

Sygn. akt I C 1520/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 września 2020 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: sędzia Wioletta Sychniak

Protokolant: aplikant sędziowski Jakub Zegarlicki

po rozpoznaniu w dniu 26 sierpnia 2020 roku w Łodzi

sprawy z powództwa Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł.

przeciwko H. S.

o zapłatę

zasądza od H. S. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. kwotę 15 000 (piętnaście tysięcy) złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 13 września 2017 roku do dnia zapłaty oraz kwotę 4367 (cztery tysiące trzysta sześćdziesiąt siedem) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt I C 1520/19

UZASADNIENIE

W pozwie wniesionym 20 sierpnia 2019 roku Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki (...) w Ł. wniósł o zasądzenie od H. S. kwoty 15 000 złotych z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 13 września 2017 roku do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powód podniósł, że zawarł z Pozwaną umowę z dnia 20.11.2012 r. z kolejnymi aneksami. W ramach umowy Pozwana była uprawniona do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych. W czerwcu 2017 roku Powód przeprowadził u Pozwanej kontrolę, która wykazała, że w kontrolowanym okresie czasu Pozwana wystawiła 74 recepty na lek T. jako lek bezpłatny, pomimo braku do tego podstaw. Nie posiadała też dokumentacji medycznej niezbędnej do potwierdzenia zasadności wystawienia recept refundowanych. Z tego powodu naliczona została kara umowna w łącznej kwocie 15 000 złotych, której Powód dochodzi niniejszym pozwem. **/pozew k. 2-15/**

W dniu 16 września 2019 roku Referendarz sądowy w Sądzie Rejonowym dla Łodzi – Widzewa w Łodzi wydał nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym, uwzględniając powództwo w całości. **/nakaz zapłaty k. 120/**

H. S. skutecznie wniosła sprzeciw od powyższego nakazu zapłaty. Zaskarżyła nakaz w całości i wniosła o oddalenie powództwa. Podniosła te argumenty, które zgłaszała na etapie kontroli, a ponadto zarzuciła, że zapłaciła Powodowi kwotę 3375,97 złotych z tytułu swoich pomyłek oraz, że obciążenie jej kwotą 15 000 zł jest niejednoznaczne wobec naliczenia kar umownych łącznie na 14 800 zł. Zarzuciła też brak rozważenia zgodności działań Powoda z zasadami współżycia społecznego. **/sprzeciw k. 123-124, protokół rozprawy k. 213-214/**

W odpowiedzi na sprzeciw Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w Ł. w całości potrzymał pozew i zawartą w nim argumentację.

Wyjaśnił dodatkowo, że kara umowna została naliczona jako iloczyn liczby zakwestionowanych recept (74) i kwoty 200 zł, a do tej kwoty doliczono jeszcze 200 zł kary za brak dokumentacji medycznej. Potwierdził, że 7 listopada 2017 roku otrzymał 3375,97 złotych, ale stanowiła zwrot nienależnej refundacji. Nie stanowiła zapłaty kary umownej.

/odpowiedź na sprzeciw k. 134-141, protokół rozprawy k. 213-214/

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 20 listopada 2012 r. w Ł. H. S. (Osoba uprawniona) zawarła z Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim umowę nr (...). Jej przedmiotem było udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu m.in. leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę. W oparciu o zawartą umowę Pozwana miała prawo do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, w tym dla siebie i swoich bliskich (osób wymienionych w § 2 ust. 2 umowy). Umowa nie nakładała żadnego limitu co do ilości recept wystawianych na własny użytek Pozwanej.

NFZ zobowiązany był refundować ceny leków na podstawie recept wystawianych przez Pozwaną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy (§ 4 umowy). Pozwana miała obowiązek wystawiania recept na leki i inne środki wskazane w umowie zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i obowiązującymi przepisami prawa oraz przeznaczeniem określonym w przepisach ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia oraz na podstawie przepisów o wyrobach medycznych (§ 5 ust. 1 umowy). W celu prawidłowej realizacji swoich obowiązków, Pozwana była zobligowana do prowadzenia dokumentacji medycznej na rzecz osób, którym przepisywała leki i inne środki; zaopatrywać się w recepty, przechowywać i wystawiać je zgodnie z zasadami określonymi w umowie i przepisach prawa, a w przypadku utraty recept – powiadomić na piśmie Oddział Funduszu w terminie 7 dni (§ 5 ust. 2 umowy).

