

Wyrok z dnia 19 kwietnia 2006 r.

II UK 129/05

Przepisy ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) oraz rozporządzeń wykonawczych dotyczące odpłatności za zaopatrzenie w leki stanowią regulację ścisłą, wyczerpującą i niedającą możliwości odstąpienia od niej przez kasę chorych.

Przewodniczący SSN Jerzy Kuźniar, Sędziowie: SN Herbert Szurgacz (sprawozdawca), SA Romualda Spyt.

Sąd Najwyższy, po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 19 kwietnia 2006 r. sprawy z odwołania Mirosława S. przeciwko M. Oddziałowi Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. o refundację kosztów preparatu TALOXY, na skutek skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Okręgowego-Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie z dnia 10 marca 2005 r. [...]

u c h y l i ł zaskarżony wyrok oraz poprzedzający go wyrok Sądu Rejonowego-Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych dla Warszawy Pragi z dnia 23 marca 2004 r. [...] i oddalił odwołanie oraz nie obciążył wnioskodawcy kosztami postępowania kasacyjnego.

U z a s a d n i e n i e

Sąd Okręgowy w Warszawie wyrokiem z dnia 10 marca 2005 r. [...] oddalił apelację strony pozwanej od wyroku Sądu Rejonowego-Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie z dnia 23 marca 2004 r. [...], którym Sąd ten zmienił decyzję M. Kasy Chorych w W. z dnia 19 grudnia 2002 r. odmawiającą Mirosławowi S. - ojcu ubezpieczonej małoletniej Moniki S. - refundacji kosztów preparatu Taloxa, w ten sposób, że przyznał prawo do refundacji kosztów preparatu.

Podstawę rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia faktyczne i ich prawna ocena. Monika S. urodzona 7 lipca 1994 r. cierpi na padaczkę lekooporną. Napaady padaczkowe zmniejszyły swoją częstotliwość, a nawet ustąpiły po włączeniu leczenia

preparatem Taloxa. Lek ten nie ma innego odpowiednika. Podjęcie leczenia preparatem nastąpiło po wykorzystaniu innych możliwych terapii i wypróbowaniu leków ze wszystkich grup. W grupie leków przeciwpadaczkowych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia znajdują się wszystkie stosowane przez Monikę S. leki poza preparatem Taloxa. Z opinii biegłego lekarza specjalisty neurologa wynika, że tylko preparat Taloxa przynosi w czasie terapii Moniki S. pozytywny rezultat. Leku tego nie można zastąpić żadnym innym lekarstwem.

M. Regionalna Kasa Chorych w W. odmówiła przyznania refundacji leku Taloxa, albowiem preparat ten jest zarejestrowany w Polsce jako lek stosowany w leczeniu otwartym z odpłatnością 100% według rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i materiałów medycznych i w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające. Ponadto, lek nie został wymieniony ani w art. 37, ani art. 39 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

W ocenie Sądu, Monice S. przysługuje prawo do refundacji kosztów preparatu Taloxa. Jakkolwiek prawo to nie wynika bezpośrednio ani z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ani z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i materiałów medycznych i w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające, to należy wywodzić je z art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Wedle powołanego przepisu, władze publiczne obowiązane są do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i w podeszłym wieku. Rozporządzenie i ustawa obowiązywały wprawdzie w dniu wydania zażądanej decyzji, ale nie obowiązywały już w dacie orzekania. Sąd zwrócił uwagę, że bez stosowania leku Taloxa Monika S. przebywała stale w Centrum Zdrowia Dziecka na Oddziale Intensywnej Terapii, gdzie leczono ją kroplówkami dożylnymi „Gardenal” i „Epanotin”. Dziecko „w ogóle nie funkcjonowało”. Natomiast lek Taloxa jest lekiem doustnym, który można stosować w domu. Leczenie preparatem musi być kontynuowane, albowiem w przeciwnym razie napady padaczkowe mogą powrócić (poprzednio było takich napadów kilkadziesiąt dziennie). Miesięczny koszt kuracji lekiem Taloxa wynosi 2.400 zł i jest znacznie niższy niż koszt pobytu dziecka w Centrum Zdrowia Dziecka.

