

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 marca 2015 r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Śródmieścia Wydział VIII Cywilny

w składzie :

Przewodniczący : SSR Anna Martyniec

Protokolant: Karolina Szewczyk

po rozpoznaniu w dniu 6 marca 2015 r. we Wrocławiu na rozprawie sprawy

z powództwa Centrum (...) Sp. z o.o. z siedzibą w J.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu we W.

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. na rzecz strony powodowej Centrum (...) Sp. z o.o. z siedzibą w J. kwotę 25 002 zł (dwadzieścia pięć tysięcy dwa złote) wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 25 listopada 2009 r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 3 668 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 30 grudnia 2013 r. strona powodowa Centrum (...), reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, wniosła o zasądzenie na jej rzecz od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. kwoty 25.002 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 19 listopada 2009 r. do dnia zapłaty. Jednocześnie wniosła o zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania.

W uzasadnieniu pozwu podała, iż w dniu 24 stycznia 2008 r. zawarła ze stroną pozwaną umowę nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne). Wskazała, iż na jej podstawie zobowiązała się do wykonywania, zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2007 r., badania tomografii komputerowej w okresie rozliczeniowym od 1 stycznia 2008 r. do 31 grudnia 2008 r. Podniosła, iż w dniu 10 marca 2009 r. strony zawarły ugodę nr 1/2009/3402035/02/3, na mocy której strona pozwana zobowiązała się zapłacić na jej rzecz dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 266.202 zł z uwagi na fakt, iż wykonane badania przekroczyły liczbę jednostek rozliczeniowych objętych pierwotną umową, a ponadto wykonywane były również badania rezonansem magnetycznym. Strony w ugodzie postanowiły, iż jeśli w wyniku kontroli realizacji świadczeń stwierdzone zostanie wystąpienie zdarzeń skutkujących obowiązkiem zwrotu nienależnie przekazanych środków, to strona powodowa będzie zobowiązana do ich zwrotu pod rygorem potrącenia wzajemnych wierzytelności. Wskazała, iż w dniu 28 października 2009 r. strona pozwana wezwała ją do zapłaty kwoty 58.626 zł informując jednocześnie, iż sumowanie świadczeń było niezgodne z warunkami zawierania i realizacji umowy, gdyż te same świadczenia były rozliczane jednego dnia. Dlatego też strona pozwana uznała jedynie droższe badanie. Podniosła, iż dokonane przez stronę pozwaną potrącenie kwoty 25.002 zł było nieuprawnione. Wskazała, iż zgodnie z umową oraz zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nie można rozliczać w ramach danego zakresu określonego w kolumnie nr 3 załącznika nr 1 świadczeń oznaczonych różnym kodem jak również wielokrotności świadczeń oznaczonych tym samym

kodek, ale wykonywanych w tym samym dniu u tego samego świadczeniobiorcy. Tym czasem zakwestionowane przez stronę pozwaną świadczenia to świadczenia z różnym kodek i były wykonywane w różnych dniach.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana, reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, wniosła o oddalenie powództwa w całości.

W uzasadnieniu przyznała, iż zawarła ze stroną powodową umowę nr (...), jak również ugodę z dnia 10 marca 2009 r. Jednakże wskazała, iż w rezultacie przeprowadzonych czynności weryfikacyjnych stwierdzono, iż strona powodowa dokonała rozliczenia udzielonych świadczeń niezgodnie z § 1 zawartej umowy oraz warunkami zawierania i realizacji umowy zawartych w zarządzeniu nr (...), w związku z czym przekazanie środków na podstawie zawartej ugody było nienależne. Podniosła, iż strona powodowa w przypadku wykonywania u tego samego pacjenta w tym samym dniu badania tomografii komputerowej dwóch lub więcej okolic anatomicznych powinna była wykonać i rozliczyć procedurę o kodzie 5.03.00. (...) badanie bez kontrastu dwóch lub więcej okolic anatomicznych, tymczasem strona powodowa w sytuacji posiadania dwóch skierowań wystawionych tego samego dnia przez ten sam podmiot wykonywała oddzielnie w różnych terminach tomografię komputerową odcinka szyjnego, a następnie tomografię odcinka L-S i rozliczała jako osobne procedury. Analogicznie było w przypadku badań rezonansu magnetycznego. Zatem strona powodowa sztucznie dzieliła badania dwóch odcinków kręgosłupa, które można było wykonać jednocześnie. Ponadto strona powodowa przedstawiała do rozliczenia badania, na które nie przedstawiono skierowania (skierowanie dotyczyło innej okolicy anatomicznej). Strona pozwana zarzuciła, iż przedstawione przez stronę powodową w celu weryfikacji rozliczenia skierowania nie zawierają terminu zgłoszenia się pacjenta do pracowni diagnostycznej, jak również wyznaczonego terminu badania czy też czytelnego podpisu pracownika gabinetu diagnostycznego. Ponadto skierowania dla jednego pacjenta wystawiane są podwójnie każde na inną okolicę lub odcinek kręgosłupa, są również skierowania wystawione na dwie okolice, a następnie wykreślana jest jedna okolica i wypisywane jest nowe skierowanie na daną okolicę. Wskazała również, iż wyniki badań mają kolejne numery (kod kreskowy) a wykonane zostały rzekomo w odstępnie 3 dni, przy tym zgody na ich wykonanie podpisywane są jednego dnia.

