

Sygn. akt V Ca 1057/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 czerwca 2011 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie V Wydział Cywilny-Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Agnieszka Fronczak
Sędziowie:	SSO Bożena Miśkowiec (spr.) SSR del. Karol Smaga
Protokolant:	Małgorzata Andrychowicz

po rozpoznaniu w dniu 10 czerwca 2011 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Sp. z o.o. w L.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy w Warszawie

z dnia 10 czerwca 2009 r., sygn. akt I C 173/09

1. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz (...) Sp. z o.o. w L. kwotę 20 248,48 (dwadzieścia tysięcy dwieście czterdzieści osiem 48/100) złotych z ustawowymi odsetkami od 15 grudnia 2008 r. do dnia zapłaty, oddała powództwo w pozostałym zakresie oraz zasądza od (...) Sp. z o.o. w L. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia kwotę 12,13 (dwanaście złotych 13/100) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;

2. oddała apelację w pozostałej części;

3. zasądza od (...) Sp. z o.o. w L. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia kwotę 6 902,17 (sześć tysięcy dziewięćset dwa 17/100) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego i skargowego.

Sygn. akt V Ca 1057/11

UZASADNIENIE

Powód (...) Spółka z o.o. z siedzibą w L. domagała się zasądzenia od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 56 435 zł z ustawowymi odsetkami i kosztami procesu.

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów.

Wyrokiem z dnia 10 czerwca 2009 r. Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz Spółki (...) kwotę 56 435 zł z ustawowymi odsetkami od 15 grudnia 2008 r. do dnia zapłaty; zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 6 439 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym 3.617 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło na podstawie następujących ustaleń oraz rozważań poczynionych przez Sąd I instancji.

Powodowa spółka prowadzi aptekę ogólnodostępną w W. przy ul. (...). W okresie od 1 stycznia do 31 maja 2007 r. apteka spółki wystąpiła do NFZ z 10 wnioskami o refundację wydanych leków. Pismem z 16 listopada 2007 r. powodowa spółka otrzymała oświadczenie o dokonaniu potrącenia należnej refundacji z zestawienia za okres od 16 do 31 października 2007 r. w kwocie 42 565,84zł. Następnie 30 listopada 2007 r. pozwany oświadczył, że dokonuje potrącenia kwoty 7, 652,80 zł z refundacją należną z tytułu recept ujętych w zestawieniu za okres od 1 do 15 stycznia 2007 r.

Wystawienie przedmiotowych not było następstwem przeprowadzenia kontroli. W protokole pokontrolnym zakwestionowano szereg recept, wskazując na konkretne uchybienia w ich wystawianiu, mianowicie: w 3 receptach brakowało podpisu lekarza, w 14 receptach brakowało pełnego adresu pacjenta, w 4 receptach brakowało numeru identyfikatora oddziału NFZ, w 1 receptce brakowało danych lekarza, w 3 przypadkach wydano więcej niż 2 najmniejsze opakowania leku przy braku dawkowania na recepcie, w 12 przypadkach nastąpiło wydanie leku w ilości zdaniem NFZ większej niż na potrzeby trzymiesięcznej kuracji.

Powódka złożyła wniosek o uwzględnienie zastrzeżeń do protokołu. Załączyła do niego duplikaty recept wystawione przez tego samego lekarza co oryginały, jednakże z uzupełnieniem dostrzeżonych uchybień dotyczących braku podpisu lekarza.

Sąd Rejonowy stwierdził, iż powództwo zasługiwało na uwzględnienie wobec nietrafności zarzutu potrącenia pozwanego.

Powódka dochodziła świadczenia z tytułu refundacji leków wydanych w okresie od 16 do 31 października 2007 r. oraz w okresie od 1 lipca do 15 lipca 2007 r. w łącznej kwocie 50 218,64 zł. Pozwany nie kwestionował, że takie roszczenie powstało: podniósł natomiast, że obecnie nie może być dochodzone z uwagi na dokonane potrącenie z wierzytelnością służącą NFZ. Wierzytelność ta zdaniem pozwanego, miała powstać z tytułu nienależnie dokonanej refundacji leków wydanych w okresie od 1 stycznia do 31 maja 2007 r.

Sąd I instancji podniósł, iż dla rozstrzygnięcia sprawy należy zbadać skuteczność zarzutu potrącenia, co wymaga udzielenia odpowiedzi na 3 pytania: czy NFZ w ogóle może przysługiwać wierzytelność z tytułu nienależnej refundacji, czy może ona zostać potrącona z długiem NFZ wobec apteki i wreszcie czy w stanie faktycznym sprawy powstała wierzytelność z tytułu nienależnej refundacji, nadająca się do potrącenia z wierzytelnością powódek.