Pełnomocnik Narodowego Funduszu Zdrowia M. Oddziału Wojewódzkiego zaskarżył ten wyrok skargą kasacyjną. Wskazując jako jej podstawę naruszenie prawa materialnego, a mianowicie art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

- poprzez wyrażenie błędnego poglądu, że „uzasadnione jest prawo do refundacji kosztów preparatu Taloxa małoletniej Moniki S., gdyż władze publiczne obowiązane są do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i w podeszłym wieku”, art. 37 i art. 39 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) - przez przyjęcie, że z powołanych przepisów wynika obowiązek Narodowego Funduszu Zdrowia sfinansowania terapii leczenia preparatem Taloxa oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2002 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i materiałów medycznych, które ze względu na te choroby mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością (Dz.U. Nr 28 poz. 273 ze zm.) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2002 r. w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości, odpłatności za leki uzupełniające (Dz.U. Nr 28, poz. 272 ze zm.) - poprzez wyrażenie stanowiska, iż „pomimo tego, że wykazy leków refundowanych nie zawierają preparatu Taloxa, Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do finansowania leczenia w warunkach ambulatoryjnych z zastosowaniem tego leku”, wniósł o „uchylenie w całości wskazanego na wstępie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania”, ewentualnie o „zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez uwzględnienie apelacji w całości i oddalenie odwołania” oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania za pierwszą i drugą instancję oraz kosztów postępowania kasacyjnego. Jego zdaniem, rozpoznanie skargi kasacyjnej jest uzasadnione, albowiem „zaskarżony wyrok w sposób oczywisty narusza prawo.” Wskazał nadto, że „refundacja leków nie ujętych w wykazach leków refundowanych spowoduje w każdym przypadku jej dokonania naruszenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązujących przepisów i zasad gospodarki finansowej, do której zastosowanie mają przepisy ustawy o finansach publicznych”, a także, że „wobec powszechnego obowiązywania wykazów leków refundowanych obowiązek refundacji kosztów leków nie ujętych w wykazach jedynie na rzecz niektórych ubezpieczonych oznacza nierówny dostęp do świadczeń i jest tym samym sprzeczny z zapisaną w art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasadą zapewnienia przez władze publiczne wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”.

W uzasadnieniu skargi kasacyjnej pełnomocnik strony skarżącej podniósł, że zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji, warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowot-

nych określa ustawa. Jest nią ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a także rozporządzenie w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i materiałów medycznych, które ze względu na te choroby mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością oraz rozporządzenie w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające. Wskazał, że art. 68 Konstytucji nie gwarantuje ubezpieczonym prawa do całkowicie bezpłatnego leczenia, również w razie choroby przewlekłej, zagrażającej życiu. Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje niektórych świadczeń, w tym leczenia preparatem Taloxa „nie dlatego, że są one drogie, ale dlatego, że nie przysługują one ubezpieczonym zgodnie z określonymi przez ustawodawcę zasadami”. Podkreślił, że finansowanie przez ten Fundusz droższego leczenia musi mieć zawsze podstawę prawną. Według niego, Sądy nie wzięły pod uwagę, że art. 37 ust. 5 i art. 39 ust. 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zawiera przyznaną ministrowi zdrowia delegację do określenia w drodze rozporządzenia wykazu leków recepturowych i uzupełniających, wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, wysokości odpłatności za leki uzupełniające, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, wykazu chorób, wykazu leków, artykułów sanitarnych, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego użytku, które ze względu na te choroby mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością. W wydanym na tej podstawie rozporządzeniu, jakkolwiek padaczka została uznana za chorobę przewlekłą, to nie umieszczono w nim leku Taloxa. Przyznając prawo do refundacji kosztów preparatu Taloxa przeznaczonego dla małoletniej Moniki S., Sąd odwołał się do kryterium medycznego. Oparł swoje stanowisko na opinii biegłego sądowego neurologa oraz opinii lekarza prowadzącego leczenie pacjentki w Centrum Zdrowia Dziecka. Ustawa nie uzależnia jednak dokonania refundacji leku od istnienia wskazań medycznych co do jego stosowania. Nie wprowadza też zasady, że bezwzględne wskazania medyczne, co do stosowania leku, uzasadniają dokonanie refundacji. Opinia lekarza, co do zasadności stosowania leku, nie może mieć wpływu na ustalenie zakresu zobowiązań podmiotu finansującego leczenie. Dla Narodowego Funduszu Zdrowia podstawą do pokrycia kosztów leczenia jest bowiem wyłącznie ustawa oraz wydane na jej podstawie rozporządzenia, określające rodzaj i zakres finansowanych świadczeń. Wyrażając pogląd w kwestii prawa do refundacji leku, Sąd nie wskazał, o jakie

