

Sygn. akt II Ca 640/10



W Y R O K
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 lipca 2010 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu II Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie następującym:

Przewodniczący – Sędzia SO Czesław Chorzępa
Sędzia SO Grażyna Josiak
Sędzia SO Lidia Mazurkiewicz-Morgut

Protokolant: Elżbieta Biała

po rozpoznaniu w dniu 20 lipca 2010 r. we Wrocławiu
na rozprawie
sprawy z powództwa Jacka Ciaciury
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia Dolnośląski Oddział Wojewódzki we
Wrocławiu
o zapłatę
na skutek apelacji powoda i strony pozwanej
od wyroku Sądu Rejonowego dla Wrocławia-Krzyków we Wrocławiu
z dnia 25 lutego 2010 r.
sygn. akt I C 727/09

- I. oddała obie apelacje;**
- II. koszty postępowania apelacyjnego między stronami wzajemnie znosi.**

U Z A S A D N I E N I E

Sąd Rejonowy po rozpoznaniu sprawy wyrokiem z dnia 25 lutego 2010 r. zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz powoda Jacka Ciaciury kwotę 6.797,87 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 1.01.2009 r. a dalej idące powództwo oddalił. Tytułem zwrotu kosztów procesu Sąd Rejonowy zasądził na rzecz powoda od strony pozwanej kwotę 196,20 zł. Rozstrzygnięcie swoje Sąd Rejonowy opierał na następujących ustaleniach faktycznych. Powód Jacek Ciaciura prowadzi działalność gospodarczą – aptekę przy pl. Nowy Targ we Wrocławiu. W przeprowadzonej przez pracowników strony pozwanej kontroli w aptece powoda w okresie od 28.05. do 26.06.2008 r. poddano ocenie pod względem prawidłowości realizacji 862 recepty refundowane, z czego zakwestionowano 441 recept, za które powód otrzymał w 2007 r. refundację w łącznej kwocie 14.519,34 zł. W sporządzonym protokole z dnia 26.06.2008 r. wymieniono następujące błędy w zakwestionowanych receptach: recepta w pozycji 1 protokołu nie posiadała pełnych danych dotyczących miejsca zamieszkania pacjenta, tj. brakowało numeru domu i mieszkania, recepty w pozycjach 2-133 nie posiadały daty, od której recepta może zostać zrealizowana, wyznaczonej przez lekarza lub znaku „X” w miejscu „Data realizacji od dnia”, recepty w pozycjach 134-137 nie posiadały potwierdzenia swej realizacji, recepta w pozycji 138 wystawiona została na blankiecie przyporządkowanym za pomocą kodu kreskowego do innego lekarza niż ten, który wystawił receptę, recepty w pozycjach 139-162 zostały wystawione na blankietach niezgodnych z obowiązującym wzorcem, recepty w pozycjach 164-246 mają nieczytelne otaksowania, natomiast recepty w pozycjach 301-342 były otaksowane nieprawidłowo (brak wyceny leku przy jednoczesnym zaznaczeniu jedynie opłaty pacjenta za „wytworzenie leku”), w receptach w pozycjach 247-300 została zawyżona opłata pacjenta, w receptach w pozycjach 343-428 przekroczono podwójną ilość leku recepturowego. W protokole stwierdzono nadto, że recepty wymienione w pozycjach 429-441 nie zostały przedstawione do kontroli. Protokół kontroli wraz z wezwaniem do zgłoszenia przed jego podpisaniem zastrzeżeń co do ustaleń w nim zawartych został doręczony powodowi 26.06.2008 r. Powód odmówił podpisania protokołu zaznaczając, że przyczyną odmowy jest „chęć dogłębnego zapoznania się z protokołem i receptami”. W piśmie z 26.06.2008 r. skierowanym do strony pozwanej powód ustosunkował się do każdego z zarzutów zawartych w protokole kontroli. 8.09.2008 r. strona pozwana przedstawiła powodowi zalecenia pokontrolne i wskazała, że ostatecznie zakwestionowała 441 recept z 2006, 2007 i 2008 r. na łączną kwotę refundacji 14.519,34 zł. Powód został wezwany do zwrotu refundacji w tej kwocie a notą odsetkową z 29.12.2008 r. do zapłaty 453,30 zł tytułem odsetek od kwoty zakwestionowanych recept. Na podstawie zeznań powoda w charakterze strony Sąd ustalił, że charakteryzujący recepty znajdujące się w pozycjach od 2 do 133 protokołu kontrolnego NFZ brak naniesienia przez lekarza wypisującego receptę znaku „X” w miejscu „Data realizacji, od dnia” lub wskazania w tym miejscu konkretnej daty, oznaczał potrzebę natychmiastowej realizacji recepty. Nieczytelność wydruków taksacji przedłożonych przez powoda wraz z receptami znajdującymi się w

