



Sygn. akt V CSK 103/09

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 października 2009 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Lech Walentynowicz (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Krzysztof Strzelczyk

SSN Katarzyna Tyczka-Rote

Protokolant Piotr Malczewski

w sprawie z powództwa „C.” Spółki z o.o. w W. i „M.” Spółki
z o.o. w W.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie o zapłatę,
po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 14 października 2009 r.,
skargi kasacyjnej strony powodowej „C.” Spółki z o.o.
od wyroku Sądu Okręgowego w W.
z dnia 17 października 2008 r.,

- 1.) oddala skargę kasacyjną;**
- 2.) zasądza od strony powodowej na rzecz strony pozwanej
kwotę 1800, zł (jeden tysiąc osiemset) tytułem zwrotu
kosztów postępowania kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 17 października 2008 r. oddalił apelacje powodów „C.” – spółki z o.o. i „M.” spółki z o.o. od wyroku Sądu Rejonowego z dnia 31 marca 2008 r.

Sąd II instancji podzielił stanowisko Sądu I instancji, że pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia był uprawniony do odmowy refundacji przedstawionych przez powodów, prowadzących apteki, recept bezpłatnych i częściowo płatnych, niezawierających danych o osobie pacjenta lub zawierających dane nieczytelne, a dokonana już refundacja była świadczeniem nienależnym, uzasadniającym żądanie zwrotne. Tym samym zostało potwierdzone uprawnienie pozwanego NFZ do potrącenia z bieżących świadczeń refundacyjnych nienależnie zrealizowanych wypłat na rzecz spółki z o.o. „C.” w wysokości 50 844,13 zł oraz na rzecz spółki z o.o. „A.” w wysokości 2 316,70 zł (art. 498 k.c. w związku z art. 410 § 2 k.c.).

Pozwana spółka C.” wniosła w skardze kasacyjnej o uchylenie zaskarżonego wyroku w zakresie jej dotyczącym i uwzględnienie powództwa o zapłatę 50 844,13 zł, ewentualnie – o uchylenie wyroku w części zaskarżonej i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania.

Skarżąca nie kwestionowała ustaleń faktycznych ani oceny dowodów dokonanych w obu instancjach, powołując się wyłącznie na naruszenie prawa materialnego przez błędną jego wykładnię, a mianowicie:

- § 2, 3 i 17 rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2001 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 51, poz. 535 ze zm.) oraz z dnia 10 maja 2003 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 85, poz. 785 ze zm.);
- § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów farmaceutycznych (Dz. U. Nr 183, poz. 1531);
- art. 96 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 ze zm.);
- art. 57, 58 i 125 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.);

- art. 35, 37 i 63 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

Pozwana zarzuciła, iż Sąd Okręgowy bezpodstawnie zaaprobował odmowę refundacji leków wydanych na podstawie recept niezawierających danych pacjenta lub zawierających nieczytelne dane, mimo iż przesłanką refundacji jest tylko realizacja recepty na rzecz uprawnionego oraz przedstawienie prawidłowo sporządzonego zestawienia zrealizowanych recept. Zakwestionowała też uznanie – jej zdaniem – przez Sądy orzekające, że takie recepty są nieważne. Doszło w ten sposób do naruszenia konstytucyjnych zasad ochrony zdrowia (art. 68 Konst.) oraz praw i wolności obywatelskich (art. 31 ust. 3 Konst.), co nie powinno mieć miejsca w demokratycznym państwie prawnym (art. 2 Konst.).

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Refundacja leków bezpłatnych i częściowo płatnych mieści się w sferze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Stosunek prawny ubezpieczenia zdrowotnego jest złożony i w jego ramach mieści się gwarancja państwa dostępu obywateli do tańszego leku. Jednocześnie państwo gwarantuje osobom fizycznym i prawnym prowadzącym apteki wyrównanie różnicy, jaka powstaje między rynkową ceną leku lub wyrobu farmaceutycznego a jego ceną „ulgową” adresowaną do ubezpieczonego pacjenta. Między podmiotami prowadzącymi apteki a Narodowym Funduszem Zdrowia nie są zawierane umowy dotyczące refundacji leków, ich wzajemne relacje zostały w sposób wyczerpujący unormowane w przepisach ustawowych oraz w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie ustaw. W rozpoznawanej sprawie miały zastosowanie w szczególności: art. 125 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.), art. 36, 37 i 63 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.), art. 45 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 ze zm.), art. 96 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 ze zm.), a także przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2001 r. w sprawie recept

lekarskich (Dz. U. Nr 51, poz. 535 ze zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2003 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 85, poz. 785 ze zm.) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 183, poz. 1531). Z przepisów tych wynika, że warunkiem uzyskania refundacji jest przedstawienie (w okresach dwutygodniowych) zestawienia zrealizowanych recept sporządzonych zgodnie z przepisami, zawierających m. in. dane dotyczące uprawnionego pacjenta, któremu lek (wyrób farmaceutyczny) został wydany. Narodowy Fundusz Zdrowia ma obowiązek dokonać wypłaty refundacyjnej w terminie 15 dni.

