

# UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 6 czerwca 2014 roku Narodowy Fundusz Zdrowia w W. zażądał zasądzenia od M. M. na swoją rzecz kwoty 8063,10 złotych tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi w stosunku rocznym od dnia 11 kwietnia 2014 roku do dnia zapłaty oraz kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych z uwzględnieniem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu powód wskazał, że strony łączyła umowa z dnia 26 lutego 2001 roku upoważniająca pozwaną do wystawiania refundowanych recept, aneksowana następnie w dniu 4 sierpnia 2010 roku. Powód dodał także, że na skutek nie podpisania przez pozwaną kolejnego aneksu – celem dostosowania zakresu umowy do przepisów Ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – przedmiotowa umowa uległa rozwiązaniu.

Powołując się na powyższe strona powodowa wyjaśniła, że w okresie od 1 lipca 2012 roku do 17 lipca 2012 roku pozwana nie posiadała obowiązującej umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych ze środków publicznych, a zatem miała jedynie możliwość wystawienia recept ze 100% odpłatnością. W dalszej kolejności powód zaznaczył, iż pozwana wystawiła w tym okresie 46 recept na leki refundowane, za które powód dokonał aptekom refundacji, przy czym wszystkie te recepty dotyczyły osób ubezpieczonych, a więc posiadających możliwość uzyskania refundacji. Podkreślił jednak, że okoliczność ta nie jest jedyną przesłanką uzyskania refundacji. Kontynuując uzasadnianie swojego stanowiska procesowego powód podał również, iż kluczowe w tym przypadku jest kumulatywne spełnienie trzech przesłanek: wystawienie leku dla ubezpieczonego świadczeniobiorcy; wystawienie leku na receptę spełniającej wszystkie wymogi przewidziane przepisami prawa oraz wystawienie recepty przez osobę uprawnioną.

Narodowy Fundusz Zdrowia dodał, że działanie pozwanej naruszyło art. 48 ust. 2 w zw. z art. 2 pkt 14 lit. b i c ustawy o refundacji leków środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, zaś w wyniku wystawienia przez pozwaną przedmiotowych recept poniósł szkodę w wysokości dochodzonej pozwem, a jako podstawę żądania powołał art. 415 k.c. Wyjaśnił, że pozwana nie posiadała we wskazanym okresie umowy upoważniającej ją do wystawiania recept refundowanych, a pomimo to w sposób świadomy wystawiała refundowane recepty, czym naraziła powoda na szkodę. Ponadto powód zarzucił, iż pozwana lekarstwa te przepisała niezasadnie. Podkreślił, że pozwana nie posiadając umowy w zakresie refundacji lekarstw winna była informować o tym pacjentów, a nie w sposób świadomy naruszać prawo. Zaznaczył, że pacjentów tych, bowiem mógł przyjąć inny lekarz i takiego właśnie działania pozwanej wymagało dobro pacjentów.

Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym wydanym w dacie 25 września 2014 roku (k. 94) sąd orzekł zgodnie z żądaniem pozwu.

Przedmiotowy nakaz zaskarżyła w całości pozwana wnosząc o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwana w pierwszej kolejności zaprzeczyła, aby jej działania wywołały u powoda jakąkolwiek szkodę. Podkreśliła, iż recepty wystawione zostały na rzecz osób ubezpieczonych wniosując przy tym, iż pacjenci ci od innego lekarza również otrzymaliby te same lekarstwa, w konsekwencji czego powód dokonałby refundacji tej samej kwoty. Opierając się na powyższym pozwana wywiodła, iż na skutek jej działań nie zaistniała różnica w stanie majątkowym powoda. Nadto zauważyła, że brak jest również związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem pozwanej, a tym co powód uważa za szkodę. Strona pozwana podkreśliła również, iż gdyby pacjentów tych miał przyjąć inny lekarz, w okresie oczekiwania na przedmiotową wizytę pozbawieni oni byłiby lekarstw, co skutkowałoby pogorszeniem się ich zdrowia, zwłaszcza, że – jak wskazała pozwana - jest lekarzem pulmonologiem. Powołując się na zasady doświadczenia życiowego wyjaśniła, że okres oczekiwania przez pacjentów na refundowaną wizytę specjalistyczną jest długi, co z kolei godziłoby w dobro pacjentów na rzecz, których wypisała w spornym okresie recepty. Ponadto pozwana wskazała, iż powód dokonał refundacji od dnia 14 lipca 2012 roku pomimo tego, iż już wtedy posiadał wiedzę o braku umowy z pozwaną. W tym zakresie wskazała, iż w jej ocenie to powód wykazał się brakiem

dbałości, a jego aktualne działanie jest próbą przerzucenia finansowych skutków własnego działania na pozwaną. Podkreśliła również, że przepisane na zakwestionowanych receptach lekarstwa znajdowały w pełni uzasadnienie w ówczesnym stanie zdrowotnym pacjentów.

