

Sygn. akt I Ca 622/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 maja 2019 r.

Sąd Okręgowy w Tarnowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Edward Panek
Sędziowie:	SSO Andrzej Bosak SSO Wiesław Grajdura (sprawozdawca)
Protokolant:	starszy sekretarz sądowy Paweł Chrabąszcz

po rozpoznaniu w dniu 7 maja 2019 r. w Tarnowie

na rozprawie

sprawy z powództwa Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) z siedzibą w K.

przeciwko J. Z.

o zapłatę

na skutek apelacji strony powodowej od wyroku Sądu Rejonowego w Tarnowie z dnia 25 października 2018 r., sygn. akt I C 1851/18

1. zmienia zaskarżony wyrok w całości, nadając mu brzmienie:

„I. zasądza od pozwanego J. Z. na rzecz strony powodowej Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) z siedzibą w K. kwotę 1.945,34 zł (słownie: jeden tysiąc dziewięćset czterdzieści pięć złotych i 34/100) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 7 maja 2014 r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego na rzecz strony powodowej kwotę 1.015 zł (słownie: jeden tysiąc piętnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania.”;

2. zasądza od pozwanego J. Z. na rzecz strony powodowej Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) z siedzibą w K. kwotę 548 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt I Ca 622/18

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Tarnowie

z dnia 20 maja 2019 roku

Strona powodowa Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki (...) z siedzibą w K. domagała się zasądzenia od pozwanego J. Z. kwoty 1.945,34 zł tytułem zwrotu kosztów wypłaconej refundacji wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 7 maja 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty. Ponadto wniosła o zasądzenie zwrotu kosztów procesu.

Nakazem zapłaty z dnia 4 czerwca 2018 roku Sąd Rejonowy w Tarnowie zasądził od pozwanego na rzecz strony powodowej w całości dochodzone świadczenie.

Pozwany J. Z. w sprzeciwie od nakazu zapłaty wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego oraz opłaty skarbowej za złożenie pełnomocnictwa.

Sąd Rejonowy w Tarnowie wyrokiem z dnia 25 października 2018 roku:

- w punkcie 1. oddalił powództwo;
- w punkcie 2. odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu.

Rozstrzygnięcie powyższe Sąd Rejonowy wydał, biorąc za jego podstawę następujące okoliczności faktyczne:

Pozwany J. Z. jest lekarzem zatrudnionym w Szpitalu (...) w T., prowadzącym również indywidualną praktykę lekarską. Od 1999 roku posiadał umowę upoważniającą go do wystawiania recept refundowanych. Umowa ta dotyczyła sytuacji, gdy nie był lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, czyli wystawiał recepty w miejscach komercyjnych.

W 2012 roku weszły w życie przepisy nowej ustawy refundacyjnej. Stosownie do zapisów art. 80 tejże ustawy, nakazano dostosowanie treści umów do nowej ustawy. Termin graniczny wyznaczono na 30 czerwca 2012 roku. Od początku 2012 roku środowisko lekarskie negowało obowiązki nałożone na nich przez nową ustawę i zarekomendowało lekarzom niepodpisywanie umów. Organizacje lekarskie informowały lekarzy, jak postępować w nowej rzeczywistości. Przekazywano instrukcje jak wypełniać recepty, aby nie zostały potraktowane jak refundowane. Przygotowano także druk, który mógł być wykorzystywany przez lekarzy jako pełnopłatny.

Sąd I instancji ustalił dalej, że zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 30 kwietnia 2012 roku wprowadzono nowy wzór umowy. Oddziały Wojewódzkie NFZ zostały zobowiązane przez centralę do wypowiedzenia dotychczasowych umów. W (...) w dniach 10-15 maja 2012 roku wysłano do około 15.000 lekarzy aneksy do umów wraz z wypowiedzeniami umów dotychczasowych. Były one wysłane listami poleconymi za potwierdzeniem odbioru.

Kolejno, zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2012 roku wprowadzono kolejny wzór umowy. Zarządzenie to umożliwiło lekarzom wystawianie recept refundowanych od 1 lipca 2012 roku, jeśli do 31 maja 2012 roku nie złożą dokumentów do podpisania poprzedniej umowy. Lekarze mieli na to czas do 6 lipca 2012 roku. Po tej dacie również mogli zawierać umowy, ale obowiązywała ona od daty jej zawarcia.

Sąd Rejonowy ustalił także, że lekarze protestowali przeciwko zapisom umów dotyczącym nienależnej refundacji i kar z tym związanych. W umowach z zarządzenia z dnia 30 czerwca 2012 roku pominięto zapisy o nienależnej refundacji, a pozostawiono zapisy dotyczące kar, które dotyczyły nieprawidłowości przy wystawianiu recept.

W dniu 16 maja 2012 roku pozwany otrzymał od powoda przesyłkę zawierającą dwa egzemplarze aneksu do zawartej wcześniej umowy wraz z załącznikami. W treści pisma przewodniego przesyłającego dokumenty powód pouczył pozwanego o konieczności podpisania dokumentów i odesłania ich w terminie do dnia 31 maja 2012 roku, zastrzegając, że konsekwencją nieodesłania podpisanych przez pozwanego dokumentów będzie rozwiązanie umowy z dniem 30 czerwca 2012 roku. Pozwany nie odesłał przesłanych mu aneksów, wobec czego umowa została rozwiązana z wyżej wskazanym dniem.

