



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

19 stycznia 2024 r.

Sąd Najwyższy w Izbie Cywilnej w składzie:

SSN Paweł Grzegorzcyk (przewodniczący)

SSN Agnieszka Piotrowska (sprawozdawca)

SSN Władysław Pawlak

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym 19 stycznia 2024 r. w Warszawie
skargi kasacyjnej A. spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w G.
od wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach
z 29 stycznia 2021 r., I ACa 58/20,
w sprawie z powództwa A. spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w G.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie
o zapłatę,

- 1) oddala skargę kasacyjną,**
- 2) oddala wniosek pozwanego o zasądzenie od powódki
na jego rzecz kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powodowa A. sp. z o.o. (dalej A. lub Spółka) w G. wniosła o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (dalej Fundusz) kwoty 231 538,63 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 1 czerwca 2012 r. oraz kwoty 7 955,35 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu. W uzasadnieniu pozwu wskazała, że pozwany w wyniku wadliwie przeprowadzonej kontroli

niezasadnie potrącił dochodzoną pozwem kwotę z wierzytelności przysługującej powódce na bieżąco z tytułu sprzedaży produktów leczniczych i wyrobów medycznych refundowanych przez stronę pozwaną.

Wyrokiem z 16 października 2019 r. Sąd Okręgowy w Katowicach oddalił powództwo. Ustalił, że powodowa Spółka powstała w wyniku przekształcenia przedsiębiorcy M. R., prowadzącej jednoosobową rejestrowaną działalność gospodarczą pod firmą A. w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością (art.584¹ k.s.h.) i jest następcą prawnym przedsiębiorcy przekształcanego (art. 584² § 2 k.s.h.). Poprzedniczka prawna powodowej Spółki prowadziła trzy apteki: „N.” w G., „N.1” w Z. oraz „A.” w G., w których sprzedawała, między innymi, produkty lecznicze i wyroby medyczne refundowane przez stronę pozwaną ze środków publicznych. W ostatnim kwartale 2011 r. pozwany Fundusz przeprowadził w tych aptekach kontrole w celu sprawdzenia prawidłowości sprawozdanych do systemu informatycznego pozwanego Funduszu danych z recept wystawionych w okresie od 16 stycznia 2010 r. do 31 maja 2011 r. na refundowane produkty lecznicze i wyroby medyczne. W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono nieprawidłowości dotyczące 2737 recept, polegające na nieprzedłożeniu recept, stanowiących podstawę do wypłaty refundacji. W zbiorach recept przekazanych do kontroli stwierdzono bowiem m.in. numery recept różne od numerów recept sprawozdanych- nigdy nie przekazane do refundacji, wskazanie innego świadczeniobiorcy niż wpisany na recepcie, wskazanie innego lekarza wystawiającego receptę niż ten, którego dane znajdują się na recepcie, wskazanie innego świadczeniodawcy niż ten którego pieczęć/nalepka/nadruk widnieje na recepcie. Powódka nie zgodziła się z ustaleniami pozwanego i odmówiła podpisania dwóch z trzech protokołów kontroli. W aptece „N.” w G. stwierdzono nieprawidłowości w przypadku 1631 recept, w następstwie czego pozwany wezwał powódkę do zwrotu na rzecz pozwanego kwoty 87 392,88 zł jako łącznej wartości refundacji tych recept. Pozwany wystawił 10 lutego 2012 r. notę księgową na kwotę 87 392,88 zł, a następnie oświadczeniami z 2 marca 2012 r., 16 marca 2012 r., 3 kwietnia 2012 r. oraz 17 kwietnia 2012 r. dokonał potrącenia tej kwoty z wierzytelności przysługującej powódce na bieżąco z tytułu refundacji. W wyniku kontroli w A. w G. stwierdzono nieprawidłowości w przypadku 1250 recept, w następstwie czego pozwany wezwał powódkę do zwrotu na rzecz

