

UZASADNIENIE WYROKU

z dnia 27 kwietnia 2018 r.

Powód Narodowy Fundusz Zdrowia w W., zastępowany przez profesjonalnego pełnomocnika, w dniu 01 lipca 2011 r. (data nadania, k. 63) wniósł o zasądzenie od pozwanego S. W. kwoty 66.847,05 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 08 kwietnia 2011 r. do dnia zapłaty oraz kosztów postępowania.

W uzasadnieniu powód wskazał, że w dniu 17 maja 2005 r. zawarł z pozwanym jako lekarzem umowę nr (...), upoważniającą go do wystawiania recept na refundowane leki i wyroby medyczne na rzecz pozwanego jako lekarza, ubezpieczonych członków rodziny a także świadczeniobiorców oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej. Powód w dniach 30 grudnia 2010 r. – 11 lutego 2011 r. przeprowadził kontrolę realizacji umowy. Przedmiotem, kontroli była realizacja umowy w zakresie wystawiania recept na refundowane leki i wyroby medyczne, w szczególności pod względem zgodności danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną oraz prawidłowością i zasadnością wystawiania recept w okresie 01.01.2006 r. - 30.11.2010 r. W wyniku kontroli ustalono, że pozwany nie dysponuje dokumentacją medyczną prowadzoną dla pozwanego, małżonki pozwanego oraz córki pozwanego. Pozwany przedstawił bowiem jedynie zbiór 20 kartek, które w ocenie pozwanego nie stanowią prawidłowej dokumentacji medycznej, do prowadzenia której lekarz jest obowiązany na podstawie odpowiednich ustaw i rozporządzeń. Ustalenia te powód zawarł w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 21 marca 2011 roku. Ponadto powód wskazał, że z uwagi na utratę wzroku przez pozwanego, umowa zawarta przez niego z powodem była realizowana wadliwie ze względu na brak możliwości samodzielnego prowadzenia dokumentacji medycznej, samodzielnego wystawiania recept, samodzielnego przeczytania treści wystawionych recept i samodzielnego podpisania recept. W istocie pozwany przeniósł uprawnienia wynikające z umowy na córkę, tj. osobę nie będącą lekarzem i nie mającą uprawnień do jej realizowania. Powód podniósł, że stwierdzone nieprawidłowości skutkowały obowiązkiem zwrotu na rzecz powoda kwoty refundacji cen leków zrealizowanych na podstawie recept wystawionych przez pozwanego, w związku z czym wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 66.847,05 zł w treści wystąpienia pokontrolnego, które pozwany otrzymał w dniu 24 marca 2011 roku, co z kolei uzasadnia żądanie odsetek od dnia 08 kwietnia 2011 r., tj. upływu 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego (pozew k. 1-7).

W dniu 04 sierpnia 2011 r. Sąd Rejonowy dla Warszawy-Śródmieścia w Warszawie wydał nakaz zapłaty zgodnie z żądaniem pozwu (nakaz zapłaty k. 64).

Pozwany S. W. w dniu 26 sierpnia 2011 r. (data prezentaty, k. 68) złożył sprzeciw od w/w nakazu zapłaty, który zaskarżył w całości. Wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu, pozwany wskazał, że Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej jako NFZ) jest w kraju monopolistą na przyznawania uprawnień takiego rodzaju. Wskazał, że jest ciężko schorowanym inwalidą wojennym pierwszej grupy i emerytowanym lekarzem, który niemal całkowicie stracił wzrok. NFZ w wyniku przeprowadzonej u pozwanego kontroli i stwierdzenia drobnych, jego zdaniem, uchybień w dokumentacji medycznej, w tym nie dość skrupulatnego odnotowywania w niej własnych dolegliwości, domaga się od niego zwrotu kosztów refundacji leków w wysokości 66.847,05 zł mimo, że NFZ nie poniósł z tego tytułu żadnej straty. Prawo pozwanego do refundacji 100% ceny przepisanych leków jest bowiem bezsporne. W ocenie pozwanego prowadzona przez niego dokumentacja wskazywała imię i nazwisko pacjenta (pozwanego) oraz opis jego dolegliwości pozwalających ocenić medyczną zasadność przepisania danego leku. Wpisy opatrzone były datą, pieczętką pozwanego i adresem. Pozwany podniósł, że żądanie NFZ w stosunku do niego jest ewidentnym nadużyciem prawa w rozumieniu art. 5 k.c. (sprzeciw k. 68-73).

W piśmie procesowym z dnia 15 marca 2012 roku (data nadania, k. 144) pozwany wskazał, że wystawiał recepty niemal w 100% na leki przeznaczone dla siebie, ponieważ jest osobą w wieku 92 lat, poruszającą się i funkcjonującą wyłącznie na wózku inwalidzkim i z pomocą osób trzecich. Wskazał, że ogólna kwota refundacji dochodzona pozwem przypada

na trzy osoby: pozwanego w kwocie 65.872,28 zł, córkę pozwanego A. O. w kwocie 360,76 zł oraz żonę pozwanego A. W. w kwocie 614,96 zł (pismo procesowe k. 140-141).

W piśmie procesowym z dnia 13 kwietnia 2012 roku (data nadania, k. 149) powód wskazał, że w wyniku kontroli przeprowadzonej u pozwanego stwierdzono brak podstaw do wystawienia przez pozwanego recept na refundowane leki i wyroby medyczne wskazane szczegółowo w tabeli nr 1 zamieszczonej w protokole kontroli. W ocenie powoda fakt, że pozwany wypisywał recepty na siebie wcale nie oznacza, że dany lek został przepisany na potrzeby autora recepty, czyli pozwanego. Powód zakwestionował zasadność przypisania sobie przez pozwanego określonych leków ze względu na stan zdrowia pozwanego i jego podeszły wiek. W ocenie powoda może to świadczyć o tym, że leki formalnie przeznaczone dla pozwanego na wystawianych receptach były przeznaczone w rzeczywistości dla zupełnie innych osób, natomiast pozwany jako inwalida wojenny był swoistym dostawcą bezpłatnych leków dla innych osób. Brak prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób wynikający z obowiązujących przepisów, wskazuje, zdaniem powoda, na istnienie opisanych nadużyć (pismo procesowe, k. 146-147).

Wyrokiem z dnia 27 czerwca 2012 roku tutejszy Sąd Rejonowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda całą kwotę dochodzoną pozwem, jednocześnie rozkładając ją na 36 równych rat i odstąpił od obciążania pozwanego kosztami procesu (wyrok, k. 162).

Sąd Okręgowy w Warszawie wyrokiem z dnia 30 kwietnia 2013 roku oddalił apelację pozwanego S. W. od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy-Śródmieścia w Warszawie z dnia 27 czerwca 2012 roku (wyrok, k. 239).

Pozwany S. W. złożył skargę kasacyjną od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie (skarga kasacyjna, k. 267-288).