Zgodnie z art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, apteka po przedstawieniu, podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, zestawień recept oraz informacji, nie częściej niż co 14 dni, otrzymuje refundację ceny leku lub wyrobu medycznego wydawanego świadczeniobiorcy bezpłatnie lub za częściową odpłatnością. Po przeprowadzeniu analizy przedstawionych przez aptekę zbiorczych zestawień recept i informacji, nie później niż 15 dni od dnia otrzymania zestawienia, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych dokonuje refundacji (art. 63 ust. 3 USOZ). W razie niedochowania tego terminu aptece przysługują odsetki ustawowe.

Zdaniem Sądu Rejonowego nie ulegało wątpliwości, że w zakresie nieuregulowanym powołaną ustawą, należało stosować przepisy Kodeksu cywilnego w szczególności przepisy o zobowiązaniach w tym o bezpodstawnym wzbogaceniu. Na pierwsze pytanie Sąd Rejonowy odpowiedział zatem twierdząco.

Dalej wskazał, że nie ma przeszkód, aby wierzytelność służącą przeciw NFZ z tytułu refundacji potrącić z wierzytelnością służącą NFZ wobec apteki. Katalog wierzytelności, które nie mogą zostać potrącone zawiera art. 505 k.c. Natomiast wierzytelności z tytułu refundacji mogą zostać zajęte, a ich potrącenia nie wyłącza żaden przepis szczególny. Tak więc udzielił odpowiedź twierdzącą na drugie pytanie, z zastrzeżeniem sytuacji, w których nie można dochodzić nienależnego świadczenia.

Sąd Rejonowy zważył, iż rozstrzygnięcie trzeciej kwestii jest bardziej skomplikowane, bowiem aby mówić o nienależnej refundacji konieczne jest rozważenie kiedy refundacja jest świadczeniem należnym.

Dla stwierdzenia przesłanek powstania roszczenia o refundację niezbędne jest zdefiniowanie pojęcia recepty. USOZ go nie precyzuje, stosownej definicji nie zawiera również ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, należy zatem poprzestać na powszechnym rozumieniu recepty jako pisemnego zlecenia lekarskiego wydania określonego leku. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2004 r. w sprawie recept lekarskich zawiera szczegółowe wymogi dotyczące treści recepty, upoważniającej do odbioru leku refundowanego.

Sąd Rejonowy podniósł, że wydanie leku na podstawie recepty, która nie odpowiada wymogom powołanego rozporządzenia, nie skutkuje powstaniem zobowiązania z tytułu refundacji. Jednakże ustawodawca przewidział sytuację wystawienia recept dotkniętych uchybieniami.

Sąd I instancji podkreślił, iż rygorystyczne wymogi dla recept lekarskich stanowią o pewności w realizacji zleceń lekarskich i należyty dostęp do środków leczniczych, skoro leczenie, a więc i stosowanie leków, zastrzeżone jest dla osób posiadających odpowiednie kwalifikacje, zatem celowe jest właściwe wykonywanie ich zaleceń. W wypadku leków chodzi przede wszystkim o otrzymanie przez chorego leku zleconego przez lekarza we właściwej dawce. Ponadto istotne jest limitowanie świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego przysługującym jedynie osobom ubezpieczonym. Wystawienie odpowiedniej recepty posłuży zatem temu, aby NFZ pokrywał koszty leczenia jedynie w sytuacji określonej ustawą, w szczególności, aby przewidziane ustawą świadczenie otrzymała osoba uprawniona i tylko w odpowiedniej ilości.

Zdaniem Sądu Rejonowego ustawodawca wyróżnił grupę uchybień, których zaistnienie wyłącza powstanie roszczenia o refundację. Należą do nich braki recepty, które powinny skutkować odmową wydania leku (brak podpisu lekarza), bądź wydaniem leku za pełną odpłatnością (brak ubezpieczenia). Inne nieprawidłowości w ocenie Sądu Rejonowego, nie powinny wywoływać takiego skutku.

W przedmiocie braku podpisu na recepcie, Sąd Rejonowy zważył, iż uchybienie tego rodzaju dyskwalifikuje dokument jako podstawę do refundacji, a nawet do wydania leku. Tym samym roszczenie o refundację leku wydanego na podstawie tej recepty nie powstało. Jednakże zdaniem Sądu I instancji nie można pominąć uzupełnienia tego braku, bowiem lekarz złożył swój podpis na duplikacie recepty. Sąd podniósł, że wprawdzie przepisy nie zawierają możliwości takiej konwalidacji, to jednak uznał ją za dopuszczalną. Wskazał, że podpisanie recepty przez lekarza oznacza, że właściwy lek został wydany na jego zlecenie, czyli zgodnie z celem ustawy. W takiej sytuacji spełnienie świadczenia z tytułu refundacji miało swój odpowiednik ekonomiczny w postaci ceny leku. Apteka poniosła ten koszt wydając lek. W takiej sytuacji dokonanie refundacji leku jest zgodne z zasadami współżycia społecznego, albowiem refundacja pokryje aptece koszt wydanego leku, za który co do zasady powinien zapłacić pozwany NFZ dokonując refundacji. Powołując art. 411 pkt. 2 k.c., Sąd wskazał, że nie można żądać zwrotu takiego świadczenia. Roszczenie NFZ o dochodzenie zwrotu refundacji w zakresie tego leku, nie może być zatem dochodzone przed sądem, a w konsekwencji nie może zostać potrącone, tym samym w tej części powództwo podlegało uwzględnieniu.