pozycjach 164-246 protokołu kontrolnego spowodowana była właściwościami termicznymi papieru używanego do wydruków taksacji. NFZ odmówił przedłożenia nowych wydruków taksacji. Błąd w postaci „zawyżonej opłaty pacjenta” polegający na drukowaniu cyfry „1” przed kwotą do zapłaty oraz „0” na końcu tej kwoty i zaistniały na wydrukach taksacji przedłożonych przez powoda wraz z receptami znajdującymi się w pozycjach 247-300 protokołu kontroli wynikał z błędu sterownika drukarki. NFZ odmówił powodowi dostarczenia nowych wydruków taksacji. Powód prowadzi ewidencję recept w postaci elektronicznego raportu XML, w którym zawarte są następujące dane: 1) numer recepty identyfikujący lekarza, 2) numer PESEL pacjenta pozwalający na zweryfikowanie przez NFZ uprawnień pacjenta do korzystania z refundacji, 3) kod leku EAN, wartość leku i odpłatność, wysokość refundacji, czyli tzw. taksację. W chwili przedłożenia przez powoda stronie pozwanej recept do kontroli, za które otrzymał on refundację za 2007 rok, powód w ramach istniejącego obowiązku przekazał także plik elektroniczny danych XML, których zawartość była kompletna i stanowiła odzwierciedlenie stanu rzeczywistego. Strona pozwana z tytułu refundacji za zrealizowane recepty na leki i wyroby medyczne za okres od 1.12. do 15.12.2008 r. zobowiązana była do zapłaty na rzecz powoda kwoty 81.030,19 zł. Strona pozwana zapłaciła jedynie kwotę 66.510,85 zł dokonując potrącenia w dniu 30.12.2008 r. kwoty wskazanej w zaleceniach pokontrolnych z 8.09.2008 r., tj. kwoty 14.519,34 zł. Przy powyższych ustaleniach faktycznych Sąd Rejonowy uznał powództwo za częściowo uzasadnione. Sąd stwierdził, że zasady refundacji leków i środków medycznych sprzedawanych pacjentom po obniżonej cenie lub wydawanych nieodpłatnie określają przepisy ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W szczególności z art. 63 ust. 1 ustawy wynika, że apteka sporządza zbiorcze zestawienia zrealizowanych recept podlegających refundacji oraz przedstawia informacje, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 2 ustawy. Zestawienia zawierają informacje w zakresie typów zrealizowanych recept, rodzaju uprawnień pacjentów i poziomu odpłatności uwzględnionego przy wydaniu leku, liczby pozycji leków, wartość leków zrealizowanych na podstawie recept, opłaty wniesionej przez pacjenta oraz kwoty podlegającej refundacji. W ciągu 15 dni od otrzymania powyższych zestawień i informacji podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych (NFZ) obowiązany jest dokonać refundacji na rzecz apteki, jeżeli dokumenty te sporządzone zostały zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 28.09.2004 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. Art. 63 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...) zakłada dokonanie analizy przedłożonych przez aptekę zbiorczych zestawień oraz informacji, co oznacza, że warunkiem dokonania refundacji nie jest samo tylko złożenie wymienionych wyżej dokumentów. Jednak wobec zakreślenia przez ustawodawcę piętnastodniowego terminu do wypłaty refundacji NFZ nie ma możliwości weryfikacji przekazanych mu danych, co może uczynić post factum, w drodze kontroli. Analizie NFZ przed wypłaceniem refundacji