pozwanego kwoty 162 920 zł odpowiadającej łącznej wartości zakwestionowanych recept. Pozwany wystawił 10 lutego 2012 r. notę księgową na kwotę 162 920 zł, a następnie oświadczeniami z 16 marca 2012 r., 30 marca 2012 r., 3 kwietnia 2012 r., 6 kwietnia 2012 r., 17 kwietnia 2012 r., 20 kwietnia 2012 r., 2 maja 2012 r. oraz 31 maja 2012 r. dokonał potrącenia tej kwoty z wierzytelności przysługującej powódce na bieżąco z tytułu refundacji. Kontrola przeprowadzona w aptece „N.1” w Z. wykazała nieprawidłowości w zakresie sprawozdanych danych ze 112 recept na refundowane produkty lecznicze i wyroby medyczne. W konsekwencji pozwany wezwał powódkę do zwrotu na rzecz pozwanego kwoty 37 313,47 zł odpowiadającej łącznej wartości zakwestionowanych recept. Oświadczeniami z 2 marca 2012 r., 16 marca 2012 r., 3 kwietnia 2012 r., 17 kwietnia 2012 r., 2 maja 2012 r. oraz 18 maja 2012 r. pozwany dokonał potrącenia tej kwoty z wierzytelności przysługującej powódce na bieżąco z tytułu refundacji. Powódka nie zgodziła się z zaleceniami pokontrolnymi. Odnośnie do postępowania kontrolnego nr [...] wywodziła, że apteka jest w posiadaniu recept, na podstawie których wydała pacjentom refundowane leki. Wystąpiła jedynie różnica między danymi przekazanymi w wersji elektronicznej (kodem recepty), a rzeczywistym kodem recepty, co nie oznaczało braku recepty. Wskazała, że do części błędnie przekazanych danych zostały już sporządzone i przekazane korekty zerowe i korekty takie powódka ma zamiar sporządzić do wszystkich błędnie przekazanych danych. W odpowiedzi na to pozwany podniósł, że dane przekazywane w komunikacie elektronicznym powinny być zgodne z danymi zapisanymi na recepcie, co oznacza, że również numer recepty powinien być zgodny ze stanem faktycznym. Podkreślił, że podczas kontroli nie stwierdzono wersji papierowej recept, które zostały przekazane w danych elektronicznych w kontrolowanym okresie obejmującym lata 2006-2011. Wskazał także na konieczność odpowiedniego udokumentowania przez powódkę przekazanych w formie elektronicznej korekt zerowych. Jednocześnie pozwany poinformował powódkę, iż zgodnie z § 31 ust. 8 zarządzenia nr [...] Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli, nie przysługuje prawo wnoszenia zastrzeżeń do ocen, uwag i wniosków zawartych w zaleceniach pokontrolnych. W piśmie z 9 lutego 2012 roku skierowanym do powódki, pozwany

wskazał, że podczas kontroli stwierdzono brak 1250 recept sprawozdanych (ujętych) w komunikacie elektronicznym, a wyjaśnienia powódki w tym przedmiocie mogły być przyjęte tylko pod warunkiem odnalezienia recept w postaci papierowej, które pokrywałyby się z danymi sprawozdanymi przed rozpoczęciem kontroli. Pozwany poinformował, iż wysyłanie korekt do zakwestionowanych podczas kontroli recept jest niedopuszczalne, zaś dane z recept muszą się zgadzać ze sprawozdaniem w formie elektronicznej. Stwierdzenie powódki dotyczące odnalezienia 25 recept jest nieprecyzyjne, nadto powódka nie podała konkretnych numerów odnalezionych recept ani danych takich jak numer recepty czy dane zaordynowanych leków. Podkreślono, iż zgodnie z załącznikiem nr 12 do Zarządzenia nr [...] Prezesa NFZ z 13 maja 2009 r. ze zm. w sprawie planowania przygotowania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli, po kontroli aptek nie jest przewidziany tryb odwoławczy do zaleceń pokontrolnych. W piśmie z 28 marca 2012 r. skierowanym do powódki, pozwany poinformował, że proces odwoławczy dotyczący postępowań kontrolnych nr [...] oraz [...]1 został zakończony i rozpatrywanie odwołań wniesionych po terminie jest bezzasadne. W piśmie z 14 lutego 2012 r. skierowanym do pozwanego powódka wskazała, iż przesłanki z art. 63 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na które powołuje się pozwany, zostały dochowane przez powódkę, skoro zostały sporządzone zestawienia oraz przesłane informacje, które dopiero po przeprowadzeniu kontroli okazały się błędne. Wskazała, iż istotą przekazywanych korekt zerowych jest poprawa błędnie przesłanych danych w komunikatach elektronicznych.

Pismem z 3 stycznia 2014 r., powódka złożyła w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy wniosek o zawezwanie pozwanego Funduszu do próby ugodowej w sprawie zapłaty przez pozwanego na jej rzecz kwoty 435 472,19 zł z ustawowymi odsetkami, w związku z bezpodstawnym obciążeniem jej przez pozwanego obowiązkiem zwrotu kwot wskazanych w zaleceniach pokontrolnych z tytułu nienależnej refundacji leków i wyrobów medycznych. Na posiedzeniu pojednawczym 21 sierpnia 2014 r nie doszło do zawarcia ugody (II Co 610/14).