Sąd I instancji zauważył kolejno, że w okresie od 1 lipca 2012 roku do 9 października 2012 roku pozwany – będąc zatrudniony w publicznej placówce opieki zdrowotnej i prowadząc jednocześnie własną praktykę lekarską –

wystawiał recepty z refundacją leków zarówno jako lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, jak i lekarz niebędący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie miał jednak w tym okresie podpisanej umowy z powodem, uprawniającej do wystawiania recept na leki refundowane. Łączna kwota refundacji, jaką otrzymali pacjenci w wyniku realizacji wystawionych przez pozwanego recept w tym okresie wyniosła 1.945,34 zł.

W dniu 10 października 2012 roku pozwany zawarł kolejną umowę z powodem, na mocy której otrzymał upoważnienie do wystawiania recept na leki, środki spożywcze przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom.

W rozważaniach prawnych Sąd Rejonowy stwierdził, że pozwany nie kwestionował, iż w okresie, za jaki powód żądał zwrotu refundacji, nie zawarł umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki refundowane. Wskazywał jednakże, że recepty zostały wystawione pacjentom korzystającym z ubezpieczenia zdrowotnego, którym przysługuje prawo do refundacji leków na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (okoliczność ta nie była kwestionowana przez powoda). Sąd I instancji zauważył dalej, że zasadniczym przedmiotem sporu w przedmiotowej sprawie było ustalenie, czy działanie pozwanego doprowadziło do powstania po stronie powoda szkody majątkowej na podstawie art. 415 k.c. w związku z art. 48 ust. 1 i art. 2 pkt 14 lit. b ustawy o refundacji leków. Analizując treść tych przepisów, Sąd Rejonowy doszedł do przekonania, że nie wystąpiła po stronie powodowej szkoda, która pozwalałaby na zastosowanie reżimu deliktowego z art. 415 k.c. Stwierdził, że w uwarunkowaniach prawnych, które towarzyszyły zachowaniu pozwanego polegającemu na wystawianiu bez umownego upoważnienia recept refundowanych, niewątpliwie istniał element bezprawności, bowiem naruszało ono przepis art. 48 ust. 1 ustawy refundacyjnej, jednakże bezprawność ta sprowadzała się w praktyce tylko do płaszczyzny stricte formalnej, odnoszącej się do procedury refundacyjnej, ale bez dalszego szkodliwego rezonansu dla pacjentów lub powoda. Sąd zauważył, że w procesie oceny zachowania pozwanego należy uwzględnić także te uwarunkowania faktyczne, które opisują niewątpliwą chaos (na pewno w sferze informacyjnej) powstały w 2012 roku w związku z koniecznością dostosowania systemu refundacji leków i środków medycznych do nowej ustawy refundacyjnej, a w szczególności wprowadzanymi w kolejnych zarządzeniach Prezesa NFZ zmianami nie tylko wzorców umów, ale i zasad ich obowiązywania. Powód nie kwestionował poczynionych w tym zakresie ustaleń faktycznych, z których jednoznacznie wynika, że sami lekarze pozostawali w stanie niepewności co od tego, jakie umowy będą przez NFZ ostatecznie honorowane. Na tego rodzaju uwarunkowania prawne, nakładały się podstawowe obowiązki lekarzy, związane z udzielaniem pacjentom świadczeń medycznych. W przypadku pozwanego obowiązki te, w zakresie, w jakim związane one były z wystawianiem recept refundowanych, polegały praktycznie w całości na świadczeniu usług medycznych uprawnionym do refundacji pacjentom, którzy potrzebowali tych świadczeń i to niezależnie od tego, czy pozwany udzielał ich jako lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, czy też czynił to nie mając takiego statusu. Sąd I instancji, zestawiając zachowanie pozwanego z obiektywnym wzorcem przeciętnego lekarza, który znalazłby się w tożsamej sytuacji, doszedł do wniosku, że nie może być ono uznane za naganne, a tym samym za zawinione, co dezaktualizuje podstawę prawną roszczenia. Dalej w swych rozważaniach Sąd Rejonowy stwierdził, iż powód nie wykazał, by na skutek działania pozwanego powstała u niego szkoda w związku z refundacją przepisanych leków. Zdaniem Sądu, trudno było dopatrzeć się w zachowaniu pozwanego zawinionego działania prowadzącego do powstania szkody, skoro wystawił on recepty osobom ubezpieczonym. Osoby takie mają bowiem prawo do refundacji przepisanych leków. Zatem gdyby pacjenci ci udali się do innego lekarza, który miałby podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept, lekarz taki dokonałby przepisania leków refundowanych tym pacjentom, a więc po stronie powoda i tak doszłoby do wydatkowania tych samych środków finansowych, co oznacza, że nie można uznać, by po stronie powoda wystąpiła jakakolwiek szkoda. Ta powstałaby dopiero wówczas, gdyby leki zostały zrefundowane pacjentom pozwanego, którzy nie byłiby osobami ubezpieczonymi bądź osobami, których stan zdrowia nie uzasadniałby przepisania konkretnego leku, który został zrefundowany przez powoda, co w niniejszej sprawie nie miało miejsca. W ocenie Sądu Rejonowego, powództwo podlegałoby oddaleniu nawet wówczas, gdyby hipotetycznie założyć, że zaktualizowały się wszystkie przesłanki odpowiedzialności określone w art. 415 k.c., a to z uwagi na art. 5 k.c. Wystawiając bowiem recepty, pozwany kierował się głównie priorytetem, jakim jest służba pacjentowi i niesienie mu pomocy. Nie zważając na brak regulacji dotyczącej odpowiedniego upoważnienia,