podlegają dane będące bezpośrednią konsekwencją przyjęcia podstawowego założenia, że lek lub wyrób medyczny został pacjentowi wydany, tj. dane określające datę przyjęcia recepty do realizacji, datę wydania leku lub wyrobu medycznego, wartość leków zrealizowanych na podstawie recept, liczbę wydanych opakowań leku lub wyrobu medycznego, wysokość opłaty wniesionej przez pacjenta oraz kwotę podlegającą refundacji. Wynika z tego, że NFZ na etapie „wstępnej” analizy dokumentów nie ma praktycznej możliwości dokonania weryfikacji prawdziwości przedstawionych danych, w szczególności czy przedłożone do refundacji recepty faktycznie zostały zrealizowane i czy recepty na leki refundowane zostały prawidłowo wystawione. Prawidłowość działania apteki może zatem być poddana kontroli, której zakres został określony przez ustawodawcę w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich. Sąd wskazał, że ponieważ spór w sprawie dotyczył refundacji NFZ za leki z recept zrealizowanych w aptece powoda w 2007 r., w sprawie zastosowanie mają rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.09.2004 r. w sprawie recept lekarskich i rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17.05.2007 r. w sprawie recept lekarskich. Sąd podkreślił, że wbrew twierdzeniom powoda, kontrola recept przeprowadzona przez stronę pozwaną dokonywana pod kątem zasadności i dopuszczalności refundacji w oparciu o wyżej wskazane rozporządzenia Ministra Zdrowia obejmuje nie tylko prawidłowość realizacji recept lecz także wystawiania recept, co oznacza, że NFZ może zakwestionować nie tylko prawidłowość działań osób wydających leki ale także, z racji uprawnień do refundacji, dopuszczalność realizacji recept, które nie odpowiadają wymogom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Dlatego, zdaniem Sądu Rejonowego, powód nie ma racji twierdząc, że pozbawienie go refundacji na podstawie przepisów rozporządzenia jest sprzeczne z przepisami ustawy, w świetle rangi aktów prawnych wskazanych w Konstytucji. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich wraz z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie której zostało wydane, tworzą bowiem spójny system refundacji, którego realizacja zapewnia z jednej strony pomoc, ale i ochronę zdrowia pacjentów, z drugiej zaś – kontrolę prawidłowego wydatkowania środków publicznych. Brak któregośkolwiek z elementów systemu refundacji, zarówno w odniesieniu do wymogów zasadniczych zawartych w art. 63 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ale i w postanowieniach wydanego na jej podstawie rozporządzenia powoduje, że brak jest podstaw do dokonania przez NFZ refundacji. Analizując protokół kontroli z 26.06.2008 r. Sąd Rejonowy wskazał, że brak pełnych danych pacjenta na recepcie w pozycji 1 w postaci braku numeru domu pacjenta stanowił naruszenie § 3 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia M.Z. z 17.05.2007 r. w sprawie recept lekarskich. Z kolei recepty wyszczególnione w pozycjach 2-133 protokołu kontroli nie posiadały daty, od której recepta może zostać zrealizowana, wyznaczonej przez lekarza lub znaku „X” w tym miejscu, co stanowiło naruszenie § 3 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17.05.2007 r. w sprawie recept lekarskich. Recepty od pozycji 134 do 137 nie miały potwierdzenia swojej realizacji (naruszenie § 14 rozporz. M.Z.), recepta w pozycji 138 wystawiona została na blankiecie innego lekarza niż lekarz wystawiający receptę (naruszenie § 9 ust. 3 rozporz. M.Z.). Recepty w pozycjach 139-162 zostały wystawione na blankietach niezgodnych z

obowiązującym wzorem (naruszenie § 9 ust.1 rozporz. M.Z. z 28.09.2004 r. w zależności od daty realizacji recepty). Recepty w pozycjach 163-246 mają nieczytelne otaksowanie (naruszenie § 14 ust. 3 rozporz. M.Z.). W receptach w pozycjach 247-300 została wg strony pozwanej zawyżona opłata od pacjenta. Recepty w pozycjach od 301 do 342 są nieprawidłowo otaksowane (naruszenie § 15 ust. 3 rozporz. M.Z.). W receptach w pozycjach 343-428 przekroczono „podwójną ilość leku recepturowego” (naruszenie § 8 ust. 2 rozporz. M.Z.). W ocenie Sądu Rejonowego dyskwalifikuje to wszystkie zakwestionowane recepty jako podstawę wypłaty refundacji. To oznacza, że wskutek stwierdzenia uchybień w treści recept na tzw. leki refundowane odpadła podstawa prawna do wypłaty refundacji za leki w nich wymienione. Skoro jednak nastąpiła uprzednia wypłata na rzecz powoda określonej sumy z tytułu refundacji spornych recept, a recepty, na podstawie których wydano leki, okazały się wadliwe lub nie okazane do weryfikacji przez NFZ, należało uznać świadczenie spełnione przez stronę pozwaną na rzecz powoda za nienależne i w związku z tym podlegające zwrotowi na podstawie art. 410 kc w zw. z art. 405 kc. Strona pozwana nie była bowiem zobowiązana do świadczenia na rzecz powoda w oparciu o recepty, których treść lub realizacja okazały się niezgodne z przepisami i miała prawo żądać zwrotu świadczenia jako wypłaconego nienależnie, a w konsekwencji potrącić je z wierzytelnością powoda z tytułu kolejnych refundacji. Łączna wysokość nienależnego świadczenia wraz z odsetkami wynosiła 14.519,34 zł. Sąd Rejonowy oceniając materiał dowodowy uznał jednak, że zarzut potrącenia wierzytelności strony pozwanej z należnościami powoda powinien być rozpatrywany na podstawie art. 411 pkt 2 kc. Przepis ten stanowi bowiem podstawę do odmowy zwrotu nienależnego świadczenia wówczas, gdy spełnienie świadczenia bez podstawy prawnej czyni zadość zasadom współżycia społecznego. Według Sądu Rejonowego część zakwestionowanych przez stronę pozwaną recept mimo istnienia uchybień formalnych pozwalała na wydanie leków osobom niewątpliwie uprawnionym. W szczególności dotyczy to recept, w których wystąpił błąd w ich otaksowaniu związany z wadą sterowników drukarki termicznej polegający na drukowaniu cyfry „1” przed kwotą do zapłaty oraz „0” na końcu tej kwoty. Uchybienie to nie spowodowało zawyżenia opłat za recepty o nr 247-300 i w tej sytuacji odmowa refundacji za te recepty w kwocie 850 zł jest zdaniem Sądu Rejonowego sprzeczna z zasadami współżycia społecznego. Sąd podkreślił, że strona pozwana nie zgodziła się na dostarczenie przez powoda nowych wydruków taksacji zakwestionowanych recept. Następną grupę recept na leki robione w aptece ujętą w pozycjach 343-428 strona pozwana zakwestionowała z powodu zawyżenia kosztów wykonania leków przez przekroczenie tzw. podwójnej ilości leku recepturowego. Nie ma jednak wątpliwości, że leki zostały sporządzone w aptece i wydane pacjentom, co uprawniało powoda do otrzymania refundacji do kwoty 10 zł za receptę. Łącznie z tego tytułu powodowi należałaby się kwota 530 zł. Trzecią grupą recept, których realizacja zdaniem Sądu Rejonowego uzasadniała uznanie, iż otrzymana przez powoda refundacja odpowiada zasadom współżycia społecznego, były recepty, w których lekarz nie wpisał daty realizacji „od dnia” lub znaku „X”. Uchybienie to nie powinno skutkować odmową wypłaty refundacji, skoro nie ma wątpliwości, że leki zostały wydane pacjentom, a datę realizacji określić można jako tożsamą z datą wydania leku w aptecę.