Wyrokiem z dnia 14 listopada 2014 roku Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie i przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania. W uzasadnieniu Sąd Najwyższy wskazał na zasadność podniesionego zarzutu naruszenia art. 65 k.c. Wskazał, że do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 155 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stosuje się przepisy kodeksu cywilnego. Należy zatem badać cel takich umów i zamiar stron oraz tłumaczyć je tak, jak tego wymagają zasady współżycia społecznego. Umowy zawierane z lekarzem przez NFZ mają zapewnić, aby pacjent otrzymał leki zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz, aby trafiły do osób, które mają do tego prawo oraz rzeczywiście ich potrzebują w ilościach tylko niezbędnych. Sąd Najwyższy dokonał oceny umowy łączącej pozwanego z powodem i wskazał, że pozwany był uprawniony do otrzymywania leków, których równowartości powód żąda. Ponadto pozwany, jako inwalida wojenny był uprawniony do bezpłatnego zaopatrzenia w leki. Pozwany otrzymał także leki na podstawie recepty wystawionej przez uprawnionego lekarza. Zdaniem Sądu Najwyższego podstawę roszczeń powoda mogą stanowić przepisy o nienależytym wykonaniu zobowiązania, tj. art. 471 i n. k.c. Podstawowe znaczenia dla ustalenia odpowiedzialności pozwanego za nienależyte wykonanie umowy powinno mieć ustalenie, czy stwierdzone braki w dokumentacji medycznej pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z tym, że leki refundowane przez NFZ trafiły w całości lub części do osób nieuprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. W ocenie Sądu Najwyższego z postanowień umowy wynika, że możliwość zwrotu refundacji leków związana jest tylko z wadliwością wystawianych recept. Same braki w dokumentacji medycznej nie mogą stanowić podstawy do żądania od lekarza zwrotu kosztów refundacji leków, które poniósł NFZ. Tylko gdyby wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym z wadliwym wystawianiem recept, a to w konsekwencji spowodowało, że leki trafiły do osoby nieuprawnionej do ich uzyskania ze środków publicznych uzasadnione byłoby domaganie się zwrotu refundacji od lekarza, który dopuścił się nienależytego wykonania umowy łączącej go z NFZ. Sąd Najwyższy wskazał także, że jest wysoce wątpliwe, w jego ocenie, czy z przepisów prawa określających obowiązki lekarza dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej wynika obowiązek prowadzenia takiej dokumentacji w przypadku recept pro auctorem i pro familia (wyrok z uzasadnieniem, k. 324-329).

Sąd Okręgowy w Warszawie wyrokiem z dnia 02 kwietnia 2015 roku, po ponownym rozpoznaniu apelacji pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego z dnia 27 czerwca 2012 roku, uchylił zaskarżony wyrok i sprawę przekazał do

ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu dla Warszawy-Śródmieścia w Warszawie, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach wszystkich instancji. W uzasadnieniu Sąd Okręgowy powołał się na ocenę prawną umowy dokonaną przez Sąd Najwyższy. Kierując się wytycznymi Sądu Najwyższego Sąd Okręgowy polecił sądowi pierwszej instancji zbadanie oraz rozważenie, czy stwierdzone w czasie kontroli uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej uzasadniają żądanie zwrotu równowartości leków, które otrzymał pozwany. Wskazał, że należy, przy skorzystaniu z wiedzy specjalistycznej, ocenić zasadność poszczególnych ordynacji lekarskich. Po przeprowadzeniu tego dowodu sąd pierwszej instancji powinien rozważyć, czy nastąpiło nienależyte wykonanie umowy łączącej pozwanego z NFZ, które uzasadniałoby obciążenie pozwanego całą kwotą refundacji dochodzoną w pozwie. Ponadto Sąd Okręgowy zalecił dokonanie analizy rozporządzeń Ministra Zdrowia dotyczących prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej (wyrok z uzasadnieniem, k. 339-351).

W piśmie procesowym z dnia 25 czerwca 2015 roku (data nadania, k. 515) powód podtrzymał w całości żądanie pozwu. Wskazał, że pozwany na podstawie umowy łączącej go z powodem był zobowiązany przepisywać leki i wyroby medyczne kierując się indywidualną potrzebą leczenia chorego, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej w sposób nie przekraczający granic koniecznej potrzeby, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Na podstawie art. 41 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty pozwany jako lekarz miał obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, także w przypadku recept pro auctore i pro familia. Zdaniem powoda pozwany naruszył przepisy prawa oraz postanowienia umowy. Pozwany bowiem w okresie od 14.01.2006 r. do 28.11.2010 r. wystawił recepty z dopiskiem pro auctore na 262 produktów leczniczych w łącznej liczbie 830 opakowań na 48 jednostek chorobowych. Wśród tych produktów znajdowały się również produkty przeciwwskazane do stosowania ze względu na wiek pozwanego oraz na interakcje z innymi lekami. Wobec tego, w ocenie powoda, pozwany przepisywał leki, które nie mogły być przeznaczone dla niego (pismo procesowe, k. 372-397).

W piśmie procesowym z dnia 03 sierpnia 2015 roku (data nadania, k. 528) pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości. Wskazał, że powód nie udowodnił powództwa co do zasady i co do wysokości. W ocenie pozwanego powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności pozwanego, tj. zarówno szkody, jak i adekwatnego związku przyczynowego. W ocenie pozwanego dokumentacja medyczna była przez niego prowadzona właściwie i zgodnie z oficjalną interpretacją Ministra Zdrowia. Podniósł także, że powód w żaden sposób nie wykazał, że leki przepisywane przez pozwanego trafiły do osób nieuprawnionych (pismo procesowe, k. 522-525).

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

S. W. jest lekarzem posiadającym specjalizację z zakresu radiologii. Studia medyczne ukończył w 1957 roku. Od wielu lat S. W. jest emerytowanym lekarzem nie wykonującym zawodu lekarza, jest inwalidą 1 grupy i inwalidą wojennym. Od wielu lat S. W. jest praktycznie niewidomy i ma kłopoty z krążeniem. Pozostaje pod opieką zawodowych opiekunek oraz swoich dzieci.

Dowód: okoliczność bezsporna, zeznania świadka M. W., k. 154-155, zeznania pozwanego, k. 121.

W dniu 17 maja 2005 r. Narodowy Fundusz Zdrowia w W., działający przez (...) Oddział Wojewódzki w W. zawarł z lekarzem S. W., specjalistą w zakresie neuroradiologii, umowę nr (...) na czas nieokreślony, na podstawie której upoważnił w/w lekarza do wystawiania recept na refundowane przez NFZ leki i wyroby medyczne na rzecz lekarza, ubezpieczonych członków rodziny lekarza (współmałżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej), a także świadczeniobiorców oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, objętych opieką lekarza.

Lekarz S. W. zobowiązany był: przepisywać leki i wyroby medyczne, kierując się indywidualną potrzebą leczenia chorego, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej w sposób nie przekraczający granic koniecznej potrzeby, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Natomiast leki zobowiązany był przepisywać zgodnie z wskazaniami i dawkami, określonymi w zatwierdzonych, na podstawie ustawy – Prawo farmaceutyczne, Charakterystykach Produktów L..

Ponadto, na podstawie § 4 ust. 3 umowy, S. W. zobowiązany był do postępowania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym określającymi prowadzenie dokumentacji medycznej na rzecz osób, którym przepisuje leki i wyroby medyczne, zgodnie z odrębnymi przepisami (§ 4 ust. 4). Jednocześnie umowa określała przypadki, w których S. W. zobowiązany był do zwrotu (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu (...) kosztów refundacji leków i wyrobów medycznych realizowanych na podstawie recept zawierających dane lekarza, tj. w przypadkach: braku albo błędnych danych dotyczących pacjenta, na rzecz którego wypisana została recepta; braku pełnych danych odnośnie wystawionej recepty w dokumentacji medycznej pacjenta, na rzecz którego wystawiona została recepta; wystawienia recepty niezgodnie z przepisami zawartymi w paragrafie 4 umowy oraz wystawienia recepty na rzecz osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym (§ 5 umowy).

Dowód: umowa, k. 8-13.

Na podstawie umowy zawartej z NFZ S. W. wypisywał recepty na leki dla siebie, swojej żony A. W., która chorowała na A. oraz dla rodziny, w tym córki. Większość leków S. W. przepisywał dla siebie. Z uwagi na stan zdrowia ani S. W., ani jego żona, nie byli w stanie dojeżdżać do przychodni. S. W. powielał leki przepisywane przez innych lekarzy specjalistów. Z przepisywanych leków korzystał tylko on lub jego żona. S. W. sam również zażywał lekarstwa na A.. W wypisywaniu recept S. W. pomagała żona, a po jej śmierci córka oraz osoby z apteki, w której przez wiele lat S. W. realizował recepty i był dla farmaceutów osobą znaną. S. W. nie wypisywał własnoręcznie recept tylko je podpisywał i stawiał pieczętkę z uwagi na problemy ze wzrokiem. W związku z wystawianymi receptami S. W. prowadził wykaz przepisywanych leków opatrzony jego pieczętką oraz podpisem i datą.