Zawarta pomiędzy stronami umowa przewidywała kary umowne na wypadek stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Pozwanej, m.in.:

- 200 złotych za nieprawidłowo wystawioną receptę,
- 200 złotych za nieprowadzenie dokumentacji medycznej (§ 9 ust. 1 umowy).

W umowie zastrzeżono także możliwość obniżenia przez Dyrektora Oddziału Funduszu kary umownej z uwagi na niską częstotliwość stwierdzonych nieprawidłowości, stopień oraz okoliczności naruszenia umowy przez Pozwaną (§ 9 ust. 3 umowy).

Umowa została zawarta na czas nieokreślony. Strony dwukrotnie ją aneksowały: 23.07.2013 roku i 24.02.2015 r., a opisane powyżej postanowienia umowne pozostały bez zmian.

/umowa z dnia 22.11.2012 r. k. 20-26, aneksy do umowy k. 27-28, 29/

W dniach 14 - 23.06.2017 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadził u Pozwanej kontrolę, obejmującą sprawdzenie zasadności wystawienia recept refundowanych na produkt leczniczy T.. Kontrolą objęto okres od 5 stycznia 2013 roku do 13 grudnia 2015 roku. Przeprowadzono ją w Centrum Medycznym (...) w Ł. przy ul. (...).

Kontrolą objęto 74 recepty refundowane wystawione na własny Pesel Pozwanej na lek T., na kwotę refundacji 3962,56 złotych. Stwierdzono brak dokumentacji medycznej pacjenta, niezbędnej do potwierdzenia zasadności wystawienia recept „pro auctore” na lek T., błędny numer umowy upoważniającej do wystawiania recept w części dotyczącej danych osoby uprawionej i błędne dane świadczeniodawcy na receptach wystawionych po podpisaniu aneksu nr (...) do umowy.

Zgodnie z obwieszczeniami Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, obowiązujących od grudnia 20102 roku, wskazaniem szczególnym do wystawienia recept na lek T. bezpłatnie są nowotwory złośliwe. Pozwana nie miała dokumentacji lekarskiej potwierdzającej wskazania do wystawienia recept na lek T. bezpłatnie.

/program kontroli k. 30-34, upoważnienia k. 35-40, zawiadomienie k. 41-43, protokół kontroli k. 70-83, kopie wystawionych recept k. 45-69, płyta CD z obwieszczeniami MZ k. 203/

H. S. tłumaczyła potrzebę wystawiania recept pro auctore bezpłatnie na T. faktem wieloletniego leczenia jej syna tym lekiem oraz potrzebami własnymi – koniecznością zażywania przez Pozwaną tego leku z uwagi na silne dolegliwości bólowe powodowane dużymi zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Twierdziła również, że jej dokumentacja zaginęła podczas przeprowadzki do nowej siedziby firmy (...).

/protokół przyjęcia ustnych wyjaśnień k. 44, wyjaśnienie pisemne k. 84/

Ocenę wynikającą z protokołu kontroli NFZ podtrzymał w wystąpieniu pokontrolnym z 11 sierpnia 2017 roku. W związku z negatywnie ocenionymi działaniami w zakresie objętym kontrolą, w wystąpieniu pokontrolnym zawarto wezwanie do zapłaty kary umownej w wysokości 15 000 złotych w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Pozwana otrzymała wystąpienie pokontrolne w dniu 29 sierpnia 2017 roku.

/wystąpienie pokontrolne z wezwaniem do zapłaty kary umownej k. 86-99, dowód doręczenia k. 100-101/

W dalszej korespondencji strony podtrzymały swoje stanowiska. Pozwana wniosła do Prezesa NFZ zażalenie w trybie art. 160 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zażalenie pozostawiono bez rozpatrzenia z uwagi na uchybienie terminowi zawitemu do złożenia zażalenia.

/wyjaśnienie k. 102, pismo (...) w Ł. k. 103-105, zażalenie k. 108-109, pismo Prezesa NFZ k. 110/

H. S. nie zapłaciła naliczonej kary umownej pomimo kierowanych do niej wezwań do zapłaty.

/bezsporne, nota księgowa k. 111, wezwania do zapłaty z dowodami doręczenia k. 112-117/

Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki (...) w Ł. prowadził postępowanie mające na celu sprawdzenie statusu ubezpieczenia zdrowotnego A. S. – świadczeniobiorcy, na rzecz którego Pozwana wystawiła szereg recept na leki refundowane. Prowadzone postępowanie nie potwierdziło uprawnień A. S. do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej sfinansowanych ze środków publicznych w okresie od 2.01.2013 r. do 3.01.2017 r. W związku z tym NFZ odmówił finansowania refundacji leków wystawionych na receptach dla A. S. w powyższym okresie, stwierdzając nienależną refundację na kwotę 3375,97 złotych. Pozwana zapłaciła tę kwotę 7 listopada 2017 roku.