pozwany przepisał swoim pacjentom, którzy byli uprawnieni do refundacji, potrzebne im leki. W przekonaniu Sądu, okolicznością wystarczającą do samoistnego uznania, że obciążenie pozwanego obowiązkiem zwrotu powodowi dochodzonej przez niego kwoty pozostawałoby w sprzeczności z zasadą słuszności i społecznie akceptowalnym poczuciem sprawiedliwości, jest ustalenie, że wszystkie wydatkowane przez powoda środki zostały przeznaczone na sfinansowanie świadczeń medycznych dla osób do tego uprawnionych.

Apelację od wyroku złożył powód Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki (...) z siedzibą w K., zaskarżając go w całości.

Skarżący zarzucił Sądowi I instancji:

1. naruszenie prawa materialnego przez błędną jego wykładnię lub niewłaściwe zastosowanie, a to:

a. art. 5 k.c. w zw. z art. 415 k.c. – poprzez:

- błędną wykładnię przepisów, zgodnie z którą zachowanie bezprawne może być zachowaniem niesprzecznym z zasadami współżycia społecznego, podczas gdy między klasą zachowań sprzecznych z zasadami współżycia społecznego a klasą zachowań bezprawnych zachodzi stosunek logiczny zawierania, a nie krzyżowania i w konsekwencji każde zachowanie bezprawne jest zachowaniem sprzecznym z zasadami współżycia społecznego,
- błędną wykładnię przepisów, zgodnie z którą Sąd odwołuje się do zasad współżycia społecznego w odniesieniu do osoby, która własnym zachowaniem naruszała przepisy prawa i tym samym zasady współżycia społecznego, przez co, wbrew regule „czystych rąk”, niewłaściwie zastosowano przepisy na rzecz pozwanego,
- błędną wykładnię przepisów, wedle której zasady współżycia społecznego są argumentem możliwym do powołania na korzyść dopuszczającego się deliktu, podczas gdy ujemne następstwa bezprawnego działania osoby, wobec której uprawniony wykonuje swoje prawo, nie mogą być usuwane poprzez odwołanie się do zasad współżycia społecznego,
- błędne zastosowanie przepisów, powodujące utratę prawa podmiotowego do odszkodowania, podczas gdy odwołanie się do zasad współżycia społecznego nie może prowadzić do nabycia ani do utraty prawa podmiotowego,
- błędną wykładnię przepisów, zgodnie z którą w ramach oceny zachowań stron pod kątem ich zgodności z zasadami współżycia społecznego uwzględnia się okoliczności dotyczące wyłącznie zobowiązanego do zapłaty odszkodowania (jego sytuację i zachowania), natomiast pomija się okoliczności dotyczące osoby uprawnionego do odszkodowania i szkodę powstałą w środkach publicznych na ochronę zdrowia,

b. art. 6 k.c. – poprzez:

- błędną wykładnię przepisu, zgodnie z którą nałożono na stronę procesu ciężar dowodu co do faktu, z którego nie wywodzi ona skutków prawnych, to jest faktu posiadania albo nieposiadania przez pacjentów statusu osób ubezpieczonych oraz uzasadnienia dla wystawianych recept na leki, podczas gdy powód wywodził skutki prawne w postaci nienależnej refundacji leków z faktu nie posiadania przez pacjentów recept wystawionych przez osobę uprawnioną, nie zaś z faktu posiadania/nieposiadania przez nich statusu osób ubezpieczonych i okoliczności związanych z leczeniem pacjentów, co jest okolicznością nieistotną dla rozstrzygnięcia, gdyż warunek posiadania statusu osoby ubezpieczonej i warunek posiadania recepty wystawionej przez osobę uprawnioną muszą być spełnione łącznie, żeby uznać refundację za należną, wobec czego konieczne i zarazem wystarczające jest wykazanie niespełnienia choćby jednego z tych warunków (w tym przypadku warunku posiadania recepty wystawionej przez osobę uprawnioną), aby można było uznać nienależność refundacji i powstanie szkody

w środkach publicznych na ochronę zdrowia,

- niewłaściwe zastosowanie przepisu poprzez nieuznanie wydatku, który został poniesiony nienależnie, jako postaci szkody i uznanie za nieudowodniony przez powoda fakt powstania szkody, niezbędnego dla przyjęcia odpowiedzialności odszkodowawczej oraz zasądzenia odszkodowania,
- niewłaściwe zastosowanie przepisu poprzez nieuznanie za fakty konieczne do wykazania przez pozwanego okoliczności związanych z leczeniem pacjentów, i to poprzez adekwatne środki dowodowe (dokumentacja medyczna i opinia biegłego),

c. art. 353 § 1 i art. 354 § 1 k.c. w zw. z art. 48 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych - poprzez błędną wykładnię przepisów, pozbawiającą umowę upoważniającą lekarza do wystawiania recept refundowanych społeczno-gospodarczego celu, bo przyjmującą, że lekarz nie zawierający umowy upoważniającej posiada de facto takie samo prawo do wystawiania recept refundowanych jak zawierający i należycie wykonujący tę umowę, podczas gdy zakresy praw i obowiązków obu lekarzy muszą się różnić, żeby umowa upoważniająca do wystawiania recept refundowanych zyskała społeczno-gospodarczy sens,

d. art. 355 § 1 i 2 k.c. - poprzez:

- błędną wykładnię przepisu art. 355 § 1 k.c., zgodnie z którą brak świadomości co do prawa i co do skutków zachowania oraz „zdezorientowanie” nie oznacza niedochowania należytej staranności, podczas gdy nieznanie prawa szkodzi, a skutki bezprawnego działania w stosunkach powoda z pozwanym można było i winno się przewidzieć, i to niezależnie od zmieniających się unormowań prawnych,
- błędną wykładnię przepisu art. 355 § 2 k.c. lub jego niezastosowanie, czyli brak uwzględnienia zawodowego charakteru działalności pozwanego, wykonującego działalność gospodarczą, i to działalność gospodarczą regulowaną,

e. art. 361 § 1 k.c. – poprzez:

- błędną wykładnię przepisu, zgodnie z którą za normalne następstwo działania polegającego na wystawianiu recept refundowanych bezprawnie przez lekarza nie będącego osobą upoważnioną nie poczytuje się skutku w postaci refundacji leków nienależnie,
- błędną wykładnię przepisu, zgodnie z którą do łańcucha następstw, jakie wiążą się z bezprawnym zachowaniem lekarza wystawiającego recepty refundowane bez zawarcia umowy upoważniającej, chce się włączać działania i zaniechania osób trzecich (np. innych, uprawnionych do wystawiania recept lekarzy bądź pacjentów), podczas gdy takie zachowania osób trzecich nie są pewne, lecz co najwyżej hipotetyczne, a ponadto ani nie są bezprawne, ani nie wpłynęłyby na powstanie i wysokość szkody; szkoda związana jest wyłącznie z bezprawnym działaniem lekarza bez umowy, a w razie włączenia się do łańcucha następstw jakichś hipotetycznych okoliczności (causa superveniens), w każdym wypadku nie doszłoby do nienależnego wydatku, a szkoda w ogóle by nie wystąpiła; tak byłoby, gdyby wystawiono zgodnie z prawem receptę nierefundowaną: recepta nierefundowana, zrealizowana czy nie, nie wpływa na powstanie i na wysokość szkody; natomiast, w przypadku włączenia się do łańcucha następstw lekarza, który umowę zawarł i wystawienia przez tego lekarza recepty, refundacja leków w ogóle nie byłaby nienależna i szkoda także by nie wystąpiła; w każdym razie, nie są to zdarzenia pewne, lecz co najwyżej hipotetyczne i jako takie nie mogą one wpływać ani na powstanie, ani na wysokość szkody,

f. art. 361 § 2 k.c. – poprzez:

- błędną wykładnię przepisu, zgodnie z którą szkodą ma być „niewydatkowanie pieniędzy przez NFZ przeznaczonych na refundację leków”, kiedy szkodą NFZ jest wydatkowanie środków na leki nienależnie, wskutek bezprawnych działań,
- błędną wykładnię przepisu, zgodnie z którą szkodą nie jest wydatkowanie przez NFZ ze środków publicznych pieniędzy przeznaczonych na refundację, a które wypłacone były nienależnie i których przeznaczenia nie można było ani też nie można będzie poddać jakiegokolwiek kontroli, skoro ordynacji leków dokonywano bez umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych,
- błędną wykładnię przepisu, zgodnie z którą szkodą nie jest wydatkowanie przez NFZ środków na refundację leków, gdy pacjenci nie mają prawa do świadczeń w aspekcie formalnym (brak recepty wystawionej przez uprawnionego lekarza), wskutek czego nie można również ustalić ich prawa do świadczeń w aspekcie materialnym (brak możliwości kontroli ordynacji lekarskiej lekarza bez umowy), podczas gdy formalne oraz materialne prawo do świadczeń stanowi warunek sine qua non finansowania świadczeń ze środków publicznych, a finansowanie świadczeń wbrew zasadom określonym w ustawie jest nienależne i wywołujące szkodę w środkach publicznych na ochronę zdrowia,

g. art. 415 k.c. – poprzez:

- błędną wykładnię przepisu (w zakresie przesłanki bezprawności) i przyjęcie, że zachowanie sprzeczne z prawem może zarazem nie być sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, podczas gdy pomiędzy zakresami powyższych pojęć nie zachodzi taka relacja - zachowanie sprzeczne z prawem jest zachowaniem zarazem sprzecznym z zasadami współżycia społecznego, natomiast może być zachowanie zgodne z prawem, a sprzeczne z zasadą współżycia społecznego; sprzeczność zachowania z prawem implikuje zatem jego sprzeczność również z przyjmowanymi w społeczeństwie zasadami współżycia społecznego, które, między innymi, znajdują wyraz w prawie stanowionym przez to społeczeństwo,
- błędną wykładnię przepisu (w zakresie przesłanki winy) i przyjęcie, że działanie bez świadomości bezprawności i bez „złej woli” nie jest działaniem zawinionym, podczas gdy, w przypadku powinności i możliwości stwierdzenia bezprawności działania i jego skutków, mamy także do czynienia z winą co najmniej w postaci niedbalstwa,

h. art. 2 ust. 1 oraz art. 5 pkt 9, 34 i 37 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - poprzez błędną wykładnię przepisów i przyjęcie, że świadczeniobiorcą jest każdy pacjent w jakiegokolwiek sytuacji, podczas gdy świadczeniobiorcą jest się tylko wtedy i w takim zakresie, w jakim korzysta się ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie; pacjent zasięgający porady w gabinecie prywatnym lekarza nie posiadającego umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ani umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych, nie jest świadczeniobiorcą, lecz - w zakresie odbytej porady - konsumentem komercyjnej usługi medycznej, natomiast - w zakresie zaordynowanych leków - kupującym w aptece leki na receptę na zasadach pełnej odpłatności,

i. art. 38 ust. 1 w zw. z art. 48 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych - poprzez błędną wykładnię pojęcia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w postaci refundacji leków – w aspekcie formalnym i materialnym – i przyjęcie, że prawo to (w aspekcie formalnym) przysługiwać ma każdemu pacjentowi, podczas gdy przysługuje ono jedynie takiemu, który posiada przymiot świadczeniobiorcy i występuje w takim charakterze korzystając ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie (posiadającym prawo do świadczeń i receptę wystawioną przez lekarza uprawnionego do wystawiania recept refundowanych), natomiast (w aspekcie materialnym) przysługiwać ma każdej

osobie chorej, podczas gdy przysługuje jedynie takiej, której schorzenie - stwierdzone i udokumentowane przez lekarza uprawnionego do wystawiania recept refundowanych - uzasadnia ordynację danego leku w określonej ilości,

j. art. 97 ust. 1-3, art. 116 ust. 1 i art. 117 ust. 1 pkt 3 ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z art. 38 ust. 1 i art. 48 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych - poprzez błędną wykładnię przepisów

i przyjęcie, że Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania każdemu pacjentowi każdej usługi medycznej oraz każdego zakupu leku,

a niefinansowanie przez Fundusz świadczeń udzielonych wbrew zasadom określonym w ustawie uznaje się za przerzucenie ciężaru finansowania na lekarza, podczas gdy Fundusz może finansować wyłącznie świadczenia udzielone na zasadach określonych

w ustawie, zaś sfinansowanie świadczeń udzielonych wbrew zasadom określonym w ustawie uszczupla środki publiczne na ochronę zdrowia, które mogłyby być wydane zgodnie z prawem

i społeczno-gospodarczym przeznaczeniem; skutkiem tej wykładni jest bezzasadne finansowanie komercyjnych usług medycznych, ograniczające finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,

2. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, a to:

a. art. 227 k.p.c. - przez uczynienie przedmiotem rozważań okoliczności nie mających znaczenia dla sprawy, takich jak: sposób postępowania lekarza, efekt leczniczy, uzasadnienie medyczne dla przypisanego leku, a także status pacjentów jako ubezpieczonych,

b. art. 236 i art. 244 i n. k.p.c. - przez przyjęcie środków dowodowych nieodpowiednich z punktu widzenia faktów podlegających stwierdzeniu, to jest czynienie ustaleń co do sposobu postępowania lekarza z pacjentami oraz hipotetycznego postępowania z nimi przez innych lekarzy jedynie na podstawie twierdzeń zainteresowanego lekarza (dowód z pisma procesowego zamiast dowodu z dokumentacji medycznej i opinii biegłego),

c. art. 227 i art. 231 k.p.c. - przez nieprzyjęcie za ustalone faktów o istotnym znaczeniu dla rozstrzygnięcia sprawy, zaś dających się wyprowadzić

z innych faktów i dowodów w oparciu o wiedzę i doświadczenie życiowe oraz zasady logicznego rozumowania, oraz - przeciwnie - przez przyjęcie za ustalone faktów, które nie miały miejsca bądź oparcia w materiale dowodowym, jak również wyprowadzenie wniosków sprzecznych

z wiedzą i doświadczeniem życiowym oraz zasadami logicznego rozumowania:

- przyjęcie faktów, które nie mają oparcia w materiale dowodowym, że porady się odbyły, że były niezbędne, a ordynacja leków przebiegała prawidłowo (bez dokumentacji medycznej i opinii biegłego),
- przyjęcie bez dowodów, że lekarz uprawniony do wystawiania recept wystawiłby je też w taki sam sposób jak wystawiający recepty lekarz nieuprawniony,
- przyjęcie, wbrew faktom i dowodom, że ekonomiczny koszt leków nie może być finansowany z majątku lekarza, gdy jego płatnikiem jest NFZ, podczas gdy lekarz nieuprawniony ponosi ekonomiczny koszt leków wyłącznie wskutek własnego bezprawnego działania, wbrew woli Funduszu,

3. art. 328 § 2 k.p.c. - poprzez niewskazanie w uzasadnieniu podstawy faktycznej dowodów na powyższe okoliczności, poza dowodem z pisma strony.