Dowód: zeznania świadka M. W., k. 154-155, zeznania pozwanego, k. 121, wykaz leków prowadzony przez pozwanego, k. 75-94.

W okresie od dnia 30 grudnia 2010 roku do dnia 11 lutego 2011 roku Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał u S. W. kontroli, której przedmiotem była realizacja umowy w zakresie wystawiania recept na refundowane leki i wyroby medyczne pro auctore/pro familia, w szczególności pod względem zgodności danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną oraz prawidłowością i zasadnością wystawiania recept w okresie od dnia 01 stycznia 2006 roku do dnia 30 listopada 2010 roku.

Na podstawie ustaleń opisanych w protokole kontroli z dnia 11 lutego 2011 roku, NFZ w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 21 marca 2011 roku, doręczonym S. W. w dniu 24 marca 2011 roku, ocenił negatywnie realizację przez niego umowy. W ocenie NFZ umowa była wykonywana w sposób nienależyty, ze względu na brak prowadzonej przez S. W. dokumentacji medycznej pacjentów o numerach PESEL: (...), (...), (...), którym wystawiał on recepty na refundowane leki i wyroby medyczne, co stanowiło naruszenie art. 41 ust 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty, a także naruszenia § 4 ust 4 i § 6 ust 2 lit b umowy. Nadto NFZ wskazał, że umowa była realizowana wadliwie, ze względu na brak możliwości samodzielnego prowadzenia dokumentacji medycznej, samodzielnego wystawiania recept, samodzielnego podpisywania recept, samodzielnego przeczytania treści wystawionych recept, a także ich podpisania. Pozwany z uwagi na utratę wzroku, przeniósł powyższe uprawnienia wynikające z umowy na inną osobę (córkę) nie będącą lekarzem i nie posiadającą uprawnień do jej realizowania. Jako, że koszty nienależnie wypłaconej refundacji za leki i wyroby medyczne zrealizowane na podstawie recept wynosiły 66.847,05 złotych, NFZ w dniu 4 maja 2011 roku wystawił notę księgową obciążeniową nr O(...).

Dowód: protokół kontroli, k. 15-49, wystąpienie pokontrolne z dnia 21 marca 2011 r. wraz z potwierdzeniem odbioru, k. 50-54, nota księgową obciążeniową, k. 55.

Pismami z dnia 17 lutego 2011 roku, 30 marca 2011 roku oraz 27 kwietnia 2011 roku S. W. zgłosił zarzuty i uwagi do protokołu kontroli przeprowadzonej przez pracowników NFZ. Wskazał, że jako emerytowany radiolog nie prowadził i nie prowadzi żadnej prywatnej praktyki lekarskiej, nie posiada gabinetu ani sekretarki. Wypisywał recepty na leki dla siebie, żony i córki, których historię zdrowia i choroby zna na pamięć od kilkudziesięciu lat. Korzystając ze swojej wiedzy i uprawnień ograniczał się do kontynuacji leczenia farmakologicznego zaleconego przez lekarzy

prowadzących. Wskazał, że z racji wieku i stanu zdrowia wymaga wszechstronnego leczenia, które podtrzymuje go przy życiu i poprawia jego komfort. Ze względu na stale pogarszający się stan jego wzroku, który był znany osobom podpisującym z nim umowę w imieniu NFZ, musi korzystać z pomocy innych osób przy wypisywaniu recept i przy ich ewidencjonowaniu.

Dowód: pisma pozwanego, k. 95-100.

(...) Oddział Wojewódzki (...) zarzucił S. W., że nie prowadził dokumentacji medycznej pacjentów o numerach PESEL: (...) (S. W.), (...) (A. W.) oraz (...) (A. O.), którym wystawiał recepty na refundowane leki i wyroby medyczne na łączną kwotę 66.847,05 złotych, tj. :

1. S. W. - refundacja w kwocie 65.872,28 zł;
2. A. W. – refundacja w kwocie 614,96 zł;
3. A. O. – refundacja w kwocie 360,76 zł.

Dowód: protokół kontroli, k. 15-49, wystąpienie pokontrolne z dnia 21 marca 2011 r., k. 50-53.

S. W. od co najmniej 1998 roku pozostaje pod opieką kardiologiczną. Miał rozpoznawane nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków oraz przewlekłą chorobę wieńcową. W leczeniu stosowano leki M., C., P., C., V., P., K., T., Z., C. (1). Przypisanie przez S. W. leków kardiologicznych wskazanych w protokole kontroli dla siebie w latach 2006-2010 było zasadne. Leki te, pomimo licznych nazw, należą do kilku tylko podstawowych grup leków i w obrębie danej grupy mogą być w perspektywie długofalowej stosowane zamiennie. Przepisywane przez S. W. leki kardiologiczne w poszczególnych grupach nie przekraczały ich maksymalnego dawkowania i dawki leków zaordynowane przez S. W. były możliwe do stosowania.

Dowód: opinia biegłego z zakresu kardiologii i opinia uzupełniająca, k. 965-967, 1094-1100.

Zgodnie z zapisami umowy S. W. mógł wypisywać leki dla siebie oraz żony i córki i takie leki wypisywał. Prowadził własną dokumentację medyczną, która stanowi zbiór 20 kartek zapisanych w formacie zeszytowym. Wpisy w niej zawarte zostały opatrzone pieczęcią S. W. i podpisem, jednakże pozbawiona jest ona precyzyjnych informacji, na podstawie których można by wnioskować o ordynacjach przepisywanych przez S. W. i wymienionych w protokole leków. Recepty wystawiane przez niego nie są przyczynowo związane z tą dokumentacją i z niej nie wynikają. Wszystkie wystawiane leki wskazane w protokole kontroli NFZ od daty 14.01.2006 r. - 7.01.2008 r. nie mają jakiegokolwiek adnotacji w dokumentacji własnej prowadzonej przez S. W.. W niektórych przypadkach wpisy w dokumentacji medycznej prowadzonej przez niego odręcznie: „kontynuacja leczenia”, „uzupełnienie kuracji” są oderwane od jakiegokolwiek konkretnych i gdziekolwiek istniejących zapisów pierwotnych. W dokumentacji medycznej brak jest adnotacji dotyczącej oznaczenia pacjenta w tym wypadku oznaczenia pro auctore lub pro me, natomiast istnieją wpisy z oznaczeniem pro familiae (córka) „pro familiae (żona)”, co świadczy o tym, że leki zaordynowane były faktycznie przeznaczone dla tych osób, przy tym w przypadku leków dla córki nie zawsze wiadomo, dla której z dwóch córek leki te były przepisane.

W dokumentacji medycznej istnieją obok nazw leków dopiski odnoszące się do nazw jednostek chorobowych, opisujące różne objawy chorobowe, które można uznać za ordynowane zasadnie oraz wskazujące konkretny narząd, odnoszące się do czynników związanych z procesem chorobowym, bez doprecyzowania stanów patologicznych, wpisy o treści „kontynuacja leczenia”, „c.d. leczenia”, „uzupełnienie leczenia”, „zlecenie poszpitalne”, „w razie potrzeby”, które nie mogą być uznane za element właściwej dokumentacji medycznej.

Pozostała dokumentacja medyczna potwierdzająca uzyskanie świadczeń zdrowotnych zawierająca wpisy od dnia 1.01.2006 r. - 30.11.2010 r. zawiera szczegółowe zapisy charakteryzujące stan zdrowia lekarza i wynikające z tego stanu

konkretne ordynacje leków. Jednakże w tym wypadku istnieją także wpisy dotyczące wystawienia recepty z dniem wcześniejszym niż wpis w dokumentacji medycznej.

Dokumentacja medyczna prowadzona przez lekarza S. W. nie wskazuje na zasadność ordynacji leków, przepisywanych przez niego, w tym D. i E., dla niego, jego żony i córki.

Dowód: opinia biegłego z zakresu farmakologii i opinia uzupełniająca, k. 872-896a i k.1064-1072.