Na rozprawie w dniu 1 października 2015 roku (k. 198-202) pełnomocnicy stron zgodnie oświadczyli, że pomiędzy stronami nie ma sporu w zakresie odbycia i przebiegu wizyt lekarskich wykazanych w tym postępowaniu oraz zasadności przepisanych lekarstw.

Ponadto pełnomocnik powoda wskazał, że działanie pozwanej było bezprawne i naraziło powoda na uszczerpienie majątku, a wysokością szkody jest równowartość kwot zwróconych w ramach refundacji. Ponadto podniósł, że nie jest wykluczone, iż inny lekarz pulmonolog wdrożyłby w stosunku do tych pacjentów ten sam tryb leczenia, a zatem, że wysokość refundacji byłaby tożsama z zaleconą przez pozwaną.

Pozwana oświadczyła, iż kończąc studia składała przysięgę Hipokratesa i w jej ocenie nie wystawienie pacjentom recept lub też wystawienie recept pełnopłatnych byłoby działaniem na szkodę pacjentów.

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Pozwana M. M. jest lekarzem pulmonologiem, który wykonuje zawód w następujących miejscach:

- a) Indywidualna (...) w S.,
- b) (...) w S.,
- c) Spółdzielnia (...) w S.,

M. M. w dniu 26 lutego 2001 roku zawarła z poprzednikiem powoda - (...) Regionalną Kasą Chorych umowę nr (...) upoważniającą ją do wystawiania recept refundowanych. Na mocy tej umowy pozwana była upoważniona do wystawiania recept na refundowane przez NFZ leki i wyroby medyczne na rzecz uprawnionych podmiotów.

Do przedmiotowej umowy w dniu 4 sierpnia 2010 roku podpisano aneks w wyniku, którego wprowadzono w życie nowe brzmienie umowy o upoważnieniu do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom.

**dowód:** umowa k.14-14v,

aneks do umowy k.15,

umowa k.16-17,

zaświadczenie o wpisie k.18;

dane (...) k.26.

Pismem z dnia 4 maja 2015 roku powód poinformował pozwaną o konieczności podpisania przez nią dwóch egzemplarzy aneksu do umowy i odesłania tych aneksów w terminie do dnia 31 maja 2012 roku. Powód w piśmie tym oświadczył także, iż niewyrażenie zgody na podpisanie aneksów lub nieodesłanie obu aneksów spowoduje wypowiedzenie umowy o upoważnieniu do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją i jej rozwiązanie z dniem 30 czerwca 2012 roku.

Pozwana nie podpisała spornych aneksów i nie odesłała ich powodowi. Przyczyną takiej decyzji pozwanej było to, że zaproponowane przez NFZ aneksy nakładały liczne kary na lekarzy w przypadku niewykonania lub niewłaściwego wykonania umowy. Spotkało się to z ogólnym niezadowoleniem środowiska lekarskiego i doprowadziło do licznych protestów, polegających na niepodpisaniu aneksów. Do takiego zachowania lekarzy namawiała także ich

organizacja zawodowa - (...) i Okręgowe Rady Lekarskie. W tym czasie organizacje te prowadziły negocjacje z Ministrem Zdrowia oraz Prezesem NFZ w celu wypracowania kompromisu, prowadzącego do opracowania przez NFZ nowych aneksów, których treść byłaby zaakceptowana przez środowisko lekarskie.

W lipcowym numerze gazety lekarskiej Izba Lekarska umieściła ogłoszenie, że w sytuacjach gdy lekarz nie posiada umów z (...), lekarze powinny wystawiać pełnopłatne (100%) recepty.

M. M. po zapoznaniu się z informacjami zawartymi w gazecie lekarskiej niezwłocznie podjęła decyzję o zawarciu umowy z NFZ.

W dniu 23 lipca 2012 roku M. M. podpisała umowę z NFZ na nowych warunkach.