W przedmiocie braku dokładnego adresu pacjenta, numeru oddziału funduszu czy danych lekarza. W ocenie Sądu Rejonowego uchybienia tego rodzaju nie przeszkadzają w powstaniu prawa do refundacji, zwłaszcza w kontekście ich późniejszego uzupełnienia. Nie było bowiem sporne między stronami, że leki dotarły do właściwych osób oraz że zostały zlecone przez upoważnionych lekarzy. Zatem wskazanie oddziału NFZ bądź brak takiego wskazania jest jedynie kwestią techniczną, przy rozliczeniach różnych jednostek funduszu.

Dlatego w kontekście rozważanego celu ustawy należało w ocenie Sądu I instancji uznać, że roszczenie powódek o refundację leków wymienionych w punktach 2-4 protokołu istniało, co wykluczało powstanie roszczenia pozwanego o zwrot nienależnie dokonanej refundacji. W konsekwencji potrącenie dokonane przez pozwanego było bezskuteczne, co uzasadnia uwzględnienie powództwa i w tej części.

W przedmiocie wydania większej ilości leków niż przewiduje rozporządzenie, wskazane w punktach 5 i 6 protokołu Sąd I instancji zważył, że przy podaniu dawkowania, lekarz nie może przepisać więcej niż lek na trzymiesięczną kurację. W ocenie Sądu Rejonowego należało zwrócić uwagę na dwie kwestie. Po pierwsze, nawet gdyby uznać, że apteka wydała zbyt dużą ilość leku, to nie ma podstaw, aby pozbawić ją prawa do refundacji leku w ilości odpowiadającej wymogom rozporządzenia. Dlatego też, bez wskazania jaka część potrąconej wierzytelności dotyczy refundacji dopuszczalnej ilości wydawanych leków, nie można uznać oświadczenia o potrąceniu za skuteczne. Po drugie, adresatem powołanego przepisu nie są apteki, czy podmioty, które je prowadzą, ale lekarze. W sytuacji, kiedy zlecono nieprawidłową dawkę leku, konsekwencje tego powinien ponosić lekarz, nie zaś apteka. Stąd także w tej części, podniesiony przez pozwanego zarzut potrącenia uznał za nieuzasadniony.

Apelację od powyższego rozstrzygnięcia wywiódł pozwany, zaskarżając wyrok w całości wniósł o jego zmianę przez oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, ewentualnie jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania przy uwzględnieniu kosztów postępowania apelacyjnego;

Orzeczeniu zarzucił: 1) naruszenie prawa materialnego polegającego na a.) błędnej wykładni art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027, z późn. zm.) (zwanej dalej ustawą), poprzez przyjęcie, że prawo do refundacji ceny leków jest prawem bezwzględnie niezależnym od istnienia prawidłowo wystawionego dokumentu jakim jest recepta oraz jest związane wyłącznie z faktem wydania leku, b) błędnej wykładni i niewłaściwym zastosowaniem przepisu art. 498 k.c. poprzez przyjęcie, że stwierdzenie protokołem kontroli powoduje powstania wierzytelności NFZ w stosunku do aptek oraz że wierzytelności te nie istnieją i nie nadają się do potrącenia, c) błędnej wykładni i niewłaściwym zastosowaniu art. 411 pkt 2 k.c. poprzez przyjęcie, że żądanie zwrotu nienależnej refundacji jest sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, d) błędnej wykładni i niewłaściwym zastosowaniu § 3, 17 i 19 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2004 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. nr 213, poz. 2164) [zwanej dalej rozporządzeniem w sprawie recept lekarskich] poprzez przyjęcie, że wydanie leków na podstawie błędnie wystawionych recept nie wpływa na zasadność roszczenia o refundację ceny leku, wydania leków w większej ilości niż wynika to z przepisów rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, uzasadnia zgłoszenie żądania refundacji za ilość leku przekraczającą dopuszczalną.

Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił apelację.