Dokumentacja medyczna prowadzona przez S. W. na potrzeby wystawiania recept pro auctore/pro medico jest wystarczająca, gdyż jest chronologiczna, czytelna, przejrzysta, zawiera opis ilości opakowań przepisywanego leku i dawkowanie oraz lakoniczne adnotacje o stanie zdrowia. S. W. miał znaczne problemy z pisaniem i czytaniem, był inwalidą wojennym, co musiało wpłynąć na niedoskonałości prowadzonej dokumentacji medycznej.

S. W. chorował na schorzenia kardiologiczne, które uzasadniały ordynowanie preparatów stosowanych w leczeniu tych chorób m.in. M., C., A., P., M., C., V., S., P., K., T., Z., C. (1), P., B., A., K., (...). Leki te nie były stosowane w ilościach przekraczających dawki maksymalne. Niefortunne połączenia tych leków i prawdopodobnie nadmierne ilości nie stanowią rażącego błędu w sztuce medycznej.

U S. W. rozpoznano w okresie objętym kontrolą także inne zaburzenia: miażdżycę uogólnioną, nawracające infekcje dróg oddechowych, odwarstwienie siatkówki, zaćmę, jaskrę, żylaki podudzia, opryszczkę, zapalenie refleksowe błony śluzowej żołądka zapalenie pęcherzyka żółciowego, przerost prostaty, zakrzepice żylną, niedosłuch, zwyrodnienie wielostawowe, zaburzenia nerwicowe, wyprysk, obniżenie odporności, zapalenie dróg moczowych, głuchota. Uzasadnione było więc stosowanie leków mogących mieć zastosowanie przy tych schorzeniach, jak m.in. S., A., A., B., B., C., F..

Podeszły wiek S. W. i liczne schorzenia uprawdopodobniają liczne dolegliwości, subiektywne objawy i tym samym przekonanie o wskazaniach do stosowanego przez siebie leczenia. Nie można wykluczyć, że okresowo powstały u niego objawy uzasadniające stosowanie doraźne leków na alergię oddechowe, świąd skóry wspomagających funkcję komórek mózgowych, przeciwdepresyjnych.

Brak w dokumentacji medycznej danych do rozpoznania (...) lub spastycznego zapalenia oskrzeli, osteoporozy, wrzodziejącego zapalenia jelit, trądziku, zapalenia spojówek, padaczki, uzasadniających stosowanie leków na te schorzenia.

Niezasadne było natomiast ordynowanie na siebie leków E. k. - do miejscowego znieczulenia skóry, E., D., C., T., V., M., L., S., S., S. d., M., B., O., M., P., D. T., D. once, A., Z.. Niektóre z tych środków stosowane są na stany, które nie można uznać za chorobowe, jak np. Z. - łysienie, V. - z. e.

Dowód: opinia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i opinia uzupełniająca, k. 995-1001 i k.1028-1029.

Powyzszy stan faktyczny został ustalony w oparciu o całokształt materiału dowodowego zgromadzonego w aktach niniejszej sprawy. Przede wszystkim wskazać należy, że prawdziwość dokumentów prywatnych nie była kwestionowana przez strony postępowania, jednakże wywodziły one z nich różne wnioski co do zasadności przepisywania przez pozwanego określonych leków.

Sąd ponadto dokonywał ustaleń na podstawie osobowych źródeł dowodowych: zeznań świadka M. W. oraz pozwanego. Zeznania te Sąd uznał za wiarygodne w całości. Przedstawały one - w zakresie w jakim nie stanowiły subiektywnych ocen świadka i pozwanego - w zestawieniu z pozostałym materiałem dowodowym spójne i logiczne źródło wiedzy o faktach. Relacja świadka i pozwanego, była szczerą, rzeczową i logiczną, zaś w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym nie znalazły się dowody, które by przeczyły ich zeznaniom. W tej sytuacji zeznania te uznać należało za pełnowartościowy dowód w niniejszej sprawie.

Sąd ponadto dopuścił dowód z opinii biegłych trzech specjalności: z zakresu chorób wewnętrznych, z zakresu kardiologii oraz z zakresu farmakologii, przy czym w przypadku biegłych dwóch pierwszych specjalności - na okoliczność zasadności przyjmowania przez pozwanego leków przepisanych na siebie, wskazanych w protokole kontroli w latach 2006 – 2010, a w trzecim przypadku - na okoliczność wskazania czy dokumentacja medyczna prowadzona przez pozwanego wskazuje na zasadność ordynacji leków przepisanych przez pozwanego (i wskazanych w protokole kontroli) dla niego, jego żony – A. W. i córki – A. O. (k.861).

Wszystkie trzy opinie sporządzone przez biegłych: z zakresu farmakologii dr S. G. z dnia 2 lutego 2016 r. (k.870-896a), z zakresu chorób wewnętrznych P. Z. z dnia 25 lutego 2017 r. oraz z zakresu kardiologii dr n. med. K. K. z dnia 9 października 2016 r. (k.965-967) zostały zakwestionowane, wobec tego Sąd dopuścił dowód z opinii uzupełniających tych biegłych. Biegli odnieśli się w opiniach uzupełniających do poszczególnych zarzutów stron do opinii pisemnych i ostatecznie każdy z nich potwierdził wnioski wskazane pierwotnie.

Rzeczony opinie sporządzono w sposób prawidłowy, odpowiadając w zakresie przedstawionych biegłym zagadnień, tym samym Sąd uznał je za wiarygodne i pełnowartościowe dowody w niniejszej sprawie. W związku z tym, wnioski biegłych dają asumpt do dokonywania ustaleń w przedmiocie prawidłowości wystawiania recept przez pozwanego, zakwestionowanych przez powoda.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo jako nieuzasadnione podlegało oddaleniu w całości.

Powodowy Narodowy Fundusz Zdrowia dochodził od pozwanego zapłaty kwoty 66.847,05 zł wraz z ustawowymi odsetkami i kosztami procesu, stanowiącej równowartość kwoty refundacji cen leków wydanych z apteki na podstawie recept zawierających dane pozwanego, jego małżonki oraz córki, a wystawianych na podstawie umowy zawartej między stronami sporu dnia 17 maja 2005 r. nr (...), upoważniającej pozwanego do wystawiania recept na refundowane przez NFZ leki i wyroby medyczne na rzecz lekarza, ubezpieczonych członków rodziny lekarza (współmałżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej), a także świadczeniobiorców oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, objętych opieką lekarza. Zdaniem powoda w toku kontroli przeprowadzonej przez (...) Oddział Wojewódzki (...), stwierdzony został szereg nieprawidłowości w zakresie wystawiania recept na refundowane leki i wyroby medyczne, w szczególności pod względem zgodności danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną oraz prawidłowością i zasadnością wystawiania recept w okresie 01.01.2006 r. - 30.11.2010 r.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że umowa upoważniająca lekarza do wystawiania recept, według stanu prawnego obowiązującego w okresie, którego dotyczy roszczenie, miała umocowanie w art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wówczas: Dz.U.2004 r. Nr 210, poz. 2135). Zgodnie z tym przepisem, zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy także na podstawie recepty wystawionej przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on prawo wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.

Zgodnie ze wskazywaną powyżej ustawą, świadczenie opieki zdrowotnej to świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Natomiast przez świadczenie zdrowotne rzeczowe rozumie się związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze (art. 5 pkt 34 i 37).

W związku z powyższym, stwierdzić należy, że upoważnienie do wystawiania recept przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, może wynikać jedynie z umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Natomiast lekarzowi, który zawarł taką umowę, udzielane jest upoważnienie, które nie oznacza, że lekarz ten staje się świadczeniodawcą, w rozumieniu przepisów tej ustawy, jednakże uprawnienie to wpływa na dostęp świadczeniobiorcy

(pacjenta) do świadczeń opieki zdrowotnej, jakimi są leki i wyroby medyczne (art. 5 pkt 37). Oznacza to, że lekarz, posiadający takie upoważnienie, pośrednio działa na rzecz umożliwienia pacjentowi dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Niemniej jednak ponieważ pozwany zawarł z powodem umowę, zaś żądanie powoda oparte jest na twierdzeniu o niewykonaniu należytych postanowień umowy, stwierdzić należy, że podstawą prawną powództwa są przepisy o odpowiedzialności kontraktowej (art. 471 i n. k.c.).