**dowód:** pismo z dnia 4 maja 2012 roku k.19,

umowa z dnia 23 lipca 2012 k.21-25,

zeznania świadka M. P. k. 191-192,

zeznania pozwanej M. M. k. 199-200.

W okresie od 1 lipca 2012 roku do 17 lipca 2012 roku (dzień złożenia wniosku o zawarcie nowej umowy), kiedy pozwanej z powodu nie łącząca żadna umowa dotycząca upoważnienia do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją, pozwana przyjmowała wcześniej umówionych pacjentów, przepisując im recepty na leki refundowane przez NFZ. W przedmiotowym okresie pozwana wystawiła 46 takich recept, głównie dla osób chorujących przewlekle i objętych stałym leczeniem pulmonologicznym. Byli to zarówno jej pacjenci, jak też i pacjenci innych (przebywających na urlopie) lekarzy.

W tamtym czasie z uwagi na okres urlopowy M. M. była jedynym lekarzem pulmonologiem w przychodni (...) oraz w Spółdzielni (...).

W tamtym czasie okres oczekiwania na wizytę u pulmonologa to było około 3 miesięcy.

Tytułem refundacji powód z tytułu leków wypisanych przez pozwaną w powyższym okresie, wypłacił aptekom kwotę 8644,52 złotych.

NFZ po przeprowadzeniu analizy powyższych transakcji ustalił, że recepty na łączną kwotę 8.063,10 złotych dotyczyły pacjentów ubezpieczonych i posiadających uprawnienia do zakupu leków refundowanych, natomiast recepty na łączną kwotę 581,42 złotych dotyczyły pacjentów nie posiadających uprawnienia do zakupu leków refundowanych.

NFZ pismem z dnia 9 kwietnia 2013 roku wezwał pozwaną do zapłaty kwoty 581,42 złotych tytułem recept wypisanych osobom nie posiadającym uprawnień do refundacji, a pozwana niezwłocznie dokonała na rzecz NFZ zwrotu przedmiotowej kwoty.

Pismem z dnia 26 marca 2014 roku NFZ wezwał pozwaną do zapłaty kwoty 8063,10 złotych. Pozwana pismem z dnia 1 kwietnia 2014 roku odmówiła zapłaty wskazując, iż skoro recepty te dotyczyły osób posiadających uprawnienia do refundacji, to nie sposób jest uznać, że po stronie powoda powstała jakakolwiek szkoda.

NFZ ponownie pismem z dnia 9 kwietnia 2014 roku wezwał pozwaną do zapłaty kwoty 8063,10 złotych, wezwanie to jednak pozostało bez odpowiedzi.

**dowód:** zestawienie zrealizowanych recept wraz z receptami k.30- 46,

wydruki operacji k.47-80,

zeznania świadka M. P. k. 191-192,  
zeznania pozwanej M. M. k. 199-200,  
pismo z dnia 23 kwietnia 2013 k.28,  
pismo z dnia 15 maja 2013 k.29,  
wezwanie do zapłaty k.81-84,  
pismo z dnia 1 kwietnia 2014 k.85,  
pismo z dnia 9 kwietnia 2014 k.86,  
zestawienie refundacji leków i recepty k.128-167, 174,

### ***Sąd zważył co następuje:***

Na gruncie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego oraz w kontekście stanowisk prezentowanych przez strony powództwo będące przedmiotem oceny w niniejszym postępowaniu okazało się niezasadne.

Stan faktyczny sprawy sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów przedłożonych przez strony oraz zeznań świadka i pozwanej, których wiarygodność w świetle pozostałego materiału dowodowego zebranego w sprawie, nie budziła żadnych wątpliwości.

Jak wynika z treści pisma wszczynającego postępowanie powód domagał się w niniejszej sprawie roszczenia odszkodowawczego opartego na odpowiedzialności deliktowej. Podstawę prawną żądania stanowił więc przepis art. 415 Kodeksu cywilnego (dalej k.c.) stanowiący, iż Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

W świetle wyżej przytoczonego przepisu oraz z uwagi na treść art. 6 k.c. należało uznać, iż w niniejszym postępowaniu to na powodzie spoczywał ciężar wykazania przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, tj. bezprawnego działania pozwanej, zaistnienia po stronie powodowej szkody oraz adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem pozwanej a zaistniałą szkodą.