Sąd ten zważył, iż stosownie do art. 63 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku wypłaty refundacji bez podstawy prawnej Funduszowi przysługuje uprawnienie do potrącenia tego świadczenia, po stwierdzeniu, że było ono nienależne w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego. Odnosi się to jedynie do takich nieprawidłowości recept, które powinny być podstawą odmowy wydania leku. Nie można zaliczyć do nich należności związanych z receptami, których braki zostały usunięte. Wydanie leku w niedopuszczalnej ilości nie mogło być konwalidowane, ale nieudowodnienie w jakiej wysokości dawka wydanego leku znajduje uzasadnienie w treści § 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2004 r. w sprawie recept lekarskich, która powinna być objęta refundacją, potrącenie nie mogło być uznane

za skuteczne. Pozwanego obciążało wykazanie wartości dawki leku przekraczającego dopuszczalną ilość. Zapłacona przez powódkę cena za lek podlegający refundacji, który został wydany uprawnionej osobie, jest równoważna świadczeniu refundacji, którego spełnienie czyni zadość zasadom współżycia społecznego, o jakim mowa w art. 411 pkt 2 k.c.

Od powyższego wyroku Sądu II instancji, skargę kasacyjną wniósł Narodowy Fundusz Zdrowia w W..

Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 3 lutego 2011 r. uchylił zaskarżony wyrok i sprawę przekazał Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy stwierdził, że na podzielenie zasługiwały zarzuty naruszenia prawa materialnego. Świadczeniobiorcy, o jakim mowa w art. 2 u.św.op.zdr. przysługują gwarantowane świadczenia, także w postaci zaopatrzenia w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze (art. 15 ust. 2 pkt 20). Zgodnie z art. 45 ustawy z dnia 15 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2005 r., Nr 226, póź. 1934, w brzmieniu obowiązującym do września 2007 r.), lekarz jest uprawniony do ordynowania produktów leczniczych oraz wystawiania recept w sposób i w trybie określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2004 r. w sprawie recept lekarskich. Stosownie do art. 34 u.św.op.zdr. zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje Świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, którego łączy z pozwanym umowa o świadczenie usług medycznych. Recepta stanowi również podstawę do wydania Świadczeniobiorcy leków za odpłatnością zryczałtowaną, częściową lub bezpłatnie (art. 36 ust. 1 u.św.op.zdr.). Wykaz tych leków oraz wysokość opłaty określa, w drodze rozporządzenia, Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu ze wskazanymi podmiotami (art. 36 ust. 5 u.św.op. zdr.). Do obowiązków apteki należy w szczególności zapewnienie świadczeniobiorcom dostępności leków objętych wykazami leków podstawowych i uzupełniających (art. 62 pkt 1 u.św.op.zdr.). Zasady realizacji recept uregulowane zostały również w wymienionym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2004 r. Przepis § 3 rozp.rec.lek. traktuje o danych niezbędnych do wystawienia recepty, jeżeli co najmniej jeden z przepisanych leków lub wyrobów ma być wydany za opłatą ryczałtową, za częściową odpłatnością lub bezpłatnie. W § 17 określony został sposób postępowania osoby realizującej receptę, w razie niewpisania, nieczytelnego wpisania lub wpisania niezgodnego z rozporządzeniem danych niezbędnych do wystawienia recepty. Wskazania dotyczące ilości wydawanego leku refundowanego lub wyrobu medycznego, przy uwzględnieniu, co do zasady pełnego opakowania i wymienionych wyjątków zamieszczone zostały w § 19 rozp. rec.lek. Wszystkie te uregulowania skierowane zostały zarówno do podmiotów uprawnionych do wystawiania recepty, jak i do podmiotów realizujących receptę. Zasadnicze obowiązki osoby realizującej receptę zamieszczone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 183, póź. 1531, dalej - rozp.wyd. prod. lecz.). Wskazana została powinność sprawdzenia prawidłowości wystawienia recepty, zgodnie z odrębnymi przepisami (§ 2 ust. 2 pkt 1), szczególnych uprawnień osoby, dla której wystawiono receptę (§ 2 ust. 3), przeliczenia przepisanej na receptę ilości produktu leczniczego i sprawdzenia, czy ilość ta odpowiada ilości, którą można wydać zgodnie z odrębnymi przepisami (§ 2 ust. 4). Obowiązki zawarte w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich, zwłaszcza objęte § 3, 17 i 19 należy traktować jako szczególne, dotyczące realizowania recept wystawionych na leki refundowane.

Dane określone w § 3 rozp. rec.lek. traktowane są jako niezbędne. Oznacza to, że co do zasady brak którejkolwiek z nich nie pozwala traktować takiego formularza, jako dokumentu uprawniającego do uzyskania i wydania leku refundowanego, poza przypadkami wyszczególnionymi w § 17, z uwzględnieniem wskazań dotyczących maksymalnej ilości tego rodzaju leku (§ 19). Wynika stąd, że odstępstwo od wskazanych wymagań, możliwe jest jedynie w odniesieniu do przypadków również wyraźnie opisanych. Jeśli zatem dopuszczają one wydanie leku mimo wymienionych braków lub niedokładności treści recepty, to po stwierdzeniu tego przez osobę uprawnioną do wydania leku i dopełnieniu przez nią wymaganych czynności. Recepta wystawiona przez upoważnioną osobę, ale nie zawierająca warunków objętych § 3 rozp.rec.lek., które nie mogą być również skorygowane stosownie do § 17 i 19 rozp.rec.lek., może być zrealizowana za pełną odpłatnością, jeśli zezwalają na to przepisy tego rozporządzenia oraz rozporządzenia z 18 października 2002 r.