/pisma NFZ k. 145-149, 150-153, 154-156, potwierdzenie wpłaty k. 157, nota księgowa k. 158/

W dniach 14 - 23.06.2017 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadził u Pozwanej kontrolę, obejmującą sprawdzenie zasadności wystawienia recept refundowanych na produkt leczniczy T.. Kontrolą objęto okres od 5 czerwca 2015 roku do 6 grudnia 2016 roku. Przeprowadzono ją w Centrum Medycznym (...) w Ł. przy ul. (...). Wynik tej kontroli był analogiczny do wyniku kontroli obejmującej okres od 5 stycznia 2013 roku do 13 grudnia 2015 roku. Kontrolą objęto 85 recept refundowanych wystawionych na własny Pesel Pozwanej na lek T., na kwotę refundacji 3894,20 złotych. W związku z negatywnie ocenionymi działaniami w zakresie objętym kontrolą, w wystąpieniu pokontrolnym zawarto wezwanie do zapłaty kary umownej w wysokości 17 200 złotych w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

/program kontroli k. 160-164, protokół kontroli k. 166-176, wystąpienie pokontrolne z wezwaniem do zapłaty kary umownej k. 178-189, dowód doręczenia k. 190-191, protokół przyjęcia ustnych wyjaśnień k. 165, wyjaśnienie pisemne k. 177/

H. S. jest lekarzem, ma 86 lat, jest wdową. Na utrzymaniu ma dorosłego syna, który nie pracuje ze względu na stan zdrowia. Syn Pozwanej nie jest zarejestrowany jako bezrobotny, nie starał się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i nie jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.

Pozwana leczy się w związku z wielopoziomowymi zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Z tego powodu zakwalifikowano ją do zabiegu operacyjnego, który wykonano 16 listopada 2017 roku. Po zabiegu prowadzono leczenie farmakologiczne Pozwanej, ordynując m.in. Morfinę oraz inne środki przeciwbólowe: D. i (...).

Pozwana jest na emeryturze, obecnie otrzymuje emeryturę w wysokości 4000 złotych. Z tytułu prowadzonej praktyki lekarskiej uzyskuje dochód na poziomie 1500-1700 złotych miesięcznie. Pozwana ma mieszkanie, w którym zamieszkuje razem z synem. Nie ma oszczędności. Ma długi z tytułu nieprawidłowego parkowania (około 3000 złotych) i opłat za energię elektryczną (około 500 zł). Z leków, których dotyczyły zakwestionowane recepty, korzystała Pozwana oraz jej syn.

/zeznania Pozwanej k. 214-215, karty informacyjne leczenia szpitalnego k. 210-212/

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1510).

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierane z Narodowym Funduszem Zdrowia, są umowami cywilnoprawnymi, uregulowanymi przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Ich przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - kompleksowa opieka zdrowotna świadczeniodawcy nad świadczeniobiorcą. Essentialia negotii określa przepis art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca zobowiązuje się przede wszystkim do udzielania świadczeniobiorcom zakontraktowanych usług zdrowotnych, a Fundusz zobowiązuje się do ich sfinansowania. Przepis art. 137 ustawy zawiera delegację ustawową dla Ministra Zdrowia do wydania ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w formie rozporządzenia, określającego przedmiot umów oraz rodzaje świadczeń będących przedmiotem realizacji.

Aktualnie obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r., tj. z dnia 27 lutego 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 320) przewiduje możliwość zastrzeżenia w umowach kar umownych w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy (rozdział 4 Kary umowne, § 29 i następne). Analogiczne rozwiązanie było przewidziane w rozdziale 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 6 maja 2008 roku.

Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej (art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z 22 maja 2014 roku (IV CSK 536/13, Lex nr 1504577): „Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kreuje między świadczeniodawcą a Funduszem stosunek zobowiązaniowy, do którego - jeżeli przepisy ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie stanowią inaczej - stosuje się przepisy kodeksu cywilnego (art. 155). Do stosunku tego ma więc zastosowanie art. 354 k.c., zgodnie z którym dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje - także w sposób odpowiadający tym zwyczajom, i w taki sam sposób powinien

współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel. (...)”. Warto jeszcze przytoczyć tezę z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z 14 listopada 2014 roku (I CSK 633/13, Lex nr 1537344): „W umowach pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a lekarzem należy wobec tego badać, jak przewiduje art. 65 k.c. przede wszystkim, jaki jest cel takich umów i zamiar stron, a nie przewidywać nadmiernej wagi do ich dosłownego brzmienia. Także przepisy, do których odsyłają postanowienia takiej umowy, powinny być wykładane z uwzględnieniem zamiaru stron i celu umowy oraz tłumaczone tak jak tego wymagają zasady współzycia społecznego. Umowy zawierane z lekarzem przez Narodowy Fundusz Zdrowia mają przede wszystkim zapewnić, aby pacjent otrzymywał leki zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz, aby trafiały one do osób, które mają do tego prawo zgodnie z przepisami ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz które rzeczywiście ich potrzebują w ilościach tylko niezbędnych.” Dalej w tym samym orzeczeniu Sąd Najwyższy wskazał, że: „Skoro podstawą zasądzenia było nienależyte wykonanie umowy przez pozwanego, a do oceny łączącej go z NFZ umowy należy stosować przepisy k.c., to konieczne jest rozważenie na podstawie art. 471 i nast. k.c., czy istnieją podstawy do zasądzenia od pozwanego odszkodowania w wysokości całej wartości świadczeń medycznych, których podstawą było nienależyte prowadzenie dokumentacji medycznej przez pozwanego. (...) Podstawowe znaczenie dla stwierdzenia odpowiedzialności pozwanego za nienależyte wykonanie umowy ma zaś ustalenie, czy stwierdzone braki w dokumentacji medycznej prowadzonej przez niego pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z tym, że leki refundowane przez NFZ trafiły w całości lub w części do osób nieuprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych”.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy, należy podkreślić, że ustalony w sprawie stan faktyczny, oparty na dowodach zaoferowanych przez strony, zasadniczo jest niesporny. Niewątpliwie strony wiązała umowa realizowana od 2012 roku. Jej przedmiotem było udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu m.in. leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę. Pozwana była uprawniona do wystawiania recept, w tym recept pro auctore z takim zastrzeżeniem, że zasadność ich wystawiania powinna wynikać z prowadzonej dokumentacji medycznej, których prawidłowość wykonania ze strony Pozwanej była przedmiotem kontroli Powoda. Nie ma sporu co do tego, że NFZ był uprawniony do przeprowadzenia takiej kontroli, w tym w zakresie objętym sporem w niniejszej sprawie oraz nałożenia kary, zastrzeżonej w umowie. Sposób obliczenia kary i jej wysokość wprost wynika z umowy. Kara została prawidłowo naliczona. W sprawie właściwie nie ma też sporu co do tego, że zaistniały przesłanki do nałożenia kary na Pozwaną. Zarzutami, które wymagają omówienia są: zarzut przedawnienia roszczenia oraz zarzut sprzeczności nałożenia kary umownej z zasadami współzycia społecznego (art. 5 k.c.).

W ocenie Sądu obydwa zarzuty, zgłoszone przez Pozwaną, są niezasadne.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutu przedawnienia, podkreślenia wymaga, że kara umowna została nałożona w wystąpieniu pokontrolnym z 11.08.2017 roku, doręczonym Pozwanej 29 sierpnia 2017 roku. Roszczenie o zapłatę przez Pozwaną kary umownej powstało dopiero po jej nałożeniu. Zarówno z ogólnych warunków umów, jak i z treści umowy łączącej strony niniejszego sporu wynika, że Oddział Funduszu nakłada na świadczeniodawcę karę umowną po stwierdzeniu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy. Nie ma mowy o żadnym automatyzmie. Zatem roszczenie o zapłatę kary umownej powstało po jej nałożeniu, a nie po wystawieniu przez Pozwaną nieprawidłowo recept. Pozwana otrzymała wezwanie do zapłaty kary umownej w dniu 29.08.2017 roku i od tego terminu rozpoczął bieg termin przedawnienia. Pozew został wniesiony 20 sierpnia 2019 roku, zatem nawet gdyby przyjąć 3 – letni termin przedawnienia, to nie upłynął przed wytoczeniem powództwa. Przy czym zgodzić się należy z Powodem, że dochodzone roszczenie nie jest związane z działalnością gospodarczą i – jako takie - przedawnia się w terminie 6-letnim, określonym w art. 118 k.c.