W oparciu o powyższe ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że powództwo nie zasługuje na uwzględnienie ze względu na

zasadność podniesionego przez pozwanego zarzutu przedawnienia roszczenia powódki z upływem 3 lat od dnia zawezwania pozwanego do próby ugodowej (art. 123 § 1 pkt 1 k.c. w zw. z art. 124 § 1 k.c.). Pozwany Fundusz wykazał ponadto, zdaniem Sądu, że powódka wadliwie sporządzała sprawozdania do systemu informatycznego pozwanego, wprowadzając nieprawdziwe dane dotyczące recept, nie odpowiadające rzeczywistym receptom, uzyskując na ich podstawie refundację za sprzedane produkty lecznicze i wyroby medyczne. Sąd podniósł, że wskazane nieprawidłowości, stwierdzone podczas kontroli aptek, przeprowadzonych przez pozwanego na podstawie ówczesnego brzmienia art. 189 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2022 r., poz.2561, dalej: „u.ś.z.ś.p.”), skutkujące brakiem możliwości ustalenia, czy zrefundowane przez pozwanego kwoty zostały wypłacone zgodnie z ówczesnym art. 63 tej ustawy, były przyczyną dokonanych przez pozwanego potrąceń przysługujących pozwanemu wobec powódki wierzytelności z tytułu świadczeń refundacyjnych uprzednio wypłaconych powódce na podstawie nierzetelnych zbiorczych zestawień recept i informacji.

Po rozpoznaniu apelacji powódki, Sąd Apelacyjny w Katowicach wyrokiem z 29 stycznia 2021 r. zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 79 877,22 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 4 kwietnia 2018 r. do dnia zapłaty oraz oddalił powództwo i apelację w pozostałej części. Wbrew stanowisku Sądu pierwszej instancji, uznał, że roszczenie powódki nie uległo przedawnieniu, albowiem trzyletni okres przedawnienia należy liczyć nie od dnia zawezwania pozwanego do próby ugodowej, jak błędnie przyjął Sąd Okręgowy, lecz od dnia zakończenia zainicjowanego tym wezwaniem postępowania pojednawczego na posiedzeniu 21 sierpnia 2014 r. (art. 124 § 2 k.c.), zaś pozew został wniesiony 21 sierpnia 2017 r. W ramach swych kompetencji rozpoznawczych i kontrolnych, Sąd Apelacyjny podkreślił, że, zgromadzony w sprawie i niewadliwie oceniony przez Sąd Okręgowy, materiał sprawy, dał podstawy do ustaleń faktycznych, potwierdzających sformułowane w wyniku przeprowadzonych kontroli zarzuty pozwanego dotyczące nieprawdziwych danych przekazywanych do systemu informatycznego pozwanego Funduszu, w oparciu, o które powódka uzyskała refundację. W toku postępowania przed Sądem

pierwszej instancji pozwany Fundusz w pismach procesowych z 31 stycznia 2019 r. i z 15 lutego 2019 r. oraz w dołączonych do tych pism płytach CD (k. 754 i 765 akt) szczegółowo ustosunkował się do żądania pozwu, twierdzeń faktycznych oraz do każdego z dołączonych przez powódkę do pozwu dokumentów, co Sąd opisał szczegółowo w uzasadnieniu wyroku. Ze względu na uznanie przez pozwanego Funduszu powództwa do kwoty 79 877,22 zł, Sąd Apelacyjny zasądził tę kwotę od pozwanego Funduszu na rzecz powódki w wyroku reformatoryjnym.

W skardze kasacyjnej od tego wyroku powódka zarzuciła naruszenie art. 189 w zw. z art. 190 ust. 1 w zw. z art. 63 u.ś.z.ś.p. w zw. z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 28 września 2004 roku w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych w zw. z rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 28 września 2004 r. w sprawie sposobu oraz terminów przedstawiania przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych w brzmieniu obowiązującym w dacie realizacji sprawozdania recept, naruszenie § 3 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów farmaceutycznych, naruszenie § 19 ust. 1 podpunkt 2, ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 września 2004 r. w sprawie recept lekarskich w zw. z § 18 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich oraz § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych, obrazę art. 64 ust. 7 u.ś.z.ś.p w zw. z § 32 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich, dalej naruszenie §19 ust.4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 września 2004 r. w sprawie recept lekarskich, § 2ust.2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z aptek produktów leczniczych i wyrobów medycznych. W skardze sformułowano także zarzut naruszenia art. 498 k.c., art. 410 k.c., art. 405 k.c., art. 411 pkt 2 k.c., art. 411 pkt 1 k.c. w związku z art. 63 ust. 1, art. 63 ust. 3 i art. 190 ust. 2 u.ś.z.ś.p oraz w związku z § 2 ust. 1, § 3 ust. 1 oraz § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 września 2004 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, a także