Nie ma podstaw do rozważania kwestii ważności recepty, ponieważ nie regulują jej wymienione przepisy, które wskazują, że albo formularz nie może być traktowany jako recepta, z uwagi na wystawienie przez nieuprawnioną osobę albo braki jego treści nie pozwalają na realizację, w tym leków na uprzywilejowanych zasadach. Z treści § 2 ust. 1 rozp.rec.lek. wynika, że poprawki mogą być nanoszone na recepte wyłącznie przez osobę, która ją wystawiła, z zastrzeżeniem § 17 ust. 1 pkt 1 lit. a. Powołane przepisy nie określają również sankcji na wypadek wydania leku mimo tego, że wystawiona recepta dotknięta jest brakami wymagań przewidzianych do jej wystawienia i realizacji. Traktują jednak jako recepty uprawniające do wydania leków refundowanych jedynie te, które odpowiadają przepisany wymogom. Żądanie refundacji, przewidziane w art. 63 ust. 3 u.św.op.zdr. może być uznane za skuteczne tylko w odniesieniu do leków wydanych w oparciu o recepty, których treść zgodna jest z powołanymi regulacjami.

Sąd Najwyższy stwierdził, że za nieuzasadnione uznać należy twierdzenie powódki, że jako wydająca lek jest związana bezwzględnie treścią wystawionej recepty, ponieważ jest sprzeczne z wymienionymi przepisami, jak też pomija szczególnie charakter przedmiotu prowadzonej sprzedaży. Realizacja recepty wymaga nie tylko kwalifikacji i wiadomości specjalnych (art. 2a i art. 2b ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, t.j. Dz. U. z 2003 r., Nr 9, poz. 108), ale również staranności najwyższego stopnia. Obowiązek lekarza wystawiającego receptę do objęcia jej treścią powołanych warunków nie wyłącza obowiązku dokonania przez osobę realizującą receptę wymaganego sprawdzenia. Nietrafne jest stanowisko przyjmujące możliwość usunięcia lub uzupełnienia braków po zrealizowaniu recepty. Na dopuszczalność takiego działania nie wskazują powołane przepisy, niezależnie od tego nie ma podstaw do wyznaczania granic ingerencji w treść zrealizowanej recepty.

Roszczenie refundacyjne podmiotu prowadzącego aptekę wynika z ustawy (art. 63 ust. 1 u.św.op.zdr.) i ma cywilnoprawny charakter. Nie było zatem przeszkód do potrącenia, stosownie do art. 498 k.c., wierzytelności pozwanego obejmującej świadczenie wypłacone powódce bez podstawy prawnej z jej wierzytelnością z tytułu refundacji za leki wydane w późniejszym okresie. Uzyskanie środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej wymaga dopełnienia wszystkich warunków, dokładnie i wyczerpująco uregulowanych przepisami wymienionych ustaw i rozporządzeń. Przepisy te nie przewidują odstępstw od tych wymogów ani korygowania ich przez strony ustawowo ukształtowanego stosunku prawnego. Jeśli zatem powódka wydała leki w oparciu o recepty, które nie spełniały opisanych wymagań, to wypłacone jej świadczenie ocenić należy jako nienależne w rozumieniu art. 410 § 2 k.c. Skuteczność potrącenia dokonanego przez pozwanego uzależniona jest od stwierdzenia, że wydanie leków dokonane zostało bez podstawy prawnej.

Zgodnie z art. 62 pkt 3 i art. 63 ust. 1 i 2 u.św.op.zdr., pozwany przekazuje środki przeznaczone na refundację leków po przeprowadzeniu analizy przedstawionych przez prowadzącego aptekę zbiorczych zestawień recept oraz informacji określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanych do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 114, poz. 780). Jeśli wymagana analiza tych danych oraz ewentualnie informacji uzupełniających (art. 63 ust. 5 u.św.op.zdr.) zezwalałaby na stwierdzenie, że leki zostały wydane mimo niedopełnienia warunków określonych powołanymi przepisami, to tak spełnione świadczenie pozwanego podlegałoby ocenie w oparciu o art. 411 pkt 1 k.c. W razie braku podstaw do odmowy wypłaty świadczenia refundacyjnego na tym etapie analizy udostępnionych danych i informacji, pozwany uwzględniłby żądanie. W przypadku stwierdzenia w toku kontroli, że badane recepty zawierają braki omówionych wymagań, wypłacone świadczenie może być uznane za nienależne w rozumieniu art. 410 § 2 k.c., a zatem do jego zwrotu może dojść również przez potrącenie z wierzytelnością powódki. W rozpoznawanej sprawie do ustalenia braku recept doszło w ramach przeprowadzanej kontroli.