ogólne zasady odpowiedzialności chodzi, gdzie są zapisane, czy zostały skodyfikowane, czy też wynikają one z podstawowych przepisów określających zasady ubezpieczenia zdrowotnego i jakich. W ocenie strony skarżącej, skoro zawarte w art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej ustalenie zakresu i warunków zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przekazano ustawodawstwu zwykłemu, to tym samym ustawie regulującej tę materię zostało powierzone określenie zasad i warunków korzystania ze świadczeń, a więc i zakresu przysługującego ubezpieczonemu prawa do świadczeń. Przez określenie katalogu świadczeń przysługującym ubezpieczonemu bezpłatnie, za odpłatnością ryczałtową, częściową lub całkowicie odpłatnie został określony zarówno zakres praw ubezpieczonego, jak i obowiązków kasy chorych, a obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli więc w wyroku ustalono prawo do świadczenia refundowanego, niemieszczącego się w katalogu świadczeń bezpłatnych, to należy jednoznacznie i wyraźnie wskazać podstawy takiego uprawnienia, wymieniając przynajmniej te ogólne i podstawowe zasady, z których to uprawnienie wynika.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Sprawa podlega rozpoznaniu w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) . Ustawa wypełniała przewidzianą art. 68 ust. 2 Konstytucji delegację do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, przez władze publiczne równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Stosownie do art. 3 tej ustawy ubezpieczonemu przysługują świadczenia określone w przepisach ustawy, służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie stanu zdrowia, udzielane w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu oraz w celu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia. Świadczenia ubezpieczenia zdrowotnego zostały określone w rozdziale 4 ustawy. Zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy osobom ubezpieczonemu przysługują, na zasadach określonych w ustawie, świadczenia zdrowotne mające na celu: 1) zachowanie zdrowia, 2) wczesne wykrywanie chorób, 3) zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. W celu realizacji wymienionych uprawnień kasa chorych zapewnia ubezpieczonemu w szczególności -między innymi- zaopatrzenie w leki i materiały pomocnicze (ust. 2 pkt 8). Przepisy art. 35 do 46 ustawy z 6 lutego 1997 r. regulowały zasady zaopatrzenia w leki, w tym odpłatno-