Dotyczy to recept opisanych w protokole kontroli w pozycjach 2-133, których łączna suma refundacji wynosi 5.417,87 zł. Reasumując, Sąd Rejonowy stwierdził, że powyższe uchybienia formalne przedłożonych do kontroli dokumentów były nie tylko przez powoda niezawinione ale i o stosunkowo niewielkiej skali, jak również były to uchybienia wytłumaczalne i usuwalne. Dlatego w tych okolicznościach spełnienie świadczenia przez stronę pozwaną w odniesieniu do recept dotkniętych wyżej wymienionymi uchybieniami, zdaniem Sądu Rejonowego odpowiada zasadom współzycia społecznego. Z tych motywów Sąd Rejonowy w oparciu o art. 411 pkt 2 kc uwzględnił powództwo o zapłatę w części refundacji, stanowiące roszczenie o zwrot nienależnie potrąconej kwoty i zasądził na rzecz powoda od strony pozwanej kwotę 6.797,87 zł, a dalej idące powództwo jako nieuzasadnione oddalił.

Wyrok Sądu pierwszej instancji zaskarżyli apelacjami: powód w części oddalającej powództwo i strona pozwana w części uwzględniającej powództwo i w orzeczeniu o kosztach procesu.

Jako zarzuty dotyczące naruszenia prawa materialnego powód wskazał w apelacji: błędną wykładnię art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z art. 45 ust. 3 pkt 4 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zw. z treścią przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.09.2004 r. oraz z dnia 17.05.2007 r. w sprawie recept lekarskich przez uznanie, że wszystkie zakwestionowane w wyniku kontroli recepty nie spełniały wymogów określonych przepisami prawa, co dyskwalifikuje je jako podstawę wypłaty refundacji, błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 410 kc w zw. z art. 405 kc przez przyjęcie, że świadczenie spełnione przez stronę pozwaną na rzecz powoda należy uznać za nienależne i wobec tego podlegające zwrotowi, niezastosowanie lub błędną wykładnię przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31.03.2008 r. w sprawie wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa oraz sposobu obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego w zw. z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17.05.2007 r. w sprawie recept lekarskich przez błędne wyliczenie kwoty refundacji przysługującej powodowi z recept wymienionych w pozycjach 343-428 protokołu kontroli, tj. przyjęcie równowartości dwóch ryczałtów w łącznej kwocie 530 zł zamiast 1.984,08 zł. Apelacja zarzuca też naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. dokonanie przez Sąd I instancji sprzecznych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, polegających na błędnym ustaleniu kwoty refundacji przysługującej powodowi za recepty wymienione w pozycjach 247-300 protokołu kontroli na 850 zł zamiast na 1862,04 zł, a za recepty wymienione w pozycjach 343-428 protokołu kontroli wyliczenie, że refundacja za „dwa ryczały” powinna wynosić 530 zł, a wg apelującego winna to być kwota 1984,08 zł. W oparciu o powyższe zarzuty apelacyjne powód wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku przez zasądzenie na jego rzecz od strony pozwanej kwoty 7721,47 zł z ustawowymi odsetkami od 1.01.2009 r. oraz kosztów procesu za obie instancje według norm przepisanych.

