazał Sądowi Okręgowemu w Warszawie do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy przychylił się do podniesionego w skardze kasacyjnej zarzutu naruszenia art. 65 k.c. Powołując się na art. 155 ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uznał, że w umowach pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a lekarzem należy badać przede wszystkim cel takich umów i zamiar stron, a nie przeważać nadmiernej wagi do ich dosłownego brzmienia. Zdaniem najwyższej instancji sądowej, także przepisy, do których odsyłają postanowienia takiej umowy, powinny być wykładane z uwzględnieniem zamiaru stron i celu umowy oraz tłumaczone tak jak tego wymagają zasady współżycia społecznego. Umowy zawierane z lekarzem przez Narodowy Fundusz Zdrowia mają – jak wywodzi się dalej – przede wszystkim zapewnić, aby pacjent otrzymywał leki zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz, aby trafiały one do osób, które mają do tego prawo zgodnie

z przepisami wspomnianej ustawy oraz które rzeczywiście ich potrzebują w ilościach tylko niezbędnych. Szczegółowe postanowienia tych umów, określone przy pomocy przepisów prawa, do których odsyłają, mają w związku z tym, zapewnić aby lekarz postępował przy wypisywaniu recept tak, aby ten cel osiągnąć.

Oceniając umowę zawartą pomiędzy powodem i pozwanym z tego punktu widzenia Sąd Najwyższy stwierdził, że pozwany był uprawniony

do otrzymywania leków, których równowartości powód zażądał, co ma wynikać z art. 46 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak też, że pozwany otrzymał leki na podstawie recepty wystawionej przez uprawnionego lekarza. Zdaniem Sądu Najwyższego w tej sytuacji należy rozważyć, biorąc pod uwagę zasady wykładni umów określone w art. 65 k.c., czy stwierdzone w czasie kontroli uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej uzasadniają żądanie zwrotu równowartości leków, które otrzymał pozwany.

Zauważa się dalej, że żądanie zwrotu równowartości leków nie dotyczy pacjenta, na rzecz którego wystawiona została recepta lecz lekarza, który nie prowadził dokumentacji medycznej w sposób prawidłowy, czym naruszył łączącą go z NFZ umowę. Dlatego – jak się ocenia – podstawą dla roszczenia powoda nie mogą być przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu, lecz przepisy o odszkodowaniu za nienależyte wykonanie przez niego umowy. Należy wobec tego rozważyć – jak wywodzi się dalej – czy nastąpiło nienależyte wykonanie umowy łączącej pozwanego z NFZ, które uzasadniałoby, w świetle art. 471 k.c. i nast. obciążenie pozwanego obowiązkiem zapłaty na rzecz powoda kwoty 66 847,05 zł, czyli całą równowartością wyrobów medycznych realizowanych na podstawie recept dla osób, których dokumentacja medyczna została zakwestionowana podczas kontroli przeprowadzonej przez NFZ.

W dalszych rozważaniach przyjmuje się, że skoro do oceny łączącej strony umowy należy stosować przepisy k.c., to konieczne jest rozważenie na podstawie art. 471 i nast. k.c., czy istnieją podstawy do zasądzenia od pozwanego odszkodowania w wysokości całej wartości świadczeń medycznych, których podstawą było nienależyte prowadzenie dokumentacji medycznej przez pozwanego. Zarzuca się przy tym tutejszemu sądowi, że ograniczył się tylko do stwierdzenia, że pozwany nie prowadził dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami przepisów, do których umowa odsyła, nie podejmując nawet próby oceny, czy wpłynęło to na otrzymanie leków objętych zakwestionowanymi receptami przez osoby do tego nieuprawnione. Jak się przy tym ocenia, podstawowe znaczenie dla stwierdzenia odpowiedzialności pozwanego za nienależyte wykonanie umowy ma ustalenie, czy stwierdzone braki w dokumentacji medycznej prowadzonej przez niego pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z tym, że leki refundowane przez NFZ trafiły w całości lub w części do osób nieuprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

Za zasadne Sąd Najwyższy uznał także zarzuty dotyczące naruszenia postanowień umowy łączącej pozwanego z powodem. Jak wynika z § 5 ust. 1 pkt 1 umowy zwrotu kosztów refundacji leków i świadczeń medycznych NFZ może żądać od lekarza w razie braku lub błędnych danych dotyczących pacjenta, na rzecz którego wypisana została recepta. Natomiast z § 5 ust. 1 pkt 3 wspomnianej umowy wynika, że zwrotu refundacji NFZ może również żądać, gdy recepta wystawiana jest niezgodnie z przepisami zawartymi

w § 4 tej umowy. Zdaniem Sądu Najwyższego, literalna interpretacja tych postanowień wskazuje, że możliwość zwrotu refundacji związana jest tylko

z wadliwością wystawianych recept. Takie rozumienie wspomnianych postanowień umowy jest – jak ocenia – w pełni zrozumiałe, jeżeli zważyć,