ści za leki. Zgodnie z jej art. 37 leki podstawowe, leki uzupełniające i leki recepturowe są wydawane ubezpieczonym na podstawie recepty po wniesieniu opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe oraz za odpłatnością w wysokości 30% lub 50% ceny leku - za leki uzupełniające. Wykazy leków podstawowych i uzupełniających, wysokość opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe oraz wysokość odpłatności za leki uzupełniające określa, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii kas chorych, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Aptekarskiej. Wykazy leków podstawowych i uzupełniających aktualizowane są co najmniej raz w roku. W myśl art. 39 ustawy z 6 lutego 1997 r. osobom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte, leki i materiały medyczne mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością, przy czym wykaz chorób oraz wykaz leków i materiałów określa, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii podmiotów wymienionych powyżej. W czasie ubiegania się przez ubezpieczonego o tzw. refundację kosztów preparatu Taloxa obowiązywały rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2002 r. w sprawie leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające (Dz.U. Nr 28, poz. 272 ze zm.) oraz w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i materiałów medycznych, które ze względu na te choroby mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością (Dz.U. Nr 28, poz. 273 ze zm.).

Regulacja prawna ubezpieczenia zdrowotnego ustawą z 1997 r. (także w ustawach późniejszych: o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z 2003 r. oraz o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 r.) cechuje się tym, że o ile ubezpieczenie to w znaczeniu jego ogólnej kwalifikacji prawnej ma charakter zobowiązaniowy, to niektóre jego elementy mają charakter regulacji publicznoprawnej. Należy do nich scharakteryzowana powyżej regulacja prawna świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w postaci zaopatrzenia w leki. Jest to regulacja ścisła, dokonana ustawą oraz rozporządzeniami wykonawczymi, która ma przy tym charakter regulacji zamkniętej, nie pozostawiającej miejsca dla indywidualizacji zasad odpłatności za leki. W szczególności przepisy prawa nie przewidują możliwości poszerzenia katalogu tzw. leków refundowanych wymienionych w powołanych rozporządzeniach w drodze decyzji kasy chorych. Do zakresu działania kasy chorych należy stwierdzanie i potwierdzanie prawa osoby

ubezpieczonej do świadczeń (art. 72 pkt 2), co odbywa się na podstawie obowiązującego prawa, które - w zakresie zaopatrzenia w leki na podstawie art. 37 oraz art. 39 ustawy z 6 lutego 1997 r. - zawiera ściśle uregulowania.

Sądy orzekające w uzasadnieniu swoich rozstrzygnięć powołały się na orzeczenie Sądu Najwyższego z 12 lutego 2004 r., II UK 243/03 (OSNP 2004 nr 9, poz. 162), w którym przyjęto, że mimo tego, iż lek pod nazwą Interferon Beta nie figuruje w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 marca 2002 r., lek ten podlega tzw. refundacji ponieważ został objęty odrębną umową o częściowe refundowanie kosztów leczenia interferonem, zawartej między kasą chorych a świadczeniodawcami na podstawie art. 53 ust. 1 ustawy z 6 lutego 1997 r. W sprawie tej istniało więc szczególne źródło prawa do otrzymania wymienionego leku w postaci wspomnianej umowy. Takiego szczególnego źródła prawa do otrzymania leku Talox za częściową odpłatnością w rozpoznawanej sprawie nie było.

W skardze kasacyjnej skarżący trafnie zakwestionował dopuszczalność wywiedzenia przez Sądy orzekające uprawnień ubezpieczonego do bezpłatnego otrzymania leku Taloxa bezpośrednio z przepisu art. 68 ust. 3 Konstytucji. Powołując się na stanowisko zajęte w piśmiennictwie ubezpieczenia zdrowotnego (por. głosę J.Jończyka do powołanego wyroku Sądu Najwyższego z 12 lutego 2004 r., OSP 2004 nr 10, poz. 130), które - zdaniem Sądu Najwyższego w składzie orzekającym - należy uznać za trafne, skarżący słusznie podkreślił, że przepis art. 68 Konstytucji nie reguluje indywidualnych uprawnień ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej. Ukształtowanie tych uprawnień należy do materii ustawy zwykłej, do której Konstytucja odsyła.

Z przytoczonych motywów, skoro kasacja zawiera usprawiedliwione podstawy, na podstawie art. 398¹⁵ k.p.c. należało orzec jak w sentencji wyroku.

=====