naruszenie art. 455 k.c. w związku z art. 481 § 1 k.c. W ramach procesowej podstawy kasacyjnej skarżąca zarzuciła naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. i art. 328 § 2 k.p.c. Formułując przytoczone zarzuty powódka domagała się uchylenia wyroku w zaskarżonej części oddalającej jej powództwo i apelację oraz orzeczenie przez Sąd Najwyższy co do istoty sprawy przez uwzględnienie powództwa, ewentualnie uchylenia wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy w tym zakresie Sądowi Apelacyjnemu w Katowicach do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Sformułowane w ramach podstawy procesowej zarzuty naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. są niedopuszczalne w świetle art. 398³ § 3 k.p.c. oraz art. 398¹³ § 2 k.p.c. (zob. wyroki Sądu Najwyższego z 13 stycznia 2010 r., II CSK 372/09; z 10 czerwca 2010 r., I PK 52/10 oraz postanowienie Sądu Najwyższego z 15 maja 2009 r., III CSK 338/08). Przywołany w skardze art. 328 § 2 k.p.c., w brzmieniu obowiązującym od 7 listopada 2019 r. (a zatem w dacie wydania zaskarżonego kasacyjnie wyroku i wniesienia skargi kasacyjnej) przewiduje, że w przypadkach, gdy wyrok doręcza się z urzędu, termin, o którym mowa w § 1, liczy się od dnia doręczenia wyroku. Treść normatywna przepisu, którego naruszenie zarzuca skarżąca, jest niespójna z uzasadnieniem zarzutu, stąd zarzut ten nie poddaje się kontroli kasacyjnej.

Poczynione w sprawie przez Sąd Apelacyjny ustalenia, będące podstawą faktyczną zaskarżonego wyroku, stanowią zatem w tej sytuacji płaszczyznę oceny zarzutów naruszenia prawa materialnego. Ze względu na okoliczności sprawy istotny jest stan prawny obowiązujący w okresie od 16 stycznia 2010 r. do 31 maja 2011 r., w którym to okresie Fundusz nie zawierał z podmiotami prowadzącymi apteki umów dotyczących refundacji produktów leczniczych i wyrobów medycznych sprzedawanych osobom uprawnionym, lecz stosunek ten wynikał bezpośrednio z przepisów ustawy, a mianowicie z art. 63 ust. 1 u.ś.z.ś.p. Przepis ten stanowił, że apteka, po przedstawieniu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych zestawień, o których mowa w ust. 6 pkt 1 tego przepisu, oraz informacji, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 2 tej ustawy, nie częściej niż co 14 dni, otrzymuje refundację ceny leku

lub wyrobu medycznego wydawanego świadczeniobiorcy bezpłatnie lub za częściową odpłatnością. Zgodnie z art. 63 ust. 6 pkt 1 u.ś.z.ś.p, do którego odsyła art. 63 ust. 1 tej ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określił, w drodze rozporządzenia sposób przedstawiania przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych zbiorczych zestawień zrealizowanych recept podlegających refundacji. W okresie istotnym dla tej sprawy, obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 września 2004 r. w sprawie sposobu oraz terminów przedstawiania przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych zbiorczych zestawień zrealizowanych recept podlegających refundacji, a także wzoru zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji (Dz.U. z 2004, nr 213, poz. 2165). Skarżąca zawarła w skardze kasacyjnej zarzut naruszenia tego rozporządzenia przez Sąd Apelacyjny, ale należy wskazać, że jest to akt wykonawczy, składający się z kilku paragrafów oraz rozbudowanych załączników, więc nie wiadomo, w jaki sposób Sąd Apelacyjny miałby uchybić tym regulacjom adresowanym do podmiotów prowadzących apteki, precyzujących ich obowiązki sprawozdawcze. Przytoczony w skardze art. 64 ust. 7 u.ś.z.ś.p. przewidywał w okresie istotnym dla sprawy, że podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych sporządza wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy lub zalecenia pokontrolne w sprawie usunięcia stwierdzonych i zalecenia pokontrolne w razie stwierdzenia nieprawidłowości. Nie doszło zatem, wbrew pogładowi skarżącej, do naruszenia przytoczonych wyżej przepisów przez Sąd Apelacyjny, skoro przytoczone przez skarżącą, zacytowane wyżej regulacje, były skierowane do podmiotów prowadzących apteki w zakresie nakładającym na te podmioty obowiązek rzetelnego sporządzania sprawozdań oraz do Funduszu w zakresie obowiązku tego podmiotu dotyczącego formułowania zaleceń pokontrolnych, które zostały sporządzone i załączone do akt tej sprawy w charakterze materiału dowodowego.