W niniejszej sprawie powód, powstania po jego stronie szkody, upatrywał w fakcie zrefundowania zakupu lekarstw zakupionych przez pacjentów w oparciu o wypisane przez pozwaną w okresie od dnia 1 do 17 lipca 2012 roku recepty. Podnosił przy tym, iż skoro pozwana nie miała w tym okresie uprawnień do wypisywania refundowanych lekarstw, to dokonana przez niego refundacja wywołała szkodę w jego majątku. Przy tym co znamienne, nie kwestionował, że działania pozwanej w tym zakresie miały uzasadnienie medyczne. Pomiędzy stronami bezsporna bowiem była okoliczność odbycia i przebiegu wizyt lekarskich wykazanych w tym postępowaniu oraz zasadności przepisanych lekarstw. Pozwana natomiast kwestionowała roszczenie powoda, co do zasady wskazując, iż nie sposób uznać, aby jej działania w postaci zasadnie przepisanych na rzecz ubezpieczonych pacjentów lekarstw, które to następnie lekarstwa zrefundowane zostały przez powoda, spowodowały uszczerpkowanie w majątku powoda.

Godzi się w tym miejscu wskazać, że zgodnie z art. 361 § 2 k.c. szkoda polega albo na stracie, którą poniósł poszkodowany (damnum emergens), albo na pozbawieniu korzyści, które mógłby uzyskać, gdyby mu szkody nie wyrządzono (lucrum cessans). Strata to zmniejszenie majątku poszkodowanego w postaci uszczerpkowania aktywów albo na zwiększeniu pasywów, w tym powstanie nowych zobowiązań.

W świetle wyżej przytoczonych przepisów oraz uwagi na stanowisko stron w niniejszym postępowaniu w pierwszej kolejności należało dokonać ustaleń w zakresie zasadności twierdzeń powoda o zaistnieniu po jego stronie szkody.

Przy tym prowadząc rozważania w tym zakresie nie sposób nie uwzględnić specyfiki działalności prowadzonej przez powoda oraz celu, w jakim został on powołany.

Przede wszystkim w pierwszej kolejności należy uwypuklić, iż prawo do ochrony zdrowia gwarantowane jest przepisem art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który stanowi: 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. 3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. 4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. 5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. W myśl art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2015.464 j.t. ze zm.) Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przepis art. 2 ust. 1 wskazuje natomiast, iż wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Z kolei według przepisu art. 97 w zw. z art. 116 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2015.581 j.t. ze zm.) Narodowy Fundusz Zdrowia zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116, tj. przede wszystkim należnymi składkami na ubezpieczenie zdrowotne; dotacjami, środkami przekazanymi na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów.

W ocenie sądu wyżej przytoczone przepisy pozwalają na uznanie, iż rolą NFZ jest dysponowanie środkami pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz środkami publicznymi, które zasilają dodatkowo budżet ochrony zdrowia w taki sposób, aby zapewnić ochronę zdrowia i opiekę zdrowotną uprawnionym podmiotom.

W tym względzie sąd w całości podziela pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w uzasadnieniu do wyroku z dnia 9 stycznia 2012 roku (por. I CSK 216/11, LEX nr 1163928) odnoszący się do uchybień formalnych recept, a podkreślający, iż ich ocena powinna być podejmowana z uwzględnieniem celu, w jakim recepty te zostały wypisane oraz celu, w jakim działa NFZ, tj. aby środki publiczne trafiły do osoby uprawnionej. W ocenie sądu celem działalności funduszu jest takie gospodarowanie powierzonymi jemu środkami, aby trafiły one do osób uprawnionych w uzasadnionych przypadkach. Sąd nie podziela przy tym poglądu strony powodowej, jakoby przepisy ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2015.345 j.t.), w tym art. 48 te same ustawy umożliwiły podważenie zasady wynikającej z wszystkich wyżej powołanych przepisów (w tym Konstytucji RP) stawiających dobro pacjenta jako nadrzędne.

Przenosząc powyższe rozważania na płaszczyznę niniejszego postępowania sąd uznał, iż strona powodowa nie wykazała, aby działanie pozwanej, stanowiące niechybnie naruszenie przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wywołały po jego stronie szkodę. Nie sposób bowiem uznać, aby na skutek działania pozwanej u powoda powstał jakikolwiek uszczerbek majątkowy. Taka szkoda zaistniałaby w ocenie sądu jedynie w dwóch sytuacjach, tj. gdyby leki refundowane przez powoda trafiły w do osób nieuprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, albo też, gdyby powód wykazał, iż działania pozwanej w postaci zalecenia tych konkretnych lekarstw były nieprawidłowe. Żadna z tych sytuacji jednak w niniejszej sprawie nie zaistniała. Poza sporem jest bowiem okoliczność, że cała żądana przez powoda kwota zrefundowana została w odniesieniu do osób do tego uprawnionych. Nadto powód nie kwestionował prawidłowości sposobu leczenia zastosowanego przez pozwaną, w tym zasadności przepisanych przez nią lekarstw. Zasady logiki i doświadczenia życiowego wskazują, że gdyby pozwana nie wystawiła uprawnionym pacjentom recepty na leki refundowane to udaliby się oni do innego lekarza, który wystawiłby taką receptę.