W ocenie Sądu Najwyższego nie zasługiwało na podzielenie stanowisko Sądu Okręgowego przyjmujące, że pozwany nie określił wysokości nienależnego świadczenia w odniesieniu do zakwestionowania prawidłowości wydania właściwej ilości leków. Prowadzi to do uchylenia się od rozstrzygnięcia istniejącego pomiędzy stronami sporu, związanego z określeniem prawidłowej, jako zgodnej z wymienionymi przepisami, ilości leków, które mogły być wydane, a tym

samym wykładni § 17 i 19 rozp.rec.lek. Od wyników tej wykładni uzależnione jest stwierdzenie, czy była podstawa do wypłaty świadczenia refundacyjnego, w oparciu o pierwotną analizę przekazanych danych i informacji.

Zdaniem Sądu Najwyższego nie trafnie Sąd Okręgowy zastosował, w odniesieniu do pozostałych świadczeń, związanych z receptami, które nie spełniały wszystkich przewidzianych przepisami wymogów, art. 411 pkt 2 k.c. i przyjął, że cena zapłacona przez powódkę za wydane leki, objęte refundacją jest równoważna świadczeniu, którego spełnienie czyni zadość zasadom współżycia społecznego, a zrefundowanie ceny leków jest tego rodzaju świadczeniem.

Nieuzasadniony jest pogląd, że wyszczególnione braki recept były nieistotne, ponadto zostały usunięte po przeprowadzeniu kontroli, a zatem nie miały wpływu na uprawnienie do otrzymania leku na uprzywilejowanych warunkach i uzyskania refundacji. Prowadzi on do podważenia znaczenia omówionych przepisów oraz zwolnienia realizującego receptę od obowiązku wymaganej staranności, jak też nieograniczonej dowolności w ocenie istotności wymogów ustawowych. Pomija cel ich wprowadzenia, obejmujący z jednej strony dbałość o środki przeznaczone na opiekę zdrowotną, a z drugiej o interes korzystających ze świadczeń, polegający na gwarantowaniu uzyskania leków stosownie do rzeczywistych potrzeb. Powszechnie oczekiwane jest od wydającego lek działania zgodnego z prawem i najwyższego stopnia staranności. Nie można wykluczyć w okolicznościach konkretnego przypadku, że mimo istnienia braków recepty doszło do wydania leku koniecznego ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy, wymagający bezzwłocznej reakcji, czy też z innego ważnego, powszechnie akceptowanego powodu, który czynił niemożliwym dopełnienie wymogów. Nie ma jednak podstaw do przyjęcia, że generalnie spełnienie świadczenia refundacyjnego jest w każdym przypadku zgodne z zasadami współżycia społecznego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja podlegała częściowemu uwzględnieniu.

Na wstępie oceny zarzutów wniesionego środka zaskarżenia należy podnieść, iż powódka nie wykazała, że już na etapie przedstawienia zestawień do refundacji, pozwany mógł ustalić brak podstawy ku refundacji. Z zestawień złożonych do akt sprawy, nie wynikają bowiem okoliczności wskazane w protokole zaleceń pokontrolnych, dotyczące braków w dokumentach recept. Powódka nie przedłożyła do akt innych dokumentów z których wynikałaby podstawa do uznania, że na etapie przed wypłatą następnie potrąconej refundacji, pozwany wiedział, iż do świadczenia z tego tytułu nie był zobowiązany. Jedynie wykazanie przez powódkę tej okoliczności, skutkowałoby zasądzeniem dochodzonej kwoty w trybie uznania wypełnienia przesłanki wynikającej z art. 411.1 k.c.

Nie ulegało w sprawie wątpliwości, że 25 z zakwestionowanych recept, zawierających wskazane w protokole kontrolnym braki: podpisu lekarza, pełnego adresu pacjenta, numeru identyfikatora oddziału pozwanego, danych lekarza, wydania więcej niż dwóch najmniejszych opakowań leku wobec braku wskazania dawkowania, w istocie nie mogły stanowić podstawy wydania leków, a zatem również ich refundacji. O ile część z tych braków w zakresie wskazania oddziału, adresu pacjenta, mogły zostać uzupełnione na etapie sprzedaży leku czyli realizacji recepty, co nie zostało uczynione, o tyle w późniejszym terminie, uzupełnienie ich było nieskuteczne, bowiem przepisy prawa nie przewidują takiej możliwości. Natomiast pozostałe braki, niemożliwe do ich konwalidacji w żadnym terminie, winny stanowić o odmowie wydania leku z uwagi na nieważność dokumentu wobec braku koniecznych danych.