W piśmie procesowym z dnia 25 kwietnia 2014 r. strona powodowa wskazała, iż przedmiotem roszczenia jest zapłata za świadczenia wskazane w ugodzie nr 1/2009/3402035/02/3, gdyż należność wynikająca z tej ugody nie została przez stronę pozwaną zapłacona w całości z uwagi na sporządzoną przez stronę pozwaną notę księgową nr (...) dotyczącą już wykonanych i zapłaconych przez stronę pozwaną świadczeń objętych umową nr (...).

W piśmie procesowym z dnia 18 maja 2014 r. strona pozwana podniosła, iż dokonała potrącenia kwoty 58.626 zł wskazanej w nocie księgowej (...) nr 793/10/WR/09 z bieżącego rozliczenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze stroną powodową z faktury wystawionej przez stronę powodową nr (...) do umowy (...) o nr (...).

W piśmie procesowym z dnia 23 lipca 2014 r. strona powodowa zmieniła podstawę faktyczną żądania pozwu, w ten sposób, że wniosła o zasądzenie na jej rzecz kwoty 25.002 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 25 listopada 2009 r. do dnia zapłaty tytułem niezapłaconej w tej części faktury VAT nr (...) do umowy w rodzaju Ambulatoryjna Opieka (...) nr (...) z dnia 17 listopada 2009 r., której termin płatności przypadał na dzień 24 listopada 2009 r. Ponadto wskazała, iż pełna nazwa strony powodowej brzmi Centrum (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

W piśmie procesowym z dnia 12 sierpnia 2014 r. strona pozwana podała, iż obciążyla stronę powodową kwotą 58.626 zł z tytułu weryfikacji świadczeń i potrąciła tę kwotę z należności powoda wynikającej z faktury nr (...) zaznaczając w przelewie okoliczność potrącenia.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny

W dniu 24 stycznia 2008 r. strona powodowa zawarła ze stroną pozwaną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. Na jej podstawie strona powodowa zobowiązała się do wykonywania umowy zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego

Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, zmienionych zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z 17 października 2007 r. (§ 1 ust. 2 umowy).

W zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne wskazano, iż ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne wymagają skierowania lekarza ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, który zawarł umowę z Funduszem lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Funduszem (§ 16 zarządzenia), a dowodem udzielenia świadczenia zabiegowo – diagnostycznego jest opis zrealizowanego zabiegu lub badania w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy lub w księdze zabiegowej (§21). Zastrzeżono również, iż przy rozliczaniu świadczeń w poradniach specjalistycznych w danym zakresie, nie dopuszcza się możliwości łącznego rozliczania porad różnych typów ani ich wielokrotności, wykonywanych w tym samym dniu, u tego samego świadczeniobiorcy, chyba że przepisy załącznika nr 5 do zarządzenia stanowią inaczej (§ 22). Ponadto ustalono, że przy rozliczaniu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych nie dopuszcza się łącznego rozliczania w ramach danego zakresu określonego w kolumnie nr 3 załącznika nr 1b do zarządzenia – świadczeń oznaczonych różnym kodem jak również wielokrotności świadczeń oznaczonych tym samym kodem, wykonywanych w tym samym dniu u tego samego świadczeniobiorcy (§ 23).

Załącznik nr 1b do zarządzenia nr (...), tj. Katalog zakresów ambulatoryjnych świadczeń kosztochłonnych ((...)) w kolumnie 3 przewidywał zakres: badania tomografii komputerowej (TK), a w ramach tego zakresu następujący wykaz świadczeń:

- 5.03.00. (...): badania bez kontrastu – jedna okolica anatomiczna,
 - 5.03.00. (...): badania z kontrastem – jedna okolica anatomiczna (obejmuje również badanie przed i po podaniu środka kontrastowego, badanie wielofazowe),
 - 5.03.00. (...): badania bez kontrastu – dwie lub więcej okolic anatomicznych,
 - 5.03.00. (...): badania z kontrastem – dwie lub więcej okolic anatomicznych (obejmuje również badania przed i po podaniu środka kontrastowego, badanie wielofazowe),
 - 5.03.00. (...): badania angiograficzne, w tym koronarografia lub koronarografia z oceną funkcji serca;
- oraz zakres: badania rezonansu magnetycznego (RM), a w ramach tego zakresu następujący wykaz świadczeń:
- 5.03.00. (...): badania bez kontrastu – jedna okolica anatomiczna (w tym angiografia bez kontrastu),
 - 5.03.00. (...): badania przed i po podaniu środka kontrastowego – jedna okolica anatomiczna, spektroskopia,
 - 5.03.00. (...): badania serca, badania dwóch odcinków kręgosłupa, angiografia CM, badania czynnościowe (w tym mózgu), badania dynamiczne.

Dowód:

- Umowa nr (...), k. 23-27;
- Zarządzenie nr (...) wraz załącznikiem nr 1b, k. 336-348.

W dniu 20 lutego 2008 r. oraz 25 lutego 2008 r. strona powodowa wykonała badania tomografii komputerowej z kontrastem, pomimo, iż skierowanie zostało wystawione na badanie bez kontrastu (ID (...)).

W dniu 4 sierpnia 2008 r. oraz 7 sierpnia 2008 r. strona powodowa wykonała badania tomografii komputerowej z kontrastem, pomimo, iż skierowanie zostało wystawione na badanie bez kontrastu (ID (...)).

Fakt przyznany

W dniu 10 marca 2009 r. strona powodowa zawarła ze stroną pozwaną ugodę dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej, w której strony przyznały, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową w okresie od dnia 1 stycznia 2008 r. do 31 grudnia 2008 r. Oddział Funduszu zapłacił świadczeniodawcy ustalone zgodnie z umową wynagrodzenie w wysokości 2 169 387 zł. Jednocześnie strona pozwana zobowiązała się zapłacić stronie powodowej dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 266.202 zł z tytułu udzielania w okresie od dnia 1 stycznia 2008 r. do dnia 31 grudnia 2008 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie. W ugodzie zastrzeżono, iż jej postanowienia nie wyłączają postanowień umowy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na mocy których Oddziałowi Funduszu przysługują względem świadczeniodawcy roszczenia o zwrot nienależnie przekazanych środków lub o zapłatę kar umownych. Wskazano przy tym, iż jeżeli w wyniku kontroli realizacji świadczeń, monitoringu tych świadczeń, bądź też w jakikolwiek inny sposób Oddział Funduszu stwierdzi wystąpienie zdarzeń skutkujących obowiązkiem zwrotu nienależnie przekazanych środków na podstawie niniejszej ugody, świadczeniodawca zobowiązany jest do zwrotu wynikających stąd kwot w terminie 14 dni licząc od dnia otrzymania wezwania pod rygorem potrącenia z wzajemnych wierzytelności, a także stosowanej korekty dokumentów rozliczeniowych, w tym rachunków.

Dowód:

- Ugoda nr 1/2009/3402035/02/3, k. 30.

Kwota określona w/w ugodzie została przez stronę pozwaną w całości uiszczona na rzecz strony powodowej.

Bezsporne

Pismem z dnia 28 października 2009 r. strona pozwana, w związku z przeprowadzoną weryfikacją świadczeń w ramach umowy nr (...) poinformowała stronę powodową, iż dokonano rozliczenia niezgodnie z § 1 umowy oraz warunkami zawierania i realizacji umowy. Jednocześnie wezwała stronę powodową do zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych w kwocie 58.626 zł w terminie 14 dni, zastrzegając, iż w przypadku braku wpłaty w określonym terminie dokona potrącenia nienależnie przekazanych środków z należności przysługującej świadczeniodawcy przy zastosowaniu postanowień § 28 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dowód:

- Wezwanie do zapłaty, k. 32;
- Nota księgowa nr (...), k. 33.

Przedmiotem przeprowadzonej weryfikacji było badanie zgodności realizacji umowy przez świadczeniodawców z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. Jeżeli kilka badań było wykonywanych na podstawie jednego skierowania, a świadczeniodawca rozliczał każde z badań osobno, podając iż były wykonane w różnych dniach, strona powodowa przyjęła do rozliczenia tylko droższe z wykonanych badań, uznając, iż zostały wykonane tego samego dnia. Również zakwestionowane zostały badania, które zostały rozliczone jako dwa z uwagi na ich wykonanie w różnych dniach, jeżeli podstawą ich wykonania były 2 odrębne skierowania wystawione przez ten sam podmiot, tego samego dnia i na rzecz tego samego pacjenta.