Przytoczony w skardze art. 189 ust. 1 u.ś.z.ś.p. stanowił w okresie istotnym dla sprawy, że apteki są obowiązane udostępniać do kontroli na żądanie podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych do wglądu

recepty i przekazywać niezbędne dane, o których mowa w art. 190 ust. 2., zawierającym podstawę prawną do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Aptekarskiej, rozporządzenia określającego zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez apteki i sposób ich rejestrowania oraz zakres informacji i sposób ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty. W okresie istotnym dla tej sprawy, kwestie te regulowało rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 września 2004 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r, nr 213, poz. 2167), zmienione następnie rozporządzeniami Ministra Zdrowia z 17 maja 2007 r. (Dz.U. z 2007 r, nr 97, poz. 647) oraz z 25 sierpnia 2008 r. (Dz.U. z 2008 r., nr 160, poz.996). Przytoczony w skardze przepis § 2 ust. 1 tego rozporządzenia wymieniał w punktach dane o obrocie refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi, określone dla każdego wydanego opakowania refundowanego leku lub wyrobu medycznego, które podmiot prowadzący aptekę miał obowiązek przekazać w sprawozdaniu Funduszowi. Paragraf 3 ust. 1 tego rozporządzenia stanowił, że apteki przekazują dane, o których mowa w § 2, wynikające ze zrealizowanych recept podlegających refundacji z Funduszu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, właściwemu ze względu na siedzibę apteki, zaś § 6 ust. 1, iż apteki przekazują dane, o których mowa w § 3 ust. 1, w terminach przekazywania zestawienia, o którym mowa w art. 63 ust. 3 u.ś.z.ś.p.

Powódka zarzuciła ponadto naruszenie obowiązujących w okresie istotnym dla sprawy przepisów § 2 ust. 2, § 3 i § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów farmaceutycznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2016 r., poz.493). Stosownie do § 2 ust. 2 tego rozporządzenia, osoba realizująca receptę jest obowiązana przed wydaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego ponadto do: 1) sprawdzenia prawidłowości wystawienia recepty, zgodnie z odrębnymi przepisami; 2) umieszczenia na recepcie, na której przepisano lek recepturowy: a)

numeru bieżącego leku recepturowego, b) adnotacji o dacie i czasie przyjęcia recepty do realizacji, c) swojego podpisu i pieczętki; 3) sprawdzenia szczególnych uprawnień osoby, dla której została wystawiona recepta, określonych w odrębnych przepisach; 4) przeliczenia przepisanej na receptę ilości produktu leczniczego lub wyrobu medycznego i sprawdzenia, czy ilość ta odpowiada ilości, którą osoba realizująca receptę może wydać zgodnie z odrębnymi przepisami; 5) sprawdzenia rodzaju odpłatności za wydawany produkt leczniczy lub wyrób medyczny; 6)

poinformowania osoby odbierającej produkt leczniczy lub wyrób medyczny o wysokości wnoszonej przez nią opłaty; 7) pobrania opłaty za wydawaną ilość produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, zgodnie z odrębnymi przepisami. Przywołany w skardze jako naruszony § 3 rozporządzenia przewidywał, że 1. Osoba sporządzająca lek recepturowy: 1) stosuje, z zastrzeżeniem pkt 2, surowce farmaceutyczne niezbędne do przygotowania danej postaci leku recepturowego; 2) stosuje surowiec o najniższym stężeniu, jeżeli na receptce - jako wchodzący w skład leku recepturowego - wymieniony został surowiec farmaceutyczny występujący w kilku stężeniach, a stężenie tego surowca nie zostało określone; 3) dokonuje korekty składu leku recepturowego, jeżeli podany na receptce skład może tworzyć niezgodność chemiczną lub fizyczną, mogącą zmienić działanie leku lub jego wygląd, przez: a) dodanie surowca farmaceutycznego ułatwiającego prawidłowe przygotowanie postaci leku recepturowego lub pozwalającego na uzyskanie jednolitego dawkowania, b) prawidłowy dobór surowców farmaceutycznych, zapewniający rozpuszczenie wszystkich składników leku recepturowego w celu uzyskania jego właściwej postaci, c) zmianę postaci surowca farmaceutycznego z rozpuszczalnej na nierozpuszczalną lub odwrotnie, z uwzględnieniem koniecznej różnicy w ilości surowca; 4) zmniejsza ilość surowca farmaceutycznego w składzie leku recepturowego do wielkości określonej przez dawkę maksymalną, jeżeli: a) dawka maksymalna jest dla tego surowca ustalona, b) ze składu oraz sposobu użycia podanego w receptce wynika, że nastąpiło przekroczenie dawki maksymalnej, a wystawiający receptę nie uczynił adnotacji o konieczności zastosowania dawki wskazanej w składzie leku; 5) umieszcza na receptce lekarskiej adnotację o dacie i czasie sporządzenia leku recepturowego oraz składu swój podpis i pieczętkę. 2. Surowce farmaceutyczne i postać leku recepturowego, o których mowa w ust. 1 pkt