Wskazując na powyższe zarzuty skarżący wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 1.945,34 zł wraz z ustawowymi odsetkami za okres od dnia 7 maja 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi

za opóźnienie za okres od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, a także zasądzenie zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych;

2. zasądzenie zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację pozwany J. Z. wniósł o jej oddalenie w całości i zasądzenie od strony powodowej na jego rzecz kosztów postępowania związanych z niniejszym postępowaniem, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

zarzuty przytoczone w apelacji strony powodowej, Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) z siedzibą w K. okazały się zasadne, co prowadziło do zmiany zaskarżonego wyroku zgodnie z żądaniem środka odwoławczego.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutów naruszenia przepisów postępowania, stwierdzić należy, że jeśli chodzi o stan faktyczny sprawy, obejmujący fakty istotne dla rozstrzygnięcia w rozumieniu art. 227 k.p.c., to w gruncie rzeczy nie był on sporny pomiędzy stronami, czego dowodem jest stanowisko pozwanego po wydaniu przeciwko niemu przez Sąd Rejonowy w dniu 4 czerwca 2018 roku nakazu zapłaty. Pozwany bowiem w sprzeczności od nakazu zapłaty nie zakwestionował samego faktu świadczenia usług lekarskich w określonym czasie, wystawiania w związku z tym recept, na podstawie których powstało prawo do refundacji, które zostało zrealizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) dla 85 recept szczegółowo przedstawionych i opisanych w materiale dowodowym przedłożonym przez powoda, jak również tego, że łączna kwota z tytułu realizacji refundacji na podstawie tychże recept odpowiada tej dochodzonej w pozwie. Pozwany nie kwestionował także faktu, że przedmiotowe recepty zostały przez niego wystawione w ramach prywatnej praktyki medycznej w okresie, gdy nie posiadał stosownej umowy z NFZ upoważniającej go do ich wypisywania z uwzględnieniem refundacji. Tak więc, w ramach zarzutów obronnych pozwany zakwestionował właściwie tylko ocenę prawną jego zachowania, negując stanowisko powoda, aby jego działanie miało charakter bezprawny. Pozwany podniósł, że w ogóle nie miał obowiązku zawierania umowy z NFZ upoważniającej do wystawiania recept refundowanych, bo w jego ocenie jest on lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, a więc osobą uprawnioną w rozumieniu art. 48 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Po wtóre, pozwany położył w swej argumentacji obronnej duży nacisk na to, że nie doszło do powstania po stronie powodowej żadnej szkody, gdyż recepty były wystawiane osobom uprawnionym do refundacji, które uzyskiwałyby je jeśli nie u niego to u innego lekarza upoważnionego do wydawania tego rodzaju dokumentów, a więc i tak skorzystałyby z ulgi w zakupie leków. Przystępując do rozważenia zarzutów naruszenia przepisów prawa materialnego, Sąd Okręgowy identyfikuje się z argumentacją przedstawioną przez stronę powodową.

W pierwszym rzędzie należy zauważyć, że w świetle art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345 ze zm., dalej jako: „ustawa o refundacji”) realizacja świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm., dalej jako: „ustawa o świadczeniach”) przysługuje świadczeniobiorcy wyłącznie na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną. Definicja „osoby uprawnionej” zwarta została w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji. Jest nią:

a) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

b) lekarz, lekarz dentysta, felczer, starszy felczer, z którymi Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych,

c) lekarz, lekarz dentyista, felczer, starszy felczer posiadający prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu, a z którym Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa. Zatem zgodnie z art. 2 pkt 14 b ww. ustawy, aby uzyskać uprawnienie do wystawiania recept pozwany musi mieć zawartą umowę z Funduszem bo tylko taka umowa daje mu uprawnienie do wystawiania recept refundowanych.

Stosownie natomiast do art. 5 pkt 14 ustawy o świadczeniach, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego to lekarz, lekarz dentyista będący świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz, lekarz dentyista, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem lekarz ubezpieczenia zdrowotnego to podmiot, który świadczy usługi w zakładzie, który jest świadczeniodawcą tej umowy albo sam ma podpisaną umowę jako świadczeniodawca usług. Jest poza sporem, że pozwany w okresie wskazanym w pozwie nie wystawiał recept jako lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w powyższym rozumieniu. Aby mógł więc to czynić jako osoba uprawniona w rozumieniu art. 48 ust.1 ustawy o refundacji, musiał mieć kwalifikację płynącą z art. 2 pkt 14 lit.b tej ustawy, tj. mieć zawartą z NFZ umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych. Tej jednak, co również jest bezsporne, nie posiadał w okresie od 1 lipca do 9 października 2012 r. Nie ulega zatem wątpliwości, że wypisując recepty objęte refundacją bez posiadania do tego właściwego upoważnienia płynącego z umowy, pozwany działał bezprawnie. Bezprawność jest jedną z podstawowych przesłanek odpowiedzialności w oparciu o podstawę z art. 415 k.c. Bezprawne jest zachowanie sprzeczne z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który rozumie się nakazy i zakazy wynikające z normy prawnej, jak również nakazy i zakazy wynikające z norm moralnych i obyczajowych, czyli zasad współżycia społecznego (por. wyrok SN z dnia 21.5.2015 r., IV CSK 539/14).