Takie stanowisko potwierdza także orzecznictwo Sądu Najwyższego. W wyroku z dnia 14 listopada 2014 r., sygn. akt I CSK 633/13, Sąd Najwyższy stwierdził, że w przypadku żądania zwrotu kwoty refundacji od lekarza, który miał naruszyć postanowienia umowy upoważniającej do wystawiania recept, podstawą roszczenia nie mogą być przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu, lecz przepisy o odszkodowaniu za nienależyte wykonanie przez niego umowy.

Podkreślić trzeba w tym miejscu, że wniosek ten potwierdza treść uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada 2014 roku, mocą którego Sąd ten uchylił zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie wydany w niniejszej sprawie i przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania.

W pełni podzielając powyższy pogląd, w pierwszej kolejności ustalenia wymagało, czy doszło do nienależytego wykonania umowy łączącej powoda z pozwanym, które uzasadniałoby w świetle art. 471 k.c. i nast. obciążenie pozwanego obowiązkiem zapłaty na rzecz powoda kwoty 66.847,05 zł, stanowiącej równowartość kwoty refundacji za leki, przepisane przez pozwanego, których zasadność powód kwestionował.

Zgodnie z art. 471 k.c. dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

W związku z powyższym, w polskim prawie cywilnym przyjmuje się, że odpowiedzialność kontraktowa dłużnika powstaje, jeżeli wystąpią trzy przesłanki: a) szkoda wierzyciela w postaci uszczerbku majątkowego; b) niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania przez dłużnika; c) związek przyczynowy między faktem nienależytego wykonania lub niewykonania zobowiązania a poniesioną szkodą.

Ciężar dowodu powyższych okoliczności w całości spoczywa na stronie powodowej, która winna była wykazać ich wystąpienie, albowiem wywodziła z nich skutek prawny w postaci odpowiedzialności pozwanego za szkodę poniesioną przez powoda.

Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. W literaturze przedmiotu oraz w orzecznictwie sądowym nie jest kwestionowany pogląd, że przepis ten nie jest źródłem niczyjego obowiązku odnośnie do udowadniania określonych okoliczności, lecz zawiera jedynie regułę rozkładu ciężaru dowodu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 1997 r., sygn. akt II CKN 90/97). Reguła rozkładu ciężaru dowodu ujawnia swoje znaczenie, gdy „wyniki postępowania dowodowego nie pozwalają na uznanie oznaczonych faktów za wykazane”, wtedy też reguła ta „rozstrzyga o tym, kogo należy obciążyć konsekwencjami niemożności dokonania ustaleń faktycznych” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1999 r., sygn. akt III CKN 404/98). Ponadto, wskazuje się, że przepis ten określa rozkład ciężaru dowodu, przez „wskazanie zarówno podmiotu, na którym ciężar dowodzenia spoczywa, jak również przedmiotu dowodzenia, tj. takich faktów, których wystąpienie wywołuje skutki prawne”, ustalając w ten sposób jedynie „kto ma dowodzić i czego ma dowieść” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 1997 r., sygn. akt II CKN 531/97).

Natomiast odnosząc powyższe do kwestii przesłanek odpowiedzialności kontraktowej, Sąd Najwyższy wskazał, że „istota normy zawartej w art. 471 k.c. wyraża się jedynie wykorzystaniem konstrukcji winy domniemanej, czego nie można bynajmniej utożsamiać z istnieniem domniemania wystąpienia przesłanek kontraktowej odpowiedzialności odszkodowawczej, których udowodnienie musi oczywiście nastąpić zgodnie z regułą wynikającą z art. 6 k.c.” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 1997 r., sygn. akt II CKN 531/97). Oznacza to, że rozkład ciężaru dowodu

przesłanek odpowiedzialności kontraktowej wynikających z art. 471 k.c., wynika z reguły ogólnej wyrażonej w art. 6 k.c. Powyższe stanowiska są także w pełni aprobowane przez Sąd orzekający w niniejszej sprawie.

W związku z tym, uznać należało, że to na powodzie spoczywał ciężar udowodnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności kontraktowej pozwanego. Powód winien był zatem wykazać nienależyte wykonanie zobowiązania, szkodę oraz związek przyczynowy pomiędzy nimi, skoro domagał się odszkodowania z tego tytułu. Przy czym, w ocenie powoda nienależyte wykonanie zobowiązania w tym przypadku miało sprowadzać się do nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej przez pozwanego, a w konsekwencji do stworzenia sytuacji, w której niemożliwym stała się weryfikacja prawidłowości wystawiania przez niego recept stosownie do uprawnienia uzyskanego na podstawie zawartej z powodem umowy.

W ocenie Sądu powód nie wykazał w toku postępowania takich okoliczności, które uzasadniałyby odpowiedzialność pozwanego. Takim uzasadnieniem z pewnością nie może być w szczególności jedynie fakt, że obowiązek zwrotu został ustalony w wystąpieniu pokontrolnym na podstawie kontroli dokonanej przez powoda. O ile przepisy dopuszczają możliwość prowadzenia przez powodowy Fundusz kontroli, jednak jej wyniki nie stanowią podstawy do prawomocnego stwierdzenia nienależytego wykonania zobowiązania przez pozwanego, lecz stanowią jedynie dokument prywatny, podlegający ocenie tak jak każdy inny dowód w postępowaniu cywilnym.

Na podstawie przedmiotowej umowy, powód upoważnił pozwanego do wystawiania recept na refundowane przez NFZ leki i wyroby medyczne na rzecz lekarza, ubezpieczonych członków rodziny lekarza: współmałżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej, a także świadczeniobiorców oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, objętych opieką lekarza. Pozwany zobowiązany był: przepisywać leki i wyroby medyczne, kierując się indywidualną potrzebą leczenia chorego, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej w sposób nie przekraczający granic koniecznej potrzeby, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Natomiast leki zobowiązany był przepisywać zgodnie ze wskazaniami i dawkami, określonymi w zatwierdzonych, na podstawie ustawy – Prawo farmaceutyczne, Charakterystykach Produktów L.. Ponadto, na podstawie § 4 umowy S. W. zobowiązany był do postępowania zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2004 r. w sprawie recept lekarskich (Dz.U. z 2004 r. Nr 213, poz. 2164) - obecnie jest to akt uchylony, obowiązującymi przepisami prawa, w tym określającymi sposób i tryb wystawiania recept, wzór recept uprawniających do nabywania leków i wyrobów medycznych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością, wykaz leków i wyrobów medycznych wydawanych chorym cierpiącym na choroby przewlekłe bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością, prowadzenie dokumentacji medycznej (§ 4 ust. 3), a także do prowadzenia dokumentacji medycznej na rzecz osób, którym przepisuje leki i wyroby medyczne, zgodnie z odrębnymi przepisami (§ 4 ust. 4). Jednocześnie umowa określała w § 5 enumeratywne przesłanki, w których S. W. zobowiązany był do zwrotu (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu (...) kosztów refundacji leków i wyrobów medycznych realizowanych na podstawie recept zawierających dane lekarza.

Zgodnie z § 5 przedmiotowej umowy, pozwany zobowiązany był do zwrotu Oddziałowi Funduszu kosztów refundacji leków i wyrobów medycznych realizowanych na podstawie recept zawierających dane lekarza w przypadku braku albo błędnych danych dotyczących pacjenta, na rzecz którego wypisana została recepta, braku pełnych danych odnośnie wystawionej recepty w dokumentacji medycznej pacjenta, na rzecz którego wystawiona była recepta, wystawienia recepty niezgodnie z przepisami zawartymi w § 4 tej umowy, wystawienia recepty na rzecz osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym.