że celem umów zawieranych przez NFZ z lekarzami jest zobowiązanie ich do takiego postępowania, aby refundacja leków i świadczeń medycznych trafiła tylko do tych osób, które mają do tego prawo zgodnie z obowiązującymi przepisami. Z przywołanych postanowień umowy łączącej pozwanego

z powodem nie wynika więc wprost – jak się przyjmuje – że braki

w dokumentacji medycznej mogą stanowić podstawę do żądania od lekarza zwrotu kosztów refundacji leków, które poniósł NFZ. „Tylko gdyby wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym z wadliwym wystawieniem recept, a to w konsekwencji spowodowałoby, że leki i świadczenia medyczne trafiły do osoby, która nie jest uprawniona do uzyskania ich ze środków publicznych uzasadnione mogłoby stać się żądanie zwrotu refundacji od lekarza, który dopuścił się nienależytego wykonania umowy łączącej go z NFZ”. Zdaniem Sądu Najwyższego inna interpretacja postanowień umowy, w szczególności żądanie zwrotu wartości refundacji przepisanych przez lekarza leków tylko z powodu stwierdzonych wad w dokumentacji medycznej prowadzonej przez niego, nie znajduje żadnego uzasadnienia ani w literalnej wykładni postanowień takiej umowy, ani nie wynika z celu w jakim takie umowy są zawierane. W ocenie sądu kasacyjnego bez wykazania, że leki i świadczenia medyczne, ze względu na nienależyte wykonanie umowy przez lekarza trafiły do osoby nieuprawnionej do otrzymania ich ze środków publicznych, żądanie zwrotu tych kosztów refundacji przepisanych przez lekarza leków nie znajduje uzasadnienia. Skoro – jak się wywodzi – leki otrzymała osoba uprawniona do ich uzyskania

ze środków publicznych to ich koszty obciążają z mocy prawa NFZ. Żądanie

w takiej sytuacji refundacji od lekarza – jak przyjmuje się w uzasadnieniu omawianego wyroku – nie ma żadnej podstawy prawnej.

Zdaniem Sądu Najwyższego jest wysoce wątpliwie, czy z przepisów prawa określających obowiązki lekarza dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej wynika obowiązek prowadzenia takiej dokumentacji w przypadku recept pro auctorem i pro familia, za konieczne uznając ustalenie, czy na podstawie właściwych przepisów, obowiązujących w okresie kiedy u pozwanego przeprowadzona była kontrola wypisywanych recept, można stwierdzić, że w przypadku zakwestionowanych recept pozwany był zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej. Ocenia się przy tym, że brak jest podstaw do zastosowania analizowanego przez Sąd Okręgowy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 lipca 2001 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania, uznając za właściwe rozporządzenia w tej sprawie z 1 sierpnia 2003 roku (Dz. U. Nr 147,

poz. 1437) oraz z 21 grudnia 2006 roku (Dz. U. Nr 247, poz. 1819).

**Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja wywrzeć musi zamierzony skutek prawny, choć nie z przyczyn, na które się powołuje. Czując się związanym stanowiskiem wyrażonym w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że nie doszło w sprawie niniejszej do rozpoznania istoty sprawy, co implikuje konieczność uchylecia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy sądowi meriti do ponownego rozpoznania.

Zaskarżony wyrok oparto bowiem na fałszywych założeniach, które zdeterminowały całe prowadzone przez sąd postępowanie dowodowe, jak też ocenę jego wyników. Sąd Rejonowy wadliwie zinterpretował umowę łączącą strony, poprzestając na jej literalnym brzmieniu, a odrywając się od zgodnego zamiaru stron i zasad współżycia społecznego, a nade wszystko – od celu umowy, zdefiniowanego przez Sąd Najwyższy jako gwarancja tego, by pacjent otrzymywał leki zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz, aby trafiały one do osób, które mają do tego prawo zgodnie z przepisami ustawy oraz które rzeczywiście ich potrzebują w ilościach tylko niezbędnych. Sąd pierwszej instancji nie uwzględnił także tego, że pozwany był uprawniony do otrzymywania leków, które sobie zaordynował, jak też miał generalnie prawo do takiej ordynacji. Wadliwie wreszcie Sąd Rejonowy założył, że sam brak prowadzonej właściwie dokumentacji medycznej jest podstawą do uwzględniania powództwa i to w całości. Założenie to jest wynikiem wadliwej wykładni przepisów umowy, o czym mowa w rozważaniach Sądu Najwyższego. Powtórzyć w tym miejscu należy, że właściwa wykładnia

§ 5 ust. 1 pkt 1 i 3 w zw. z § 4 umowy prowadzi do wniosku, że możliwość zwrotu refundacji związana jest tylko z wadliwością wystawianych recept, dlatego jedynie gdyby wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym z wadliwym wystawieniem recept, a to w konsekwencji spowodowałyby, że leki i świadczenia medyczne trafiły do osoby, która nie jest uprawniona do uzyskania ich ze środków publicznych, uzasadnione mogłoby stać się żądanie zwrotu refundacji od lekarza, który dopuścił się nienależytego wykonania umowy łączącej go z NFZ.