W powyżej powołanych aspektach, zarzut naruszenia prawa materialnego poprzez wskazane w podpunktach a, b i c pierwszego zarzutu apelacji, należało uznać za słuszny. Skoro bowiem 25 recept, na podstawie których wydano objęte refundacją leki, nie stanowiło ważnego dokumentu stanowiącego ku temu podstawę, zasadne było zatem dokonane przez pozwanego potrącenie z tego tytułu świadczenia nienależnego powódce. Z tego też względu, wobec skutecznego potrącenia, brak było podstawy po stronie czynnej procesu, do dochodzenia roszczenia pozwu w kwocie 29.970,16 zł.

Natomiast pierwszy zarzut apelacji w zakresie wskazanym w podpunkcie d. nie zasługiwał na aprobatę, albowiem istotna jest skuteczność zarzutu potrącenia w zakresie refundacji za dwanaście recept, dotyczących refundacji o jednej więcej dawki leku Z.. Jak zasadnie zważył Sąd I instancji, bez wskazania jaka część potrąconej wierzytelności dotyczy refundacji dopuszczalnej ilości wydawanych leków, nie można uznać oświadczenia o potrąceniu za skutecznego.

Ponadto, co istotne, część z tych recept zawierała we wskazaniach lekarskich co do dawkowania, iż druga dawka leku musi być przyjęta po upływie 84 dni, a zatem przed upływem trzech miesięcy do daty pierwszej dawki przepisanego leku. Skoro ciągłości przyjmowania Z. wynikała z konieczności związanej z długofalowością leczenia, za uprawnione w ocenie Sądu II instancji należało przyjąć wydanie pacjentom dwóch dawek tego leku w ramach podjętego trzy miesięcznego stosowania leku..

Podnieść trzeba, że powódka dochodzi niniejszym pozwem zasądzenia, w jej ocenie, niezasadnie potrąconej przez pozwanego wierzytelności, zatem przedmiotem rozpoznania winna być nie tylko możliwość, skuteczność, dokonanego potrącenia, ale też kwota stanowiąca jego przedmiot. Podczas gdy w zakresie nieważnych recept w ilości 25 sztuk, wskazanych powyżej, poszczególne kwoty do zwrotu refundacji z nich wynikających, nie budziły wątpliwości, a zatem i zwrot skutecznie potrąconej z tego tytułu przez pozwanego kwoty, nie był możliwy i stanowił o niezasadnym żądaniu pozwu, co do kwoty 29.970,16 zł. Recepty te jako nieważne, nie stanowiące podstawy do wydania leku w ramach jego refundacji, jak to uczyniła powódka, w zakresie kwot wynikających z paragonów, podlegały skutecznemu potrąceniu, co do której to czynności brak jest podstaw dla jej negocjowania.

Natomiast inaczej przedstawiała się skuteczność zarzutu potrącenia w zakresie 12 recept, dotyczących wydania leku w ilości, jak podnosił pozwany, większej niż na 3 – miesięczną kurację. Recepty te bowiem są ważne, stanowią dokument uprawniający farmaceutę do wydania leku w ilości maksymalnie na 3-miesięczną kurację. Jeśli zatem lek miał być przyjęty w drugiej dawce w 84 dniu leczenia lub w 90 dniu, w ocenie Sądu Okręgowego wydanie kolejnej dawki w ramach refundacji nastąpiło w ramach powołanego powyżej cyklu, związane z ciągłością leczenia. Ponad to, rzeczą i obowiązkiem pozwanego, w trybie art. 6 k.c., było wykazanie w tej mierze zasadności kwoty podlegającej potrąceniu z wartości uzyskanej z każdej z recept. Nie ulegało bowiem wątpliwości, że jeśli przyjąć tok rozumowania pozwanego, była co najmniej podstawa do wydania jednej dawki leku, stąd refundacja choćby w tym zakresie była uprawniona. Skoro tak, rzeczą pozwanego było wykazanie w jakim zakresie z każdej ze zrealizowanych recept, część dokonanej refundacji w jego ocenie nie była zasadna i podlegała zwrotowi. Pozwany tymczasem nie przedstawił szczegółowego wyliczenia z tego tytułu, które winien udowodnić, albowiem to NFZ z tego tytułu wywodził korzystne dla siebie skutki prawne. Powódka negocjowała zasadność potrącenia, pozwany tymczasem zaniechał wykazania jego prawidłowości, w powołanym zakresie ważnych dokumentów w postaci 12 recept lekarskich.