Nadto z uwagi na okoliczność, że są to osoby znajdujące się pod stałą opieką pulmonologiczną, prawdopodobnym jest, iż niezający ich lekarz nieposiadający ich dokumentacji medycznej, bez możliwości przeprowadzenia (w tak krótkim czasie) wszystkich niezbędnych badań, wystawiłby tym pacjentom lekarstwa już wcześniej przez nich przyjmowane, czyli takie jak wypisała im pozwana. Uwzględniając jednak ówczesny okres urlopowy, trwający protest lekarzy oraz okres oczekiwania pacjentów pulmonologicznych na refundowaną wizytę, znalezienie przez nich lekarza posiadającego podpisaną z NFZ umowę i to w krótkim czasie byłoby bardzo trudne, a wręcz nawet nie możliwe, oczywiście w zakresie w jakim pacjenci ci mogliby skorzystać z wizyt refundowanych, nie zaś z wizyt prywatnych – odpłatnych. Nie sposób, bowiem nie uwzględnić okoliczności, iż pacjenci pozwanej są w większości osobami przyjmującymi na stałe konkretne lekarstwa, a ilość posiadanych przez nich lekarstw jest zaplanowana i dostosowana do kolejnych wizyt lekarskich. Odmowa przez pozwaną wypisania tym pacjentom recept lub też wypisania ich ze 100% odpłatnością mogłaby więc wpłynąć negatywnie na stan zdrowia tych pacjentów.

Przy tym za całkowicie niezrozumiałe należało uznać twierdzenia powoda zawarte w piśmie z dnia 27 marca 2015 roku, iż działania pozwanej spowodowały, iż skutki „strajku lekarzy” przerzucone zostały na barki społeczeństwa. To właśnie pozwana swoim działaniem nie pozwoliła, aby pacjentom objętym stałą opieką pulmonologiczną, którzy jednocześnie są osobami ubezpieczonymi (czyli osobami których finansami na leczenie dysponuje NFZ) odebrano możliwość bezpłatnej porady lekarskiej, jak też refundacji dotychczas otrzymywanych lekarstw, co z kolei mogłoby wpłynąć na niemożność wykupienia wszystkich dotychczas przyjmowanych lekarstw albo też w znaczny sposób podwyższyłoby comiesięczne koszty utrzymania poprzez konieczność wykupu lekarstw w pełnej odpłatności.

Nie można bowiem zapominać, że Narodowy Fundusz Zdrowia winien pełnić służebną rolę w stosunku do osób uprawnionych do otrzymywania leków finansowanych ze środków publicznych, o czym zdaje się zapominać powód wskazując na zaistnienie szkody, przy tym swoje twierdzenia opierając jedynie na nieprawidłowościach pozwanej wynikających z art. 48 ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, nie uwzględniając przy tym zupełnie potrzeb pacjenta.

Jak zasadnie w ostatnim słowie wskazała pozwana, złożona przez nią przysięga Hipokratesa zobowiązuje ją przede wszystkim do dbałości o dobro pacjentów, zaś zaproponowane przez powoda rozwiązania, tj. odesłanie pacjentów do innego lekarza, czy też wypisanie recept na 100% byłoby działaniem na szkodę pacjenta. Dokonując oceny w niniejszej sprawie należało również uwzględnić jeszcze jedną okoliczność. Pozwana nie miała podpisanej umowy z powodem jedynie przez 17 dni. W tym czasie trwały bowiem negocjacje i nie było jasne stanowisko Izby Lekarskiej. W momencie natomiast, gdy stanowisko to ukazało się w gazecie branżowej, pozwana niezwłocznie zwróciła się do NFZ o podpisanie umowy na nowych warunkach.

Konkludując należało uznać, że powód nie wykazał zaistnienia po jego stronie szkody, niewykazanie zaś chociażby jednej z wyżej opisanych przesłanek odpowiedzialności deliktowej musi skutkować oddaleniem powództwa.