Nie ma zatem podstaw, by z powodu braku stosownej dokumentacji medycznej uwzględnić żądania pozwu en bloc, jak to uczynił Sąd Rejonowy, bez oceny zasadności poszczególnych ordynacji lekarskich. Kierując się wytycznymi Sądu Najwyższego należy zatem polecić sądowi pierwszej instancji zbadanie, a następnie rozważenie, czy stwierdzone w czasie kontroli uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej uzasadniają żądanie zwrotu równowartości leków, które otrzymał pozwany. Wydaje się, że ocena ta wymaga wiedzy specjalistycznej. Koniecznym byłoby zatem zasięgnięcie opinii biegłego, albo przynajmniej zwrócenie na taką konieczność uwagi stronie powodowej, na której w tym zakresie spoczywa ciężar dowodu. Powód ma bowiem wykazać, że poszczególne ordynacje były nieuprawnione, tj. nieuzasadnione z punktu widzenia beneficjenta wskazanego na receptę, w świetle danych wynikających z dokumentacji medycznej, gdy obowiązek jej prowadzenia wynika z przepisów prawa.

Po przeprowadzeniu dowodu tego rodzaju sąd meriti zobligowany będzie rozważyć, czy nastąpiło nienależyte wykonanie umowy łączącej pozwanego z NFZ, które uzasadniałoby, w świetle art. 471 k.c. i nast. obciążenie pozwanego obowiązkiem zapłaty na rzecz powoda kwoty

66 847,05 zł, czyli całą równowartością wyrobów medycznych realizowanych na podstawie recept dla osób, których dokumentacja medyczna została zakwestionowana podczas kontroli przeprowadzonej przez NFZ. Sąd Rejonowy powinien ocenić, czy brak stosownej dokumentacji medycznej prowadzonej zgodnie z wymogami przepisów, do których umowa odsyła, wpłynęło na otrzymanie leków objętych zakwestionowanymi receptami przez osoby do tego nieuprawnione. Podstawowe znaczenie dla stwierdzenia odpowiedzialności pozwanego za nienależyte wykonanie umowy ma bowiem ustalenie, czy stwierdzone braki w dokumentacji medycznej prowadzonej przez niego pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z tym, że leki refundowane przez NFZ trafiły w całości lub w części do osób nieuprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. W konkluzji uznać należy, że prawidłowa ocena żądania oddanego pod osąd sądu wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości,

bo dotychczasowe postępowanie dowodowe prowadzone było w niewłaściwym kierunku. Skutki podjętej przez strony inicjatywy dowodowej, względnie – jej braku, winny być ocenione przez sąd przez pryzmat art. 6 k.c.

Przed przystąpieniem do postępowania dowodowego należałoby zbadać, jakie przepisy mają zastosowanie do oceny powinności lekarza,

a nade wszystko – jak sugeruje Sąd Najwyższy – czy istniała po stronie pozwanego powinność prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku recept pro auctorem i pro familia. Chodzi w szczególności o analizę przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 lipca 2001 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania, jak też analizę rozporządzeń przywołanych w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego, a więc rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 247,

poz. 1819) oraz rozporządzenia tego samego ministra z 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819, ze zm.).

Biorąc powyższe pod uwagę Sąd Okręgowy czuje się zwolniony od oceny zarzutów apelacji, które nie wiążą się z dostrzeżonymi przez Sąd Najwyższy uchybieniami. Uchybienia te, stanowiące wyraz naruszenia przepisów prawa materialnego, musiały być wzięte przez sąd odwoławczy z urzędu.

Z tych wszystkich powodów na podstawie art. 386 § 4 i 108 § 2 k.p.c. orzeczono, jak na wstępie. Odnotować przy tym trzeba, że dyspozycja zawarta w wyroku dotyczy wszystkich punktów zaskarżonego orzeczenia, bo choć tutejszy sąd zmienił punkt III w kwestii kosztów procesu rozpoznając zażalenie pozwanego, to apelacja zaskarżyła wyrok Sądu Rejonowego w całości,

a rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu jest immanentnie związane z orzeczeniem merytorycznym.