Podnieść trzeba, że powódka negocjowała zasadność potrącenia, pozwany tymczasem zaniechał wykazania nie tylko prawidłowości potrącenia co do w 100 % kwot: 2.099, 28 zł., 2.348,42 zł., 2.099,28 zł., 2.099,28 zł., 2.099,28 zł., 2.099,28 zł., 2.099,28 zł., 2.099,28 zł., 2.099,28 zł., 2.099,28 zł., 2.099,28 zł. i 2.099,28 zł., ale również podstawy i dat wymagalności potrąconej kwoty stanowiącej odsetki za opóźnienie oraz sposobu ich wyliczenia. Nie jest bowiem wiadomym, skąd pozwany uzyskał wartość przedstawionych do potrącenia odsetek, a niewątpliwie rzeczą NFZ było wykazanie prawidłowości wyliczeń, także z tego tytułu, czego zaniechał, a czego nie sposób wywieść z materiału dowodowego sprawy w aspekcie konkretnych kwot z tego tytułu składających się na wierzytelność przedstawioną do potrącenia. Nie było bowiem obowiązkiem Sądu, ani też strony czynnej procesu, ustalanie kwot przedstawionych do potrącenia. Działanie swe w tym przedmiocie winien wykazać pozwany, poprzez wykazanie ile z refundacji i której recepty, ujął w przedstawionym zarzucie potrącenia.

Podkreślenia wymaga, że po zsumowaniu wartości refundacji z przedstawionych paragonów, z wyjątkiem tych z karty 64 z których nie wynika jaka była wartość refundacji, uzyskano kwotę 38.507,03 zł., która nie przystaje do kwoty przedstawionej do potrącenia. Pozwany zaniechał zatem szczegółowego i istotnego dla sprawy wyliczenia kwot stanowiących sumę potrącenia, nie sposób więc było w oparciu o materiał dowodowy sprawy dokonać weryfikacji tej ogólnej wartości w korelacji ze wskazanymi danymi co do wskazanych 12 recept i odsetkami w kwocie 7.652,80 zł. nie wiadomo jak wyliczonymi. Z oświadczenia o potrąceniu sporządzonego dnia 30 listopada 2007 r. wynika jedynie, że wystawiono notę odsetkową nr. 11/11/2007 opiewającą na kwotę 7.652,80 zł., brak jest istotnych danych co kwot i dat wymagalności stanowiących podstawę obliczonych odsetek za zwłokę. Nie sposób zatem w oparciu o tak enigmatyczne, ogólne, dane, dokonać weryfikacji i ustalić prawidłowość dokonanych obliczeń, a zatem i uznać skuteczność w tym zakresie zarzutu potrącenia.

Powyższe względy uzasadniały częściowe uwzględnienie apelacji, a zatem zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 20.248,48 zł., stanowiącej wartość połowy refundacji ze wskazanych powyżej 12 recept za drugą dawkę leku tj. 12.595,68 zł. oraz potrąconych odsetek za zwłokę w kwocie 7.652,80 zł. W pozostałej części powództwo podlegało oddaleniu wobec zasadności jak powyżej wywiedziono zarzutu potrącenia w zakresie wartości refundacji z 25 nieważnych recept.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji wyroku na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., orzekając o kosztach procesu według zasady z art. 100 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c., zgodnie z którą w razie częściowego uwzględnienia żądań, koszty stron zostały stosunkowo rozdzielone w proporcji 35,8% powódka, albowiem w tym zakresie uwzględniono żądanie pozwu, 64,2 % pozwany, gdyż w tej części oddalono żądanie powódki oraz na podstawie § 6 pkt 6 w zw. z § 12.1 pkt. 1 i § 12.4 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

Powódka poniosła koszty procesu: przed Sądem Rejonowym w kwocie 6.422 zł. stanowiące opłatę od pozwu oraz wynagrodzenie pełnomocnika radcy prawnego, w instancji odwoławczej koszty pełnomocnika dwukrotnie w kwotach po 1.800 zł. tj. 3600 zł. oraz przed Sądem Najwyższym koszty wynagrodzenia pełnomocnika w wysokości 100 % stawki, gdyż nowy pełnomocnik wówczas te stronę reprezentował, tj. 3.600 zł.

Pozwany poniósł koszty procesu w wysokości: przed Sądem I instancji w kwocie 3.600 zł. wynagrodzenia reprezentującego tę stronę pełnomocnika, przed sądem odwoławczym koszty opłaty od apelacji oraz dwukrotne pełnomocnika w kwocie 9.244 zł. oraz przed Sądem Najwyższym – 5.522 zł., stanowiące sumę opłaty od skargi kasacyjnej i kosztów wynagrodzenia pełnomocnika pozwanego w 75% stawce 3.600 zł. tj. 2.700 zł.

Po stosunkowym rozdzieleniu poniesionych przez strony kosztów procesu, według powyżej wskazanej zasady, Sąd II instancji zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwoty stanowią: za pierwszą instancję - 12,13 zł., zaś za instancje odwoławcze oraz przed Sądem Najwyższym - 6.902,17 zł.