Umowa łącząca strony wymieniała więc w sposób enumeratywny przypadki, w których powód mógłby domagać się od pozwanego zwrotu kosztów refundacji leków i wyrobów medycznych, a zatem przypadki, w których można mówić o nienależytym wykonaniu zobowiązania przez pozwanego. Chodziło więc o przypadki nieprawidłowego wystawiania recept w rozumieniu wskazanym w tej umowie (§ 5 w zw. z § 4). Tymczasem, powód nie zgłaszał wprost takiego zarzutu ani w toku niniejszego procesu ani na etapie kontroli prowadzonej u pozwanego. Kwestionował natomiast prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej przez pozwanego, a w istocie brak prowadzenia takiej dokumentacji.

W związku z powyższym należy zaznaczyć, iż zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U.2018.617 ze zm.; dalej zamiennie u.z.l.) 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 (w brzmieniu obowiązującym w okresie objętym sporem: 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), a zgodnie z ust. 3 za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza, kierowanie podmiotem leczniczym, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2018.160 ze zm.; dalej zamiennie u.d.l.) lub zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej (poprzednio: za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia oraz nauczanie zawodu lekarza).

Za część wykonywania zawodu lekarza można również uznać wystawianie recept. Wprawdzie nie wynika to wprost z przepisu art. 2 u.z.l., niemniej jednak zestawienie treści art. 1 i 2 ust. 1 z treścią art. 41 ust. 1 ustawy, który przewiduje, że lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, wskazuje jednoznacznie na to, że z wykonywaniem zawodu lekarza wiąże się również m.in. obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta (postanowienie SN z dnia 24 maja 2007 r., I KZP 11/07, Biul. SN 2007, nr 6, s. 20).

Sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przez lekarza określają przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017r. poz. 1318 ze zm.; dalej zamiennie u.p.p.). Ta ostatnia ustawa z kolei w art. 24 ust. 1 przewiduje, że w celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1 (prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych), podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji (w brzmieniu obowiązującym w okresie objętym sporem: w celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji). Jednocześnie podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zdefiniowany jest obecnie w powołanej ustawie jako podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz lekarza lub pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5; natomiast w brzmieniu obowiązującym poprzednio oznaczał: zakład opieki zdrowotnej oraz indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, grupową praktykę lekarską, indywidualną praktykę pielęgniarek, położnych, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek, położnych oraz grupową praktykę pielęgniarek, położnych). Obecnie zgodnie z art. 4 u.d.l. podmiotami leczniczymi są: 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej

(Dz. U. poz. 2217), 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1158, 1452 i 2201), 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, 5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5, 6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła (...) w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, 7) jednostki wojskowe - w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. Natomiast art. 5 ust. 1 u.d.l. przewiduje aktualnie, iż lekarze mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100. Działalność lecznicza lekarzy może być wykonywana w formie: a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska (ust. 2 pkt 1).

Z powyższych przepisów wynika w szczególności, że obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej ciąży (i ciążył w okresie objętym kontrolą u pozwanego) na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, który obecnie zdefiniowany jest w art. 4 i 5 u.d.l., a poprzednio był zdefiniowany w tej ustawie jako m.in. zakład opieki zdrowotnej, indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska oraz grupowa praktyka lekarska.

Tymczasem, nie ulega wątpliwości, że pozwany w okresie obowiązywania umowy, w tym w okresie objętym kontrolą powoda, nie należał do żadnej z kategorii podmiotów wskazanych w powołanej ustawie, a zatem nie był podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych. Przede wszystkim ze względu na to, że nie prowadził ani indywidualnej, ani indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej. Tym samym pozwany nie wykonywał zawodu lekarza w rozumieniu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wobec tego nie był on zobowiązany na podstawie tych przepisów do prowadzenia dokumentacji medycznej.

Pozwany natomiast działał na podstawie umowy, zawartej zgodnie z dyspozycją uchylonego obecnie przepisu art. 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (uchylony z dniem 1 lipca 2012 r.; dalej zamiennie u.ś.o.z.), zgodnie z którym zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem art. 40 (ust. 1). Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy także na podstawie recepty wystawionej przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on prawo wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept (ust. 2). Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz felczera i starszego felczera (ust. 3).

Przepis ten wyróżniał następujące kategorie osób uprawnionych do wystawiania recept na refundowane leki i wyroby medyczne: 1) lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a więc - zgodnie z art. 5 pkt 14 u.ś.o.z. - lekarza, lekarza dentystę będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; 2) lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, który musi posiadać prawo wykonywania zawodu oraz zawartą z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept; 3) felczera ubezpieczenia zdrowotnego, a więc - zgodnie z art. 5 pkt 4 u.ś.o.z. - felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; 4) felczera i starszego felczera. Przepis art. 34 u.ś.o.z. wskazywał, że receptę na leki może wystawić także lekarz niebędący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego. Lekarz taki musiał mieć jednak

prawo do wykonywania zawodu oraz zawrzeć z oddziałem wojewódzkim (...) umowę upoważniającą do wystawiania recept.

Jednakże ustawa ta nie zobowiązywała lekarza uprawnionego na mocy art. 34 ust. 2 u.ś.o.z. do prowadzenia dokumentacji medycznej w w/w rozumieniu. Nie ulega więc wątpliwości, że ani w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, ani w ustawie o prawach pacjenta, ani wreszcie w ustawie o świadczenia opieki zdrowotnej, nie ma normy prawnej zobowiązującej pozwanego, który na podstawie umowy z dnia 17 maja 2005 r. i zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wystawiał recepty na siebie, swoją żonę i córkę, do prowadzenia jednocześnie dokumentacji medycznej, o której mowa w tych aktach prawnych.

Zaznaczyć w tym miejscu trzeba też, że w okresie 01.01.2006 r. - 30.11.2010 r., a zatem w okresie objętym sporem, zagadnienia dotyczące rodzajów, sposobu prowadzenia oraz szczegółowych warunków udostępniania indywidualnej dokumentacji medycznej przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych poza zakładami opieki zdrowotnej regulowało także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. (Dz.U. Nr 83, poz. 903), w którym również próżno szukać normy zobowiązującej do prowadzenia dokumentacji medycznej lekarzy, którzy tak jak pozwany, nie prowadzili praktyki lekarskiej.

Nie można zatem zasadnie postawić pozwanemu zarzutu, że prowadził dokumentację medyczną nieprawidłowo, a tym bardziej, że takiej dokumentacji w ogóle nie prowadził. Pozwany był bowiem emerytowanym lekarzem, który nie prowadził żadnej zarejestrowanej praktyki lekarskiej. Jak z kolei wynika z przytoczonych powyżej przepisów, wyłącznie od podmiotu, który prowadzi szeroko pojętą zarejestrowaną w sposób wymagany prawem praktykę lekarską można było wymagać prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z przytoczonymi przepisami.

Nie zmienia to jednakże faktu, że pozwany, wbrew stanowisku powoda, prowadził dokumentację medyczną. Jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym opinii biegłego specjalisty farmakologii, pozwany mimo braku powyższego obowiązku prowadził własną dokumentację medyczną, która stanowi zbiór 20 kartek zapisanych w formacie zeszytowym. Wpisy w niej zawarte zostały opatrzone pieczęcią S. W. i podpisem. Ponadto, pozwany prowadził również dokumentację medyczną potwierdzającą uzyskanie świadczeń zdrowotnych zawierającą wpisy od dnia 1.01.2006 r. - 30.11.2010 r. obejmującą szczegółowe zapisy charakteryzujące stan zdrowia lekarza i wynikające z tego stanu konkretne ordynacje leków. Jak wskazał biegły z zakresu chorób wewnętrznych dokumentacja medyczna prowadzona przez pozwanego na potrzeby wystawiania recept pro auctore/pro medico jest wystarczająca, gdyż jest chronologiczna, czytelna, przejrzysta, zawiera opis ilości opakowań przepisywanego leku i dawkowanie oraz lakoniczne adnotacje o stanie zdrowia.