1, muszą spełniać wymagania określone w Farmakopei Polskiej lub Farmakopei Europejskiej, lub innych odpowiednich farmakopeach uznawanych w państwach członkowskich Unii Europejskiej. 3. Osoba sporządzająca lek recepturowy może dokonywać zmian innych niż wymienione w ust. 1 pkt 3 i 4 jedynie po porozumieniu się z osobą, która receptę wystawiła. 4. Osoba sporządzająca lek recepturowy odnotowuje na odwrocie recepty dokonanie zmian, o których mowa w ust. 1 pkt 3 i 4 i ust. 3, oraz umieszcza swój podpis i pieczętkę. 5. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio w przypadku osoby sporządzającej lek apteczny. Zarzut naruszenia dotyczył także § 5 rozporządzenia zgodnie z którym 1. Odmowa wydania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego może nastąpić, jeżeli: 1) zachodzi uzasadnione podejrzenie co do autentyczności recepty lub zapotrzebowania; 2) konieczne jest dokonanie zmian, o których mowa w § 3 ust. 3, oraz określonych w odrębnych przepisach, przy braku możliwości porozumienia się z osobą, która jest uprawniona do wystawiania recept; 3) od dnia sporządzenia leku upłynęło co najmniej 6 dni - w przypadku leku recepturowego lub leku sporządzonego na podstawie etykiety aptecznej; 4) osoba, która przedstawiła receptę do realizacji, nie ukończyła 13 roku życia; 5) zachodzi uzasadnione podejrzenie co do wieku osoby, dla której została wystawiona recepta. 2. Produkt leczniczy z grupy A. - hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego, posiadający kategorię dostępności "OTC", wydaje się osobie, która ukończyła 15. rok życia.

W skardze kasacyjnej skarżąca sformułowała także zarzuty naruszenia przez Sąd Apelacyjny § 18 i § 32 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (jedn. tekst: Dz.U.2007 r., nr 97, poz.646). Zgodnie z § 18 tego aktu prawnego, refundowane leki i wyroby medyczne wydaje się: 1) w pełnych opakowaniach; 2) w ilości maksymalnie zbliżonej, jednak mniejszej niż ilość określona przez osobę wystawiającą receptę. 2. Jeżeli nie przyczyni się to do zmiany gwarantowanej przez producenta jakości leku, a pacjent otrzyma lek w odpowiednio oznakowanym opakowaniu własnym apteki określonym w odrębnych przepisach, osoba wydająca antybiotyk lub lek przepisany w postaciach parenteralnych dzieli ilość leku zawartą w opakowaniu, aby maksymalnie zbliżyć ją do ilości określonej przez osobę wystawiającą receptę; dzieleniu nie podlegają opakowania bezpośrednie. 3. Jeżeli na recepcie nie podano sposobu dawkowania lub jest on

nieczytelny, wydaje się lek w ilości nie większej niż dwa najmniejsze opakowania określone: 1) w wykazach refundowanych leków i wyrobów medycznych - w przypadku leków lub wyrobów medycznych wymienionych w tych wykazach; 2) dla leku gotowego, dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który zawiera w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową - w przypadku leków niewymienionych w wykazach, o których mowa w pkt 1.4. Jeżeli na receptce podano sposób dawkowania, a ilość leku wydanego zgodnie z ust. 1 i 2 przekraczałaby ilość leku przeznaczoną na trzymiesięczną kurację, lek wydaje się w ilości maksymalnie zbliżonej, jednak mniejszej niż ilość określona na receptce, chyba że należy wydać jedno najmniejsze opakowanie leku określone w wykazach, o których mowa w ust. 3 pkt 1. Przytoczony w skardze § 32 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich stanowił, że jeżeli w wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości w wystawianiu lub realizacji recept, Fundusz wydaje zalecenia pokontrolne, zobowiązując podmiot kontrolowany do złożenia w terminie 14 dni informacji o podjętych działaniach dotyczących zaleceń pokontrolnych.

Sąd Najwyższy uznał za celowe przytoczenie w uzasadnieniu tego wyroku powołanych przez powódkę w skardze kasacyjnej przepisów *in extenso* ze względu na to, że rozbudowane materialnoprawne podstawy skargi kasacyjnej, którymi Sąd Najwyższy pozostawał związany (art. 398¹³ § 1 k.p.c.), wymagały konfrontacji z ustaleniami faktycznymi, treścią wyroku Sądu Apelacyjnego oraz uzasadnieniem zarzutów zawartych w skardze kasacyjnej powódki. Przepisy te regulują kwestie pozostające niejako obok głównego nurtu sporu, który sprowadza się do negowania przez powódkę dopuszczalności domagania się przez Fundusz zwrotu refundacji dokonanej uprzednio na podstawie sprawozdań, w przypadku których, następczo w toku kontroli, ujawniono ich nierzetelność i niezgodność ze stanem rzeczywistym. Tymczasem, przytoczone przez skarżącą przepisy, dotyczą kwestii bezpośrednio z tym zagadnieniem niezwiązanych takich jak (w kolejności cytowania): dane, które powinny być ujęte w kierowanych do Funduszu sprawozdaniach sporządzanych przez podmioty prowadzące aptekę, termin i adresat tych sprawozdań (§ 2 ust.1, § 3 ust.1 i § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 września 2004 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki

podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych); obowiązki osoby realizującej receptę przed wydaniem refundowanego produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, obowiązki osoby sporządzającej lek recepturowy, warunki odmowy wydania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego (§ 2 ust. 2, § 3 i § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów farmaceutycznych); ilość i sposób wydawania refundowanych leków i wyrobów medycznych oraz wydawanie przez Fundusz zaleceń pokontrolnych i reakcji podmiotu prowadzącego aptekę na te zalecenia (§ 18 i § 32 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich).

Powódka nie wskazała, na których ustaleniach faktycznych opiera zarzuty naruszenia przez Sąd Apelacyjny przytoczonych regulacji zawartych w rozporządzeniach wykonawczych Ministra Zdrowia, zaś główne zagadnienie sporne, co już wyżej akcentowano, dotyczyło możliwości domagania się przez Fundusz zwrotu uprzednio wypłaconej refundacji w formie potrącenia przysługującej Funduszowi z tego tytułu wierzytelności z bieżącymi należnościami podmiotu prowadzącego aptekę. Odnosząc się w tym zakresie do zarzutów naruszenia przez Sąd Apelacyjny art. 498 k.c., art. 405 w zw. z art. 410 k.c., art. 411 pkt 2 k.c. oraz art. 411 pkt 1 k.c. należy podnieść, że z treści przytoczonych wyżej aktów prawnych wynika, iż obowiązki sprawozdawcze i informacyjne podmiotów, prowadzących apteki i korzystających z refundacji, były szczegółowo uregulowane, a podmioty prowadzące apteki były zobowiązane do ich skrupulatnego przestrzegania, co korelowało z ciążącym na Funduszu obowiązkiem wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na refundację w sposób celowy, gospodarny i zgody z prawem. Wypłata refundacji przez Fundusz odbywała się w zaufaniu do rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym sprawozdań i informacji przekazywanych przez podmioty prowadzące apteki do Funduszu na podstawie przytoczonych wyżej aktów prawnych, co miało na celu zapewnienie tym podmiotom szybkiej i sprawnej wypłaty przez Fundusz na ich rzecz środków finansowych, tymczasowo wyłożonych przez apteki na zakup refundowanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych (ponad kwotę realnie uiszczoną przez pacjenta z tytułu ceny). Jednocześnie jednak właśnie z tych przyczyn, na podmiocie prowadzącym aptekę spoczywała powinność

wykazania w toku kontroli następcej Funduszu, obejmującej okres, za jaki wypłacono już refundację, zgodności zawartych w przekazanych sprawozdaniach danych ze stanem rzeczywistym, skoro sprawozdania te służyły jako podstawa wypłaty środków publicznych. Jeśli zatem refundacji podlegały tylko prawidłowo i zgodnie z przepisami sprawozdane transakcje zawarte między podmiotem prowadzącym aptekę i osobą uprawnioną, dotyczące zakupu refundowanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, to istnieją podstawy do zaaprobowania poglądu Sądu Apelacyjnego, że uprzednio wypłacone przez Fundusz za dany okres sprawozdawczy środki publiczne, których podstawą było nierzetelne sprawozdania podmiotu prowadzącego aptekę, stanowiły świadczenie nienależne w rozumieniu art. 405 k.c. w zw. z art. 410 k.c., mogące być przedmiotem oświadczenia Funduszu o potrąceniu wierzytelności wynikającej z tego nienależnego świadczenia z wierzytelnościami podmiotu prowadzącego aptekę z tytułu bieżącej refundacji. Zarzuty naruszenia art. 405 w zw. z art. 410 oraz art. 498 k.c. nie zasługują zatem na uwzględnienie. Trzeba bowiem mieć na uwadze, że przepisy ustawy 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wraz z przepisami wykonawczymi konstruowały system pokrywania ze środków publicznych kosztów funkcjonowania systemu publicznej opieki zdrowotnej w Polsce, w tym finansowania części cen określonych przepisami produktów leczniczych i wyrobów medycznych, których ciężar poniesienia, w razie braku refundacji, spoczywałby w całości na ubezpieczonych pacjentach. Gospodarowanie środkami publicznymi nakładało na podmioty uczestniczące w procesie refundacji, w tym Fundusz oraz podmioty prowadzące apteki, szczególne obowiązki, których naruszenie jest sankcjonowane odmową refundacji lub potrąceniem wierzytelności z tytułu uprzednio wypłaconej nienależnej refundacji z bieżących należności refundacyjnych. Powódka nie kwestionowała, że dane podawane przez nią w sprawozdaniach kierowanych do Funduszu były nierzetelne, niezgodne ze stanem rzeczywistym. Szczegółowe ustalenia faktyczne Sądów *meriti* w tym przedmiocie, z którymi skarżąca polemizuje, co do skali i znaczenia zaniedbań, należą do sfery, w którą Sąd Najwyższy nie może ingerować przy rozpoznaniu skargi kasacyjnej (art. 398¹³ § 2 k.p.c.). Przedstawiona w toku postępowania oraz w skardze kasacyjnej argumentacja powódki zdaje się prowadzić do negowania nie tylko obowiązku, ale