Roszczenie refundacyjne podmiotów prowadzących apteki wynika z ustawy, ale ma charakter cywilnoprawny, ustawa może bowiem wprost kreować zobowiązanie będące podstawą prawną takiego roszczenia. Funkcjonuje ono między równorzędnymi podmiotami w sytuacji, w której nie został ustanowiony odrębny tryb rozstrzygania sporów wynikłych na tym tle (art. 2 k.p.c. w związku z art. 1 k.c.).

Precyzyjne i wyczerpujące uregulowanie w ustawach i rozporządzeniach wykonawczych warunków i sposobu refundacji oznacza, że strony tego stosunku prawnego nie mogą go korygować. Jeżeli zatem powódka domagała się refundacji, musiała przedstawić recepty sporządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami, zawierające m. in. czytelne dane dotyczące osoby pacjenta, umożliwiające jego identyfikację. Te ustawowe wymagania jest nieuciążliwe, a przy tym racjonalne, ponieważ umożliwia (tylko przy jego spełnieniu) sprawdzenie uprawnień do pobrania preferencyjnego leku oraz do korzystania z ubezpieczenia społecznego. Zapewnia zatem rzetelne i celowe wydatkowanie świadczeń ze środków publicznych. Umożliwia ponadto sprawne wycofanie leku w razie takiej konieczności. Kontestowanie przez powódkę tego obowiązku jest niezrozumiałe.

Receptę wystawia wprawdzie lekarz, ale ustawowym obowiązkiem aptekarza jest sprawdzenie jej pod kątem obowiązujących wymagań. Sąd Okręgowy trafnie zauważył, że właściwe dla tej sprawy przepisy nie pozwalały wydającemu lek na dokonanie uzupełnienia w recepcie danych pacjenta i zobowiązywały do odmowy realizacji recepty na zasadach preferencyjnych. Po wejściu w życie rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 97, poz. 646 ze zm.) aptekarz może uzupełnić te dane, ale gdy nie wykorzysta takiej możliwości – mimo istniejących braków – recepta nie może być refundowana.

Niesłuszny jest zarzut powódki, że Sąd Okręgowy uznał zakwestionowane recepty za nieważne. Takie stanowisko nie zostało wyrażone. Co więcej, Sąd ten podkreślił, iż rozpoznawana sprawa dotyczy wyłącznie pozamedycznego problemu refundacji recept, czyli odpłatności za wydane leki. Nie zasługują również na aprobatę zarzuty dotyczące „blokowania świadczeń ochrony zdrowia” i naruszania różnych praw konstytucyjnych. Zakwestionowane recepty mogły zawsze być zrealizowane w sposób niepreferencyjny. Oczywista i zrozumiała była praktyka pouczania pacjentów przez aptekarzy, że takie recepty powinny być uzupełnione przez lekarzy albo zrealizowane za cenę rynkową.

Strona skarżąca nie kwestionuje ustaleń sądowych, miarodajne jest zatem potwierdzenie w postępowaniu sądowym niemożności zidentyfikowania danych pacjentów na podstawie zakwestionowanych recept. Nie odnotowano również nagłej konieczności wydania leku; zawsze istniała możliwość uzupełniania recepty o niezbędne informacje.

Trafnie Sąd Okręgowy stwierdził, że w rozpoznawanej sprawie powódka mogła udowodnić, że leki na podstawie zakwestionowanych recept trafiły do rąk osób uprawnionych (art. 6 k.c.). Takie dowody nie zostały jednak zgłoszone.

Wydatki ze środków publicznych muszą być prawnie uzasadnione. Powódka mogła je uzyskać po spełnieniu wyraźnych, jednoznacznych wymagań. Skoro nie spełniała ich w zakwestionowanym przez pozwaną NFZ zakresie, wypłacone z tego tytułu świadczenia refundacyjne okazały się nienależne (art. 410 § 2 k.c.).

Z przedstawionych przyczyn należało oddalić skargę kasacyjną (art. 398¹⁴ k.p.c.) oraz orzec o kosztach postępowania kasacyjnego (art. 98 i 108 § 1 k.p.c.).