Dowód:

- Zeznania świadka D. N., protokół elektroniczny k. 503;
- Zeznania świadka M. K., protokół elektroniczny k. 503;
- Zeznania świadka A. W., protokół elektroniczny k. 572;
- Zeznania świadka G. Z., protokół elektroniczny k. 572;
- Przesłuchanie za stronę powodową K. F., protokół elektroniczny k. 572.

W dniu 17 listopada 2009 r. strona powodowa wystawiła fakturę nr (...), opiewającą na kwotę 180.244,50 zł, której termin płatności przypadał na dzień 24 listopada 2009 r.

Dowód:

- Faktura VAT nr (...), k. 455.

W dniu 24 listopada 2009 r. strona pozwana wpłaciła na rzecz strony powodowej kwotę 110.651,50 zł tytułem faktury VAT nr (...) wpisując w uwagach do przelewu: „w dacie przelewu potrącono notę na kwotę 58.626 zł”.

Dowód:

- Potwierdzenie przelewu, k. 374;
- Szczegóły płatności, k. 373.

Pismem z dnia 16 listopada 2009 r. strona powodowa zwróciła się do strony pozwanej o zweryfikowanie wykazu świadczeń zakwestionowanych, wskazując, iż w wykazie tym znajdują się pozycje, które nie zgadzają się z opisem dotyczącym ich zakwestionowania. Mianowicie świadczenia uznane za świadczenia wykonane jednego dnia były wykonane w różnych dniach.

W odpowiedzi strona pozwana poinformowała stronę powodową, iż nie jest dopuszczalne łączne rozliczanie w ramach danego zakresu określonego w kolumnie nr 3 załącznika nr 1 b do zarządzenia świadczeń oznaczonych różnym kodem, jak również wielokrotności świadczeń oznaczonych tym samym kodem, wykonywanych w tym samym dniu u tego samego świadczeniobiorcy. Wskazała ponadto, iż zakwestionowane zostały świadczenia zsumowane i rozliczone tego samego dnia, zostały one przekwalifikowane i uznane bądź zakwestionowane w całości. Jeśli świadczenia zostały zakwestionowane z powodu zsumowania i rozliczenia tych samych świadczeń to w konsekwencji uznano jedno, a jeśli z powodu zsumowania i rozliczenia różnych świadczeń to w konsekwencji uznano droższe.

Dowód:

- Pismo z dnia 16 listopada 2009 r., k. 34;
- Pismo z dnia 3 grudnia 2009 r. k., 37.

Pismem z dnia 23 lutego 2010 r. strona powodowa zwróciła się do strony pozwanej o ponowną weryfikację zakwestionowanych przez nią badań.

Pismem z dnia 10 marca 2010 r. strona pozwana zwróciła się do strony powodowej o uzupełnienie dokumentacji pacjentów o kserokopie zgody pacjenta na badanie oraz wyniki badania. Ponadto wskazała, iż w przekazanej dokumentacji brak jest terminu zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem i wyznaczonego terminu badania.

Dowód:

- Pismo z dnia 10 marca 2010 r., k. 367;

- Pismo z dnia 23 lutego 2010 r., k. 368.

Pismem z dnia 6 września 2010 r. strona powodowa zwróciła się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o podjęcie decyzji w sprawie zakwestionowania przez (...) Oddział (...) wykonanych w Centrum (...) badań.

Pismem z dnia 2 grudnia 2010 r. Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował stronę powodową, iż podtrzymuje stanowisko (...) Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dowód:

- Pismo z dnia 6 września 2010 r., k. 379;
- Pismo z dnia 2 grudnia 2010 r. k., 381-382.

Sąd zważył co następuje

Powództwo okazało się zasadne, w związku z czym podlegało uwzględnieniu w całości.

Ostatecznie strona powodowa wywodziła swoje roszczenie z faktury nr (...), wskazując, iż należność z niej wynikająca została przez stronę pozwaną uiszczona jedynie w części.

Strona pozwana nie kwestionowała zasadności wystawienia samej faktury, jednakże podnosiła, iż dokonała potrącenia kwoty żądanej pozwem z kwotą przysługującą jej tytułem nienależnie wypłaconego stronie powodowej świadczenia.

Rozstrzygnięcie niniejszej sprawy sprowadzało się zatem do ustalenia, czy strona pozwana w istocie dokonała potrącenia kwoty dochodzonej pozwem z przysługującą jej wierzytelnością i czy potrącenie to był skuteczne.

W pierwszej kolejności wskazać należy, iż w ocenie Sądu brak jest podstaw do uznania, iż doszło do potrącenia przysługującej stronie powodowej wierzytelności, albowiem z materiału dowodowego zgromadzonego w niniejszej sprawie nie wynika, iż strona pozwana kiedykolwiek złożyła stosowne oświadczenie w tym zakresie. Sąd