A zatem, zarzut powoda co do tego, że pozwany nie prowadził dokumentacji medycznej/prowadził ją niewłaściwie, nie znajduje akceptacji Sądu. Ponownie należy zresztą podkreślić, że zgodnie z umową brak czy nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej nie było dla powoda podstawą do żądania zwrotu spełnionego na rzecz pozwanego świadczenia. Taka podstawa istniałaby jedynie w razie nieprawidłowości odnośnie wystawiania recept.

W tym ostatnim zakresie trzeba zaznaczyć, że zgodnie z umową pozwany był uprawniony przez powoda do wystawiania recept na refundowane przez NFZ leki i wyroby medyczne na rzecz lekarza, ubezpieczonych członków rodziny lekarza (współmałżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej), a także świadczeniobiorców oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, objętych opieką lekarza. W praktyce wystawiał on zgodnie z tym upoważnieniem recepty na takie leki na siebie, swoją żonę oraz córkę. Powód także w tym wypadku kwestionował prawidłowość wykonywania przez pozwanego umowy, z uwagi na to, iż niektóre z recept zostały wypełnione przez córkę pozwanego, co miałoby wskazywać na to, iż lekarz scedował na nią swoje uprawnienia. Jednakże, w ocenie Sądu, zarzut ten jest niezasadny. Fakt, że córka pozwanego wypełniła niektóre z recept wystawionych w okresie objętym kontrolą powoda, nie zmienia faktu, że to pozwany ordynował leki wskazane na recepcie. Nie można się zgodzić z powodem, że samo odręczne wypełnienie druku recepty przez osobę inną niż lekarz podpisany na tej recepcie, na wyraźną prośbę tego lekarza i zgodnie z jego zaleceniem, oznacza automatycznie przeniesienie uprawnień do wystawiania recept na tę osobę. Jak wynikało z zeznań świadka M. W. oraz samego

pozwanego, w wypisywaniu recept pomagała mu żona, a po jej śmierci córka oraz osoby z apteki, w której przez wiele lat S. W. realizował recepty i był dla farmaceutów osobą znaną. Pozwany nie wypisywał własnoręcznie recept tylko je podpisywał i stawiał pieczętkę z uwagi na problemy ze wzrokiem. W związku z wystawianymi receptami pozwany prowadził wykaz przepisywanych leków opatrzonej jego pieczętką oraz podpisem i datą. Nie ulega więc wątpliwości, że zaistniała sytuacja była wynikiem trudności ze zdrowiem pozwanego w związku z podeszłym wiekiem, a nie wolą jego samego czy osób trzecich do przeniesienia na nich jego uprawnień. Ponownie należy z całą mocą podkreślić, że to pozwany ordynował leki wpisane na receptach i podpisywał się na nich.

Za nietrafiony Sąd uznał również zarzut powoda dotyczący niewiarygodności recept wystawianych przez pozwanego ze względu na ilość leków przepisywanych przede wszystkim samemu sobie.

Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy wskazuje na to, że na podstawie umowy zawartej z NFZ S. W. wypisywał recepty na leki dla siebie, swojej żony A. W., która chorowała na A. oraz dla rodziny, w tym córki. Większość leków pozwany faktycznie przepisywał dla siebie. Z przepisywanych leków korzystał tylko on lub jego żona. S. W. sam również zażywał lekarstwa na A.. W okresie od dnia 01 stycznia 2006 roku do dnia 30 listopada 2010 roku pozwany wystawiał recepty na refundowane leki i wyroby medyczne na łączną kwotę 66.847,05 złotych, tj. na siebie - refundacja w kwocie 65.872,28 zł; na swoją żonę A. W. – refundacja w kwocie 614,96 zł oraz na swoją córkę A. O. – refundacja w kwocie 360,76 zł.

Powód nie zdołał jednak wykazać w sposób jednoznaczny, że pozwany wypisywał leki w powyższym okresie, głównie dla siebie, w sposób nieuzasadniony. Z dowodów z opinii biegłych głównie kardiologa oraz specjalisty chorób wewnętrznych wynikało, że pozwany od wielu lat pozostaje jako osoba schorowana pod opieką lekarzy specjalistów. Od co najmniej 1998 roku pozostaje pod opieką kardiologiczną. Miał rozpoznawane nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków oraz przewlekłą chorobę wieńcową. U pozwanego rozpoznano w okresie objętym kontrolą także inne zaburzenia, poza kardiologicznymi: miażdżycę uogólnioną, nawracające infekcje dróg oddechowych, odwarstwienie siatkówki, zaćmę, jaskrę, żylaki podudzia, opryszczkę, zapalenie refleksowe błony śluzowej żołądka zapalenie pęcherzyka żółciowego, przerost prostaty, zakrzepice żylną, niedosłuch, zwyrodnienie wielostawowe, zaburzenia nerwicowe, wyprysk, obniżenie odporności, zapalenie dróg moczonych, głuchota. Jak wskazał jednoznacznie biegły kardiolog przepisanie przez pozwanego leków kardiologicznych wskazanych w protokole kontroli dla siebie w latach 2006-2010 było zasadne, nie przekraczały one ich maksymalnego dawkowania i dawki leków zaordynowane były możliwe do stosowania.

Z kolei biegły specjalista chorób wewnętrznych podkreślił, że podeszły wiek pozwanego i liczne schorzenia uprawdopodobniają liczne dolegliwości, subiektywne objawy i tym samym przekonanie o wskazaniach do stosowanego przez siebie leczenia. Nie można wykluczyć, że okresowo powstały u niego objawy uzasadniające stosowanie również doraźne leków na alergię oddechowe, świąd skóry, wspomagających funkcję komórek mózgowych, przeciwdepresyjnych. Mimo, że biegły ten wskazał jednocześnie, iż brak w dokumentacji medycznej danych do rozpoznania u pozwanego takich chorób jak POChP lub spastycznego zapalenia oskrzeli, osteoporozy, wrzodziejącego zapalenia jelit, trądziku, zapalenia spojówek, padaczki, uzasadniających stosowanie leków na te schorzenia, a ponadto niektóre z zapisanych przez pozwanego sobie środków stosowane są na stany, które nie można uznać za chorobowe, to nie ma jednoznacznych dowodów, które wskazywałyby na to, że faktycznie pozwany leków takich nie potrzebował. Sam brak zapisów w dokumentacji medycznej, które wskazywałyby na rozpoznanie powyższych chorób czy dolegliwości u pozwanego, nie może przesądzać o tym, że pozwany na te choroby nie cierpiał. Jak Sąd wyżej wyjaśnił, pozwany nie był zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Co więcej, jak wskazał biegły specjalista chorób wewnętrznych, pozwany miał znaczne problemy z pisaniem i czytaniem, był inwalidą wojennym, co musiało wpłynąć na niedoskonałości prowadzonej dokumentacji medycznej. Ten wniosek opinii biegłego Sąd w pełni podziela.

Wobec tych ustaleń trzeba wskazać, że brak jest - wbrew stanowisku powoda - jakiegokolwiek jednoznacznego dowodu, który przesądzałby o tym, że większość leków przepisywanych przez pozwanego głównie sobie, była ordynowana niezasadnie, ani co do tego, że pozwany leków tych nie zażywał. Z całą pewnością natomiast brak jest

dowodu na to, że leki wystawione w receptach dla żony i córki były wystawione niezasadnie. W ocenie Sądu, nawet gdyby powód podolał ciężarowi dowodowemu i wykazał w sposób niebudzący wątpliwości, że większość leków, które pozwany sobie przepisał w okresie objętym kontrolą, była niezasadna w świetle wskazań medycznych, to powód nie wykazał również, iż leki nabyte na podstawie tychże recept pozwanego trafiły do osób nieuprawnionych.