Na gruncie art. 415 k.c. tylko zachowanie bezprawne, ale i zarazem zawinione może stanowić źródło odpowiedzialności odszkodowawczej. Wina w ogólnym ujęciu sprowadza się do możliwości postawienia sprawy zarzutu na podstawie oceny jego stanu psychicznego, w tym jego nagannego stosunku do zachowania powodującego wyrządzenie szkody w dobrach chronionych prawem, co wyraża się w jego działaniu umyślnym lub niedbalstwie. W związku z fundamentalnym znaczeniem elementu dowodzenia winy w postaci "zarzucalności" działania sprawcy w sposób niewłaściwy zarówno w sferze podmiotowej, jak i przedmiotowej istotną kwestią jest określenie miary tych nieprawidłowości, zwłaszcza w kwestii nastawienia psychicznego sprawcy do czynu. W tej materii zarówno w literaturze, jak i w orzecznictwie dominuje obecnie stanowisko, że należy odwołać się do wzorca starannego działania określonego w art. 355 k.c. i dokonać analizy pod kątem tego, czy sprawca szkody mógł i powinien zachować się w taki sposób, aby nie doszło do wyrządzenia szkody. Oceniając w tych kategoriach zachowanie pozwanego, należy zgodzić się z apelującym, że pozwany zobowiązany był do zachowania nawet tzw. staranności kwalifikowanej, o jakiej mowa w art. 355 § 2 k.c. W związku z tym można mu postawić zarzut, że wiedząc, iż nie posiada uprawnienia do wystawiania recept z refundacją, czynił to, czym naraził powoda na szkodę. Należy przy tym podkreślić, że pozwany, jako osoba od wielu lat funkcjonująca w systemie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak też w immanentnie związanym z nim systemie refundacji leków, działająca w przeszłości w oparciu o umowy upoważniające do wystawiania recept z refundacją, zapewne musiał zdawać sobie sprawę z tego, że jego postępowanie narusza ww. przepisy prawa, kreując podstawę do refundacji tam, gdzie nie było do niej właściwych, ustawowych przesłanek. W tych okolicznościach zawinienie pozwanego również nie budzi wątpliwości.

Jeśli chodzi o kolejną przesłankę odpowiedzialności deliktowej, tj. szkodę, to Kodeks cywilny, jak wiadomo, nie wprowadził ogólnej, całościowej definicji tego pojęcia. Definiuje je natomiast teoria prawa odszkodowawczego i znajduje to akceptację w orzecznictwie. Najczęściej określa się więc szkodę jako uszczerbek w dobrach poszkodowanego, poniesiony wbrew jego woli. Uszczerbek oznacza niekorzystną zmianę wywołaną w tych dobrach. Ujawnia ją różnica między stanem powstałym w wyniku zdarzenia szkodzącego a stanem, jaki istniałby, gdyby ono nie wystąpiło. Powód w niniejszej sprawie domagał się zrekompensowania poniesionych przez siebie strat (damnum emergens), które wyrażają się w rzeczywistej zmianie stanu majątkowego, jakim dysponował i polegają na zmniejszeniu się jego aktywów. Zachowanie pozwanego, tj. wystawianie recept z refundacją a nie recept ze 100% płatnością, spowodowało określony ubytek w środkach publicznych, jakimi gospodarował powód. Do tej straty by

nie doszło, gdyby pozwany postępował zgodnie z prawem, a więc wystawiał pacjentom przyjmowanym w ramach prywatnej praktyki medycznej recepty bez prawa do refundacji. W tym kontekście za błędny należy uznać pogląd Sądu I instancji, że szkoda nie wystąpiła, gdyż recepty trafiły do rąk osób ubezpieczonych, które miały prawo do refundacji. W świetle powołanych wyżej przepisów, w tym zwłaszcza art. 48 ust.1 ustawy o refundacji, nie jest tak, że istnieje bezwzględne „prawo pacjenta do refundacji określonych leków”, niezależnie od tego, kto i w jakich okolicznościach je przepisuje. Prawo to aktualizuje się dopiero przy spełnieniu określonych warunków formalnych, którymi w tym wypadku jest dysponowanie receptą wystawioną przez uprawnionego lekarza. Można więc sobie wyobrazić sytuację, która w praktyce wcale nie tak rzadko występuje, że osoba ubezpieczona świadomie korzysta z tzw. prywatnej służby zdrowia, godząc się nie tylko na to, że zapłaci za samą usługę medyczną, ale również na to, że poniesie w pełnym zakresie koszty zakupu leków, które są refundowane, gdyż akurat specjalista, u którego się leczy, nie ma umowy z NFZ-em. Zresztą, zauważyć należy, że wprowadzanie przez dowolnego świadczeniodawcę różnego rodzaju warunków formalnych uzyskania prawa do określonej ulgi jest dość oczywistym i zarazem racjonalnym sposobem sprawowania kontroli nad właściwą dystrybucją dóbr, które podlegają reglamentacji. Gdyby takich rozwiązań nie było cały proces prawidłowego rozdysponowywania określonych dóbr, które mają przecież trafić tylko do osób uprawnionych, skazany byłby na niepowodzenie. Pozwany twierdził, że pacjenci, których przyjmował, byli osobami ubezpieczonymi, a więc gdyby on odmówił im usługi medycznej, poszliby zapewne do innego lekarza, u którego uzyskaliby receptę z refundacją, w związku z czym szkoda nie nastąpiła. Jest to jednak tylko hipoteza, która w żaden sposób nie została nawet uprawdopodobniona, nie mówiąc już o dowiedzeniu jej prawdziwości. Skoro takie były twierdzenia pozwanego, to powinien on, zgodnie z zasadą rozkładu ciężaru dowodu, wykazać ich zasadność. Wydaje się, że prawdopodobieństwo takiego właśnie zachowania pacjentów pozwanego jest niewielkie, jeśli zważy się choćby na to, że w większości przy pełnej refundacji zakup leków byłby przeciętnie droższy o około 20 zł. W tych okolicznościach jest raczej wątpliwe, by osoby decydujące się na poniesienie kosztów wizyty lekarskiej jednocześnie podejmowały się poszukiwania innego lekarza specjalisty, wiedząc, że możliwa korzyść z takiego działania oscyluje w granicach 20 zł za leki, a wiąże się to z pewną stratą czasu oraz wizytą u innego lekarza niż ten, z którego usług nieraz od wielu lat korzystają.