Na marginesie nadto należało zauważyć, iż sąd uwzględniając ugruntowany w judykaturze pogląd (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 maja 2013 roku, IV CSK 660/12, LEX nr 1365725; wyrok Sądu Okręgowego w Sieradzu z dnia 17 grudnia 2013 roku I Ca 459/13, LEX nr 1716831) z urzędu dokonał oceny sposobu wykonywania przez powoda prawa podmiotowego w oparciu o treść art. 5 k.c. Powyższe zaś doprowadziło do konkluzji, iż przedmiotowe roszczenie jest sprzeczne z zasadą słuszności i podlega oddaleniu również z uwagi na treść art. 5 k.c. Wystawienie przez pozwaną refundowanych recept pacjentom, którym takie uprawnienia przysługiwały w sytuacji, gdy takie działania znajdowały uzasadnienie medyczne stanowiło obowiązek lekarza i wynikało z dbałości o dobro i zdrowie pacjenta.

W aktualnym orzecznictwie przyjmuje się, że zasady współżycia społecznego to nieskodyfikowane powszechne normy postępowania, funkcjonujące w społeczeństwie polskim i mające na celu ochronę społecznie akceptowanych wartości lub dóbr niematerialnych. Zasady te mają silne zabarwienie aksjologiczne, co zbliża je do norm moralnych, charakter obiektywny, w czym są podobne do zwyczajów oraz walor powszechności, odróżniający je od zasad słuszności, które odnoszą się także do indywidualnych rzadko spotykanych sytuacji. Taką definicję znajdziemy w orzecznictwie z 2013 roku, m.in. w wyroku Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z 04 04 2013 roku, sygn. II AKa 21/13, wyroku Sądu Okręgowego

w Białymstoku z 23 09 2013 roku, sygn. II Ca 698/13, wyroku Sądu Okręgowego w Toruniu z 27 11 2013 roku, sygn. VIII Ca 467/13. Istotą i funkcją klauzul generalnych w prawie cywilnym jest możliwość uwzględnienia w ocenie różnego rodzaju okoliczności faktycznych, które nie mogą - w oderwaniu od konkretnego stanu faktycznego - być według jakiegoś schematu mającego walor bezwzględny oceniane raz na zawsze i w sposób jednakowy (patrz, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 29 marca 1979 roku, III CRN 59/79, Legalis). Zasady współżycia społecznego w rozumieniu art. 5 k.c. są więc pojęciem pozostającym w nierozłącznym związku z całokształtem okoliczności danej sprawy i w takim całościowym ujęciu wyznaczają podstawy, granice i kierunki jej rozstrzygnięcia w wyjątkowych sytuacjach, które przepis ten ma na względzie. Dlatego dla zastosowania art. 5 k.c. konieczna jest ocena całokształtu szczególnych okoliczności danego wypadku w ścisłym powiązaniu nadużycia prawa z konkretnym stanem faktycznym. Tak, orzekł słusznie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 listopada 1994 roku, sygn. akt II CRN 127/94, Legalis). Sąd miał na uwadze, że stosowanie klauzuli generalnej wyrażonej w art. 5 k.c. musi być następstwem wykonania prawa podmiotowego przez stronę godzącego w fundamentalne wartości, których urzeczywistnieniu ma służyć prawo. Skoro więc pozwana przez 17 dni wystawiając potrzebne pacjentom recepty, działała dbając o zdrowie pacjentów, a na skutek jej działań powód wypełnił spoczywająca na nim rolę zapewnienia refundowanych lekarstw, osobom do tego uprawnionym, to aktualne działanie powoda próbującego przełożyć spoczywający na nim obowiązek finansowy na pozwaną należało uznać godzące w zasady współżycia społecznego.

W świetle powyższego Sąd orzekł jak w punkcie pierwszym wyroku.

Mając zaś na uwadze fakt, iż w toku procesu strona pozwana poniosła koszty w kwocie 1200 złotych stanowiącej wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika wyliczone stosownie do § 6 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu. (t. j.: Dz. U. z 2013 roku Nr 490 ze zm.) sąd wydał rozstrzygnięcie jak w punkcie drugim wyroku.

Uwzględniając powyższe orzeczono jak w sentencji.

S., dnia 5 listopada 2015 roku

## ZARZĄDZENIE

1. (...)
2. (...)
3. (...)