W ocenie Sądu nie ma żadnych argumentów za oceną powództwa jako sprzecznego z zasadami współzycia społecznego. Pozwana zawierając umowę z NFZ obowiązana była wystawiać recepty zgodnie z obowiązującymi przepisami. Okolicznością powszechnie znaną jest, że nie wszystkie leki są refundowane i nie wszystkie są refundowane w takim samym stopniu. Skoro Pozwana zawarła umowę obejmującą udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu m.in. leków, to obowiązana była na bieżąco zaznajamiać się z obwieszczeniami

regulującymi kwestie refundacji leków. Tymczasem Pozwana właściwie przez cały czas realizacji umowy, wystawiała dla siebie recepty w sposób nieuprawniony, tzn. w sytuacji, gdy nie przysługiwała pełna refundacja na lek T. oraz dla osoby (jej syna), która w ogóle nie miała uprawnień do korzystania z nieodpłatnych leków. Pozwanej nie tłumaczy ani jej sytuacja życiowa, ani zdrowotna. W istocie rzeczy Pozwana dla swoich potrzeb wykorzystywała sytuację, w której sama mogła dla siebie wystawiać recepty. I nie ma tu mowy o pomyłce. Pozwana na rozprawie w dniu 26 sierpnia 2020 roku zeznała: „Z leków korzystałam ja oraz syn. Lekarze, którzy go leczą, zalecali mu ten lek. Po co syn ma chodzić do lekarzy, skoro ja mogę wystawić receptę.” Treść zeznań Pozwanej poddaje w wątpliwość jej tłumaczenia co do niewiedzy o zasadach refundacji leku T. i o zaginięciu dokumentacji medycznej. Skoro syn pozwanej leczyl się u innych niż Pozwana lekarzy, to oni powinni wystawiać dla niego recepty odnotowując to w prowadzonej dokumentacji. Skoro Pozwana nie leczyła syna, to nie mogła prowadzić jego dokumentacji. Więc dokumentacja nie zaginęła, tylko jej po prostu nie było. Podobna sytuacja odnosi się do samej Pozwanej. Jej twierdzenia o przyjmowaniu silnych leków przeciwbólowych dla Sądu są niesprawdzalne. Sąd nie dysponuje wiedzą medyczną umożliwiającą ocenę stanu zdrowia Pozwanej i potrzeby korzystania przez nią z T.. Jednak dostrzegł, że w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego (k. 212) zaordynowano Pozwanej inne środki przeciwbólowe: (...), D.. Z powyższego wynika, że Pozwana wystawiała recepty refundowane dla siebie i syna, bo miała taką możliwość i nie widzi w tym nic złego. Tłumaczenia o nieznanomości regulacji w zakresie refundacji leku i o zaginięciu dokumentacji medycznej są jedynie taktyką obroną na potrzeby uzyskania dla siebie korzystnego rozstrzygnięcia sądowego. Takiego zachowania nie można aprobować. W realiach niniejszej sprawy nałożenie na Pozwaną kary umownej miało swoje uzasadnienie w treści umowy łączącej strony, było uzasadnione z uwagi na nienależyte wykonanie tej umowy przez Pozwaną i nie narusza zasad współżycia społecznego. Pamiętać należy, że NFZ dysponuje środkami publicznymi, a w ramach swoich zadań powinien czuwać również nad przestrzeganiem zasad równej dostępności do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich uprawnionych.

O odsetkach od zasądzonej kwoty orzeczono na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c. Pismo zawierające zastrzeżenia do protokołu kontrolnego stanowiło jednocześnie wezwanie do zapłaty. Pozwana otrzymała je 29.08.2017 r., dlatego zastrzeżony w nim termin 14 dni upłynął 12 września 2017 roku. Dlatego roszczenie o zasądzenie odsetek podlegało uwzględnieniu w całości.

O kosztach postępowania Sąd orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania (art. 98 k.p.c.). Pozwana - jako strona przegrywająca sprawę - jest obowiązana zwrócić Powodowi poniesione przez niego koszty:

- 750 zł tytułem opłaty od pozwu,
- 3600 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego,
- 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa;

łącznie zasądzoną kwotę 4367 złotych.