nawet potrzeby sporządzania sprawozdań zgodnie z rzeczywistymi danymi wynikającymi z recept oraz zgodnie z przepisami obowiązującymi podmioty prowadzące apteki, czego nie można jednak aprobować, albowiem przyjęcie takiego punktu widzenia mogłoby prowadzić do rozchwiania i rozszczelnienia systemu refundacji. Należy przy tym zauważyć, że na tle różnych stanów faktycznych związanych z zagadnieniem refundacji produktów leczniczych i wyrobów medycznych w oparciu o przepisy ustawowe, a nie umowę, Sąd Najwyższy wyraził zapatrywanie, że podmioty prowadzące apteki mogą uzyskać świadczenia refundacyjne ze środków publicznych dopiero po spełnieniu wyraźnych i jednoznacznych wymagań co do warunków i sposobu refundacji, których strony tego stosunku zobowiązaniowego nie mogą korygować. Z ustaleń faktycznych wynika zresztą, że powódka miała świadomość znaczenia prawidłowego sprawozdawania z punktu widzenia uprawnień do otrzymania refundacji, skoro większość danych podawała prawidłowo, a uchybienia dotyczyły tylko części danych i części recept. Nie zasługiwał na uwzględnienie zarzut naruszenia art. 411 pkt 1 k.c. przewidującego, że nie można żądać zwrotu świadczenia, jeżeli spełniający świadczenie wiedział, że nie był do świadczenia zobowiązany, chyba że spełnienie świadczenia nastąpiło z zastrzeżeniem zwrotu albo w celu uniknięcia przymusu lub w wykonaniu nieważnej czynności prawnej. Powódka zdaje się uznawać, że skoro Fundusz wypłacił refundację na podstawie sprawozdań przekazanych przez powódkę, co do której uznał następnie w wyniku kontroli, że część tego świadczenia była nienależna, to zachodzą przesłanki do zastosowania tego przepisu, czego Sąd Apelacyjny wadliwie zaniechał. Tymczasem w sprawie nie poczyniono ustaleń, a inicjatywa należała w tym zakresie do powódki, że Fundusz dokonując refundacji czynił to ze świadomością spełnienia świadczenia w tym momencie nienależnego. Nie jest także trafny zarzut naruszenia art. 411 pkt 2 k.c. stanowiącego, że nie można żądać zwrotu świadczenia, jeżeli spełnienie świadczenia czyni zadość zasadom współżycia społecznego. Wynikająca z niego norma znajduje zastosowanie w odniesieniu do tego, kto spełnił świadczenie nie będąc do tego prawnie zobowiązanym, ale można mu przypisać moralny obowiązek względem przyjmującego świadczenie, tak jak ma to miejsce w odniesieniu do świadczeń quasi – alimentacyjnych lub związanych ze stosunkiem pracy. Skarżąca nie przedstawiła

przekonującej argumentacji, wskazującej na podstawę i przyczynę takiej ochrony wypłaconej na jej rzecz, w oparciu o nierzetelne sprawozdania przekazane do Funduszu, kwoty refundacji. Nie można go uznać za spełniające przesłanki przewidziane w art. 411 pkt 2 k.c., przyjmując nawet, że zostało oparte na założeniu, że skoro refundacja pełni szczególną, ważną społecznie rolę, polegającą na umożliwieniu świadczeniobiorcy nabycie leku na ulgowych warunkach, to równie szczególne znaczenie ma zwrot pozostałej, nieuiszczonej przez niego części ceny leku osobie, która ją poniosła. Nie znajduje oparcia w zasadach współżycia społecznego spełnienie świadczenia, które przyjmujący uzyskał, mimo niedochowania warunków precyzyjnie i wyczerpująco uregulowanych. Taki pogląd prowadzi, co już akcentowano, do negowania szczegółowych wymagań refundacji, ustanowionych w interesie publicznym.

Z przedstawionych względów orzeczono jak w sentencji (art. 398¹⁴ k.p.c.). Wniosek pozwanego o zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania kasacyjnego podlegał oddaleniu ze względu na niezłożenie w ustawowym terminie odpowiedzi na skargę kasacyjną.

[SOP]

(r.g.)