Z kolei strona pozwana w swojej apelacji wносиła o zmianę zaskarżonego wyroku w punktach I i III przez oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów procesu za obie instancje. Ewentualnie strona pozwana wносиła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania. Skarżąca zarzucała naruszenie przepisów prawa materialnego: art. 411 pkt 2 kc w zw. z art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych i przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich przez uznanie, że czyni zadość zasadom współżycia społecznego spełnienie przez stronę pozwaną refundacji cen leków lub wyrobów medycznych znajdujących się na zakwestionowanych receptach w pozycjach 2-133 protokołu kontroli na kwotę 5417,87 zł, w pozycjach 247-300 na kwotę 850 zł i w pozycjach 343-428 na kwotę 530 zł, art. 498 § 1 kc w zw. z art. 410 i art. 405 kc przez odmowę ich zastosowania i przyjęcie, że brak było podstaw do uznania przez stronę pozwaną za niezasadną wypłaconej powodowi refundacji za recepty dotknięte uchybieniami, co wykluczyło możliwość dokonania w tym zakresie potrącenia z wierzytelnością powoda z tytułu refundacji za recepty. Jako zarzuty procesowe strona pozwana wskazywała naruszenie art. 233 § 1 kpc przez błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzekania w wyniku ustalenia, że: brak naniesienia przez lekarza wypisującego receptę znaku „X” w pozycji :”Data realizacji od dnia” lub wskazania w tym miejscu konkretnej daty, oznaczał potrzebę natychmiastowej realizacji recepty; powód przekazał także plik elektroniczny danych XML, których zawartość była kompletna i stanowiła odzwierciedlenie stanu faktycznego; recepty w pozycjach 343-428 protokołu kontroli na kwotę 530 zł dotknięte zostały jedynie wadliwością w postaci przekroczenia podwójnej ilości leku recepturowego; recepty w pozycjach 247-300 protokołu kontroli na kwotę 850 zł dotknięte zostały jedynie wadliwością w postaci zawyżonej opłaty pacjenta; naruszenie art. 328 § 2 kpc: przez brak uzasadnienia powodów, dla których Sąd oparł się przy ustaleniu znaczenia braku naniesienia przez lekarza znaku X lub wskazania konkretnej daty jedynie na zeznaniach powoda i niepodania przyczyn odmowy wiarygodności i mocy dowodowej odmiennym zeznaniom świadka Piotra Wójcika; przez brak uzasadnienia powodów, dla których Sąd oparł się wyłącznie na twierdzeniach powoda przy ustaleniu, że zawartość plików elektronicznych XML była kompletna i stanowiła odzwierciedlenie stanu faktycznego; naruszenie art. 207 § 3 kpc przez dopuszczenie dowodu z przesłuchania powoda bez sprecyzowania okoliczności, na które dowód ten miał zostać przeprowadzony.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacje obu stron w ocenie Sądu Okręgowego nie są uzasadnione, ponieważ wyrok Sądu pierwszej instancji mimo błędnego wskazania podstawy prawnej rozstrzygnięcia odpowiada prawu.

Ze względu na podniesione w obu apelacjach zarzuty naruszenia prawa materialnego na wstępie oceny i wyjaśnienia wymaga w sprawie wskazana przez Sąd pierwszej instancji podstawa prawna rozstrzygnięcia. Według Sądu Rejonowego stanowi ją art. 411 pkt 2 kc, czyli przepis ograniczający możliwość żądania zwrotu nienależnego świadczenia, jeżeli jego

spełnienie czyni zadość zasadom współżycia społecznego. Jak każda norma prawna odsyłająca do klauzuli zasad współżycia społecznego i konstrukcji nadużycia prawa podmiotowego przepis ten powinien być stosowany ze szczególną rozważą i ostrożnością gdy rozstrzygnięcie sporu w oparciu o normy prawa materialnego właściwe dla stosunków prawnych łączących strony nie dają rozwiązania zgodnego z poczuciem słuszności i normami moralnymi.

Spór w sprawie de facto sprowadzał się do ustalenia czy powodowi jako właścicielowi apteki przysługiwało prawo do refundacji różnicy cen z tytułu sprzedaży w aptece leków bezpłatnych i częściowo płatnych wg przepisów ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 ze zm.). Ustawa ta określa m.in., na czym polega stosunek ubezpieczenia zdrowotnego i w ramach tego stosunku gwarantuje świadczeniobiorcom dostęp do pomocy medycznej opisanej w art. 15 i art. 34 ustawy, finansowanej ze środków publicznych. W szczególności art. 34 ustawy stanowi o podstawowych warunkach dostępu świadczeniobiorców do leków i środków medycznych refundowanych ze środków publicznych. Jednocześnie ustawa gwarantuje refundację przez Państwo podmiotom prowadzącym apteki wyrównanie różnicy między ceną leku lub wyrobu farmaceutycznego zapłaconą przez uprawnionego do zniżki pacjenta a rzeczywistą ceną sprzedaży tych środków. Wynikający z przepisów ustawy stosunek prawny pomiędzy podmiotem prowadzącym aptekę oraz Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) nie jest stosunkiem umownym lecz stosunkiem w całości uregulowanym w ustawie cytowanej wyżej, w ustawie z 23.01.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.), w ustawie z dnia 6.09.2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126 poz. 1381 ze zm.), w ustawie z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Nr 21 poz. 204 ze zm.) oraz w przepisach wykonawczych, które wskazane zostaną w dalszej części uzasadnienia. Przepisy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia mają charakter przepisów bezwzględnie obowiązujących, w szczególności dotyczy to wydatkowania środków z funduszu na świadczenia zdrowotne w sposób ściśle odpowiadający przepisom ustawy. Z drugiej strony, podmioty prowadzące apteki w ramach działalności gospodarczej ze względu na wymaganą od nich staranność określoną w art. 355 § 2 kc nie mogą powoływać się na zasady współżycia społecznego w przypadku niestaranego lub nienależytego wykonania swojego zobowiązania. W świetle tych rozważań zasady współżycia społecznego jako podstawa rozstrzygnięcia sporu między NFZ a podmiotem prowadzącym aptekę mogłyby znaleźć zastosowanie zupełnie wyjątkowo z uwagi na charakter tego stosunku prawnego. Przedmiotem sporu w sprawie jest natomiast ocena skutków prawnych dosyć często występujących błędów w receptach lekarskich w zakresie prawa podmiotu prowadzącego aptekę do otrzymania refundacji zgodnie z art. 63 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sąd Rejonowy bezkrytycznie przyjął za wiążący pogląd strony pozwanej, że podmiot prowadzący aptekę ponosi finansowe konsekwencje za wszelkie uchybienia popełnione przez lekarzy przy

wystawianiu recept na zakup leków i środków medycznych po obniżonej cenie lub nieodpłatnie. Założenie to, niezwykle wygodne dla NFZ, bo przerzucające na apteki obowiązek szczegółowej kontroli recept lekarskich, nie znajduje oparcia w przepisach cytowanych wyżej ustaw i aktów wykonawczych. W okresie objętym sporem obowiązywały dwa rozporządzenia w sprawie recept lekarskich wydane przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Określają one dane niezbędne do wystawienia recepty w przypadku, jeżeli co najmniej jeden lek lub wyrób medyczny ma być wydany za opłatą ryczałtową, za częściową odpłatnością lub bezpłatnie. (§ 3 rozporządzeń Ministra Zdrowia z 28.09.2004 r. Dz. U. Nr 213 poz. 2164 i z 17.05.2007 r. Dz. U. Nr 97 poz. 646 w sprawie recept lekarskich). Przepisy obu rozporządzeń adresowane są do lekarzy wystawiających recepty oraz osób je realizujących, czyli aptekarzy. Odpowiednio wg § § 14 i 15 obu rozporządzeń MZ realizacja recepty obejmuje potwierdzenie wydania leków lub środków medycznych w niej wymienionych, ich otaksowanie przez osobę wydającą lek, która zamieszcza na recepcie swoje imię i nazwisko. Z kolei otaksowanie recepty polega na naniesieniu na recepcie lub odrębnym dokumencie danych wymienionych w ust. 2 § § 14 i 15 obu rozporządzeń. W rozporządzeniu z 17.05.2007 r. dodano wymóg wpisania daty realizacji recepty na choroby przewlekłe z uwagi na zawarte w § 8 ust. 3 ograniczenie wystawienia trzech kolejnych recept na miesięczne kuracje. W konsekwencji, w pozostałych receptach lekarz zamiast daty realizacji recepty winien wpisać znak „X”. W § 16 nowego rozporządzenia wymieniono przypadki, w których farmaceuta może uzupełnić wymienione w tym § braki recepty lekarskiej w celu jej realizacji. Z przepisu tego strona pozwana i Sąd pierwszej instancji, wbrew jego brzmieniu, wyciągają wniosek, że w przypadku innych braków, których farmaceuta poprawić nie może, recepta nie może być zrealizowana a pacjent winien zostać odesłany do lekarza w celu jej poprawienia. Tak zresztą, dla uniknięcia kłopotów farmaceuci często postępują w praktyce. Tymczasem sprawę należy widzieć w kontekście przepisów ustawowych i przepisów wykonawczych określających zasady odmowy wydania pacjentowi leków na podstawie sporządzonej przez lekarza recepty lekarskiej. Jedynym przepisem ustawowym, który przewiduje możliwość odmowy wydania produktu leczniczego jest art. 96 ust. 4 Prawa farmaceutycznego, zgodnie z którym farmaceuta i technik farmaceutyczny mogą odmówić wydania produktu leczniczego, jeżeli jego wydanie może zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta. Na podstawie art. 96 ust. 7 pkt 2 Prawa farmaceutycznego Minister Zdrowia został upoważniony do enumeratywnego określenia pozostałych przypadków, kiedy można odmówić wydania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Zgodnie z § 5 obowiązującego od dnia 20.11.2002 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18.10.2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 183 poz. 1531) 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 umowa w § 3 ust. 3 oraz określonych w odrębnych przepisach, przy braku możliwości porozumienia się z osobą, która jest uprawniona do wystawienia recepty;
- 3) od dnia sporządzenia leku upłynęło co najmniej 6 dni – w przypadku leku recepturowego lub leku sporządzanego 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.

Poza wyżej omówionymi podstawami odmowy realizacji recepty trzeba uwzględnić wykładnię funkcjonalną i systemową ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W świetle art. 34 ustawy podstawowymi warunkami realizacji uprawnienia ubezpieczonych do zakupu leków i środków medycznych po obniżonej cenie jest to, by osoba przedstawiająca receptę była świadczeniobiorcą objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Po drugie, by decyzja o zapisaniu leku lub wyrobu medycznego pochodziła od uprawnionego lekarza i po trzecie, by lek lub wyrób medyczny był lekiem refundowanym. Dowodem spełnienia tych warunków jest recepta jako szczególnego rodzaju dokument. Recepta zgodnie z przepisami cytowanych wyżej rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich zawiera także szereg innych informacji, które ułatwiają kontrolę NFZ w zakresie weryfikacji danych przedstawionych przez właścicieli aptek w zbiorczych zestawieniach recept i prawidłowości wystawienia recept przez lekarzy. Tylko te uchybienia w sporządzeniu recepty lekarskiej, które uniemożliwiają dokładną identyfikację świadczeniobiorcy, lekarza uprawnionego do wystawienia recepty lub zaliczenia leku do refundowanych powodują, że recepta, choć ważna, nie daje właścicielowi apteki prawa do realizacji refundacji. Inne uchybienia, po pierwsze, nie mogą pozbawiać uprawnionego świadczeniobiorcy do zakupu leku lub wyrobu medycznego po obniżonej cenie lub nieodpłatnie na podstawie art. 34 ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ... i nie stanowią co do zasady podstawy do przeniesienia obowiązku finansowania zniżkowych leków i wyrobów medycznych przez właścicieli aptek zamiast Państwa. Wykładnia powyżej przedstawiona zgodna jest z poglądami wyrażonymi w piśmiennictwie i orzecznictwie (por. Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, K. Baka, E. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, ABC 2010, wyrok SN z 14.10.2009 r. w sprawie V CSK 103/09, Lex nr 531342).

Po wyjaśnieniu właściwej podstawy prawnej rozstrzygnięcia sporu ocenić należy zarzuty apelacji obu stron.

W pierwszej kolejności odnieść należy się do apelacji strony pozwanej jako zmierzającej do oddalenia powództwa w całości.

Przede wszystkim wskazać należy, że to na stronie pozwanej zgodnie z regułą wyrażoną w art. 6 kc. spoczywał ciężar dowodu w zakresie wykazania zasadności dokonanego przez stronę pozwaną potrącenia z wierzytelności przysługującej powodowi z tytułu refundacji za leki i wyroby medyczne w 2008 r. świadczeń wypłaconych mu z tego tytułu w latach poprzednich. To na stronie pozwanej spoczywał obowiązek wykazania, że zakwestionowane w wyniku kontroli w aptece powoda recepty nie mogły stanowić podstawy wydania leków świadczeniobiorcom za obniżoną odpłatnością. Przedstawiona wyżej w uzasadnieniu wykładnia ważności recept i obowiązku ich realizacji przez farmaceutów prowadzi do wniosku, że NFZ bezpodstawnie zakwestionował prawo powoda do realizacji recept po obniżonej cenie a w konsekwencji uprawnienie do uzyskania refundacji z tytułu sprzedaży leków i wyrobów medycznych. W odniesieniu do recept, w których na skutek błędu drukarki polegającego na dopisaniu z przodu i z tyłu dwóch cyfr cena została „zawyżona”. NFZ nie wykazał bowiem, że pacjent rzeczywiście zapłacił cenę zawyżoną i nie skorzystał w związku z tym z prawa do zakupu leku po obniżonej cenie i że w zestawieniach zbiorczych wniosek o refundację odnosił się do ceny zawyżonej a nie do ceny właściwej (pozycje 247-300 z protokołu kontroli).

Po drugie, nie można powoda pozbawić prawa do refundacji za realizację recept, w których nie została wpisana data ich realizacji lub znak „X”. NFZ niewątpliwie mógł i powinien sprawdzić, które z tych recept dotyczyły leków i wyrobów medycznych wymienionych w § 8 ust. 3 rozporządzenia M.Z. z 17.05.2007 r. w sprawie recept lekarskich i ewentualnie ustalić czy pacjentowi nie wydano ich za dużo na okres trwania kuracji. Uzyskanie takiej informacji mogłoby stanowić podstawę zwrócenia uwagi lekarzowi wystawiającemu receptę. Nie stanowiłoby natomiast podstawy do odmowy realizacji recepty i odmowy refundacji. Zamieszczenie znaku „X” w miejscu określającym datę realizacji recepty ma znaczenie wyłącznie informacyjne, skoro recepta i tak może być zrealizowana w ciągu miesiąca od daty jej wystawienia, umieszczonej w innym miejscu recepty (recepty w pozycjach 2-133 protokołu kontroli). Przy lekach recepturowych wykonywanych w aptece nie budzi wątpliwości fakt, że ilości i ceny tych leków zostały zawyżone przez przekroczenie limitu podwójnego ryczału (recepty w pozycjach 343-428 protokołu kontroli). Również w tym przypadku NFZ nie twierdzi, że leki nie zostały wydane uprawnionym świadczeniobiorcom na podstawie recept wydanych przez uprawnionych lekarzy. W tej sytuacji powodowi przysługuje prawo do refundacji stanowiącej różnicę między kosztami wytworzenia leków a ich ceną ryczałtową do wysokości podwójnego ryczału. Sąd Rejonowy bez zapoznania się z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2004 r. w sprawie wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposobu obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego (Dz. U. Nr 274 poz. 2726) ustalił kwotę refundacji na 530 zł, która jego zdaniem odpowiada stawkom ryczałtowym, jakie pacjenci powinni zapłacić za poszczególne recepty. Tymczasem w rozporządzeniu M.Z. szczegółowo wskazany jest koszt sporządzenia leku recepturowego,

w stosunku do którego suma refundacji stanowi różnicę między kosztem wytworzenia leku recepturowego a ryczałtem uiszczonym przez pacjenta. Wymienione w rozporządzeniu koszty leków recepturowych wraz z marżą detaliczną pozwalają na stwierdzenie, że suma refundacji ustalana przez Sąd Rejonowy jest na pewno zaniżona.

Z tych motywów podniesione w apelacji strony pozwanej zarzuty naruszenia prawa materialnego, choć uzasadnione w odniesieniu do rażącego naruszenia art. 411 pkt 2 kc oraz zarzuty naruszenia art. 233 kpc i art. 328 § 2 kpc, nie uzasadniają wniosku apelacji o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa w całości. Dlatego Sąd Okręgowy oddalił apelację strony pozwanej na podstawie art. 385 kpc.

Zarzuty apelacji powoda nie uzasadniają zmiany zaskarżonego wyroku w części oddalającej powództwo.

Obowiązki osób realizujących recepty dotyczące wydania leku lub wyrobu medycznego określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (cyt. wyżej) i w obu rozporządzeniach Ministra Zdrowia (cyt. wyżej) w sprawie recept „lekarskich obowiązujących w okresie objętym sporem. Obowiązków tych nie można ignorować, tak jak czyni to powód stwierdzając, że błędy w otaksowaniu recept, braku potwierdzenia ich realizacji, przyjęcia do realizacji recepty wystawionej na blankiecie recepty innego lekarza, na blankietach niezgodnych ze wzorem recepty i tak uzasadniają żądanie wypłaty refundacji. Poglądu tego nie da się zaakceptować, ponieważ błędy te nie pozwalają na dokładne ustalenie czy receptę sporządził uprawniony lekarz, czy pacjent, na którego wystawiona została recepta, jest świadczeniobiorcą uprawnionym do nieodpłatnego lub częściowo odpłatnego korzystania z leków i wyrobów medycznych i czy kwota refundacji zgłoszona w zestawieniu zbiorczym znajduje potwierdzenie w prawidłowo określonej cenie sprzedaży leku w postaci otaksowania recepty. Zarzuty powoda podniesione w apelacji dotyczące nieprawidłowego ustalenia kwot refundacji w poszczególnych grupach recept, co do których Sąd pierwszej instancji uwzględnił powództwo, są spóźnione i nieudowodnione. To przed Sądem Rejonowym powód powinien przedstawić konkretne dowody uzasadniające wysokość jego roszczeń, jeżeli nie była ona zgodna z tym, co wynika z protokołu kontroli. Powinny to być dowody odnoszące się konkretnie do każdej zakwestionowanej recepty a nie zbiorcze zestawienie różnic, jakie powód załączył do apelacji. Dowód z takiego zestawienia z przyczyn wskazanych wyżej nie jest wystarczający. Ponadto nie mógł być on przed Sądem II instancji przeprowadzony zgodnie z treścią art. 381 kpc. Przepis ten wyłącza celowość przeprowadzenia dowodów, które strona mogła i powinna powołać w postępowaniu przed Sądem I instancji. Odnosi się to również do refundacji za leki recepturowe. Niewątpliwie zasądzona przez Sąd I instancji kwota 530 zł z tego tytułu wyliczona została błędnie, co zostało już omówione przy ocenie apelacji strony pozwanej. Tym niemniej powód w postępowaniu przed Sądem Rejonowym nie przedstawił dowodów na prawidłowe jej wyliczenie.

Z tych motywów zarzut naruszenia art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ... nie jest uzasadniony. Cytowane w apelacji rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31.03.2008 r. w sprawie wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposobu obliczania kosztu sporządzenia leku recepturowego, nie obowiązywało w okresie, z którego pochodzą zakwestionowane przez NFZ recepty na leki recepturowe.

Dlatego Sąd Okręgowy oddalił apelację powoda na podstawie art. 385 kpc.

O kosztach postępowania apelacyjnego zgodnie z jego wynikiem Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 100 kpc.



zgodność z oryginałem świadczy

Kierownik Sekretariatu

[Signature]