Odnosząc się na koniec krótko do pojęcia adekwatnego związku przyczynowego, jako ostatniej przesłanki odpowiedzialności z art. 415 k.c., zauważyć należy, że stwierdzenie powiązania przyczynowego między wskazanym jako przyczyna zdarzeniem (działaniem, zaniechaniem) a jego następstwem (skutek) powinno nastąpić przy zastosowaniu dwustopniowej operacji myślowej. Określana jest ona jako kwalifikowany (podwójny) test *conditio sine qua non*. Pierwszy jej etap to zbadanie, czy dane następstwo (skutek) pojawiłoby się w nieobecności zdarzenia wskazanego jako przyczyna. Jest to klasyczny test *conditio sine qua non*. Pozytywny wynik tej operacji nakazuje przejście do drugiego etapu: ustalenia, czy badany "skutek szkodowy" jest w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. "normalnym następstwem" określonego zdarzenia jako jego (skutku) przyczyny. Z całą pewnością możemy mówić tutaj o adekwatnym związku przyczynowym pomiędzy wystawianiem przez pozwanego w sposób nieuprawniony recept refundowanych a następstwem w postaci uszczuplenia budżetu strony powodowej wedle opisanej wyżej kategoryzacji. Gdyby bowiem nie określone zachowanie pozwanego nie doszłoby do skutku w postaci przesunięcia w majątku powoda.

Odnosząc się do podniesionego zarzutu naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 5 k.c. poprzez jego zastosowanie, Sąd Okręgowy uznał, że istotnie do tego doszło. Nie ulega wątpliwości, że powołany przepis ma charakter wyjątkowy i jako taki może mieć zastosowanie tylko do sytuacji nadzwyczajnych. Istnieje wszak domniemanie, że osoba uprawniona korzysta z przysługującego jej prawa podmiotowego w sposób legalny, tj. zasługujący na ochronę prawną. W tym stanie rzeczy to kwestionujący takie uprawnienie obowiązany jest wykazać racjonalne przesłanki swojej kontestacji (por. wyrok SN z dnia 9 lipca 2008 r., V CSK 43/08; wyrok SN z dnia 19 grudnia 2007 roku, V CSK 315/07). Oznacza to, iż to pozwany, gdy broni się zarzutem nadużycia prawa, powinien udowodnić w toku postępowania, że występują szczególne okoliczności, uzasadniające nieudzielenie ochrony prawnej uprawnionemu (por. wyrok SN z dnia 28 października 2003 r., I CK 222/02). Tymczasem w sprawie niniejszej brak jest wystarczającego materiału dowodowego, aby móc sięgnąć do dyspozycji tego przepisu. Nawet sam pozwany „nie chciał” go dostarczyć, rezygnując z przesłuchania go w charakterze strony.

Mając zatem na względzie powołane wyżej okoliczności natury faktycznej i prawnej, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że wyrok Sądu I instancji był nietrafny, zaś apelacja, podnosząca przede wszystkim zarzuty naruszenia prawa materialnego, okazała się w pełni zasadna. W tym stanie rzeczy w oparciu o przepis art. 386 § 1 k.p.c. Sąd dokonał zamiany zaskarżonego wyroku.

O kosztach postępowania orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu określoną w art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c., zasądzając od pozwanego na rzecz powoda koszty procesu za obie instancje. Obejmują one w I instancji wynagrodzenie przysługujące profesjonalnemu pełnomocnikowi w stawce minimalnej 900 zł, ustalone na podstawie § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych, opłatę skarbową od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł oraz opłatę sądową od pozwu w kwocie 98 zł - łącznie 1.015 zł. Z kolei w II instancji koszty te obejmowały opłatę od apelacji w wysokości 98 zł oraz minimalne wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego, ustalone na podstawie z § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 2 pkt 3 ww. rozporządzenia, w wysokości 450 zł – łącznie 548 zł.