Jak wskazał Sąd Najwyższy orzekający w przedmiocie skargi kasacyjnej w niniejszej sprawie, podstawę roszczeń powoda mogą stanowić przepisy o nienależytym wykonaniu zobowiązania, tj. art. 471 i n. k.c. Podstawowe znaczenia dla ustalenia odpowiedzialności pozwanego na tej podstawie powinno mieć z kolei ustalenie, czy stwierdzone braki w dokumentacji medycznej pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z tym, że leki refundowane przez NFZ trafiły w całości lub części do osób nieuprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Gdyby wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym z wadliwym wystawianiem recept, a to w konsekwencji spowodowało, że leki trafiły do osoby nieuprawnionej do ich uzyskania ze środków publicznych uzasadnione byłoby domaganie się zwrotu refundacji od lekarza, który dopuścił się nienależytego wykonania umowy łączącej go z NFZ.

Sąd Rejonowy zważył powyższe argumenty i doszedł do przekonania, że z uwagi właśnie na to, iż powód nie wykazał, że leki wypisane przez pozwanego trafiły do osób nieuprawnionych (w tym do samego pozwanego), nie można mówić o zaistnieniu adekwatnego związku przyczynowego w w/w rozumieniu.

W powyższych okolicznościach należało uznać, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie daje podstaw do uwzględnienia zarzutów powoda, a zatem że nie zachodzą przesłanki odpowiedzialności kontraktowej pozwanego.

Niezależnie od powyższej konstatacji Sąd podzielił także stanowisko pozwanego odnośnie tego, że żądanie powoda w stosunku do pozwanego jest nadużyciem prawa w rozumieniu art. 5 k.c. Zgodnie z tym przepisem, nie można czynić ze swego prawa użytku, który by był sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub z zasadami współżycia społecznego. Takie działanie lub zaniechanie uprawnionego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony.

Przede wszystkim trzeba podkreślić, że powód czynił pozwanemu zarzuty dotyczące naruszenia przez niego zapisów umownych, które odsyłają do obowiązku stosowania odpowiednich norm regulujących prowadzenie dokumentacji medycznej i wypisywanie recept przez lekarzy prowadzących praktykę lekarską. Tymczasem, pozwanego - jako lekarza emerytowanego nie prowadzącego praktyki lekarskiej - normy te nie wiążą. Już z tego powodu należy stanowisko powoda ocenić krytycznie. Niezależnie jednak od powyższego trzeba także uwzględnić, że powód zawierając umowę długoterminowo na refundację recept z lekarzem będącym inwalidą wojennym, którego wiek oraz schorzenia mogły utrudniać dokumentowanie zaleceń w sposób zgodny z wymogami i standardami, mogąc podejrzewać, iż mogą wystąpić w związku z tym problemy z kontrolą nad wydatkowaniem publicznych środków, wykazał się daleko idącą lekkomyślnością. Wobec tego, nie może on teraz, po kilku latach od zawarcia umowy z pozwanym, domagać się zasadnie zwrotu od niego środków, które jego zdaniem były przez pozwanego wykorzystanie niezgodnie z umową, przy czym zarzut ten wiąże się z powołanymi okolicznościami dotyczącymi osoby pozwanego, których powód w dniu podpisania umowy w żadnym stopniu nie uwzględnił, nie zabezpieczając tym samym w jakikolwiek sposób swoich a tym samym publicznych interesów. W ocenie Sądu powód w niniejszej sprawie instrumentalnie zinterpretował przepisy umowy łączącej go z pozwanym oraz przepisy prawa, dodać należy umowy zawartej w sposób świadomy z emerytowanym lekarzem w podeszłym wieku z licznymi schorzeniami. Konsekwencją były wyniki przeprowadzonej kontroli i żądanie zwrotu kosztów refundacji leków na kwotę ponad 60.000 zł dochodzoną pozwem w sytuacji, gdy pozwany jako inwalida wojenny i tak był uprawniony do bezpłatnych leków i jak wynika z materiału dowodowego w sprawie większość leków była zaordynowana zasadnie. Takie działanie powoda nie może zasługiwać na ochronę prawną i stanowi wyraz skrajnej nielojalności ze strony powoda jako strony zwartej umowy.

Sąd zatem uwzględnił wszystkie opisane wyżej okoliczności i doszedł do przekonania, iż powództwo jako niezasadne podlegało oddaleniu w całości.

O kosztach postępowania Sąd orzekł zgodnie z art. 98 § 1 i 3 w zw. z art. 108 § 2 k.p.c. stosując zasadę odpowiedzialności za wynik procesu. Stroną przegrywającą proces jest powód, a zatem pozwanemu należał się zwrot poniesionych kosztów procesu za wszystkie instancje w kwocie łącznie 9.879,01 zł, na którą składały się: opłata skarbową od pełnomocnictwa (17 zł), część opłaty od apelacji w kwocie 660,00 zł (k.226; pozwany postanowieniem z dnia 1 października 2012 r. został zwolniony od kosztów sądowych w części, tj. od opłaty od apelacji ponad kwotę 660 zł), część opłaty od skargi kasacyjnej w kwocie 500,00 zł (k.305; pozwany postanowieniem z dnia 11 września 2013 r. został zwolniony od opłaty od skargi kasacyjnej ponad kwotę 500,00 zł), uiszczone zaliczki tytułem wynagrodzenia biegłych (456,30 zł - k.1104v i 145,71 zł - k.1054) oraz koszty zastępstwa procesowego pełnomocnika procesowego w osobie adwokata ustalone zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia pozwu - Dz.U. Nr 163, poz. 1348): w kwocie 3.600,00 zł (I instancja - § 6 pkt 6), w kwocie 1.800,00 zł (II instancja - § 13 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 6 pkt 6), w kwocie 2.700,00 zł (postępowanie w sprawie skargi kasacyjnej - § 13 ust. 4 pkt 1 w zw. z § 6 pkt 6).

W pkt 3 wyroku Sąd nakazał pobrać od powoda na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Warszawy-Śródmieścia w Warszawie kwotę 5.526,00 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych w oparciu o art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 300 ze zm.), na które złożyły się kwota 2.683,00 zł stanowiąca część opłaty od apelacji, od której uiszczenia pozwany był zwolniony oraz kwota 2.843,00 zł stanowiąca część opłaty od skargi kasacyjnej, od której uiszczenia pozwany był zwolniony.

Na tej samej podstawie Sąd w pkt 4 i 5 wyroku zawarł rozstrzygnięcie, w którym nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Warszawy-Śródmieścia w Warszawie następujące kwoty uiszczone przez powoda tytułem wynagrodzenia biegłych pokrytego tymczasowo z sum Skarbu Państwa: kwotę 26,80 zł uiszczonej w dniu 06.04.2016 r. i zaksięgowanej pod poz. (...), kwotę 585,52 zł uiszczonej w dniu 28.10.2016 r. i zaksięgowanej pod poz. (...), kwotę 1278,00 zł uiszczonej w dniu 29.03.2017 r. i zaksięgowanej pod poz. (...), kwotę 145,71 zł uiszczonej w dniu 12.06.2017 r. i zaksięgowanej pod poz. (...) oraz kwotę 658,82 zł uiszczonej w dniu 22.11.2017 r. i zaksięgowanej pod poz. (...) oraz następujące kwoty uiszczone przez pozwanego tytułem wynagrodzenia biegłych pokrytego tymczasowo z sum Skarbu Państwa: kwotę 145,71 zł uiszczonej w dniu 27.06.2017 r. i zaksięgowanej pod poz. (...)/ (...) oraz kwotę 456,30 zł uiszczonej w dniu 03.10.2017 r. i zaksięgowanej pod poz. (...)/ (...).

Rozstrzygnięcie powyższe ma charakter porządkujący wpłaty uiszczone w toku postępowania tytułem zaliczek na wynagrodzenia biegłych przez obie strony procesu, gdyż w toku procesu wynagrodzenia te były mimo tychże wpłat w większości uiszczane tymczasowo ze środków Skarbu Państwa.

Mając na uwadze powyższe, orzeczono jak w sentencji wyroku.

SSR Barbara Syta – Latała

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)

SSR Barbara Syta – Latała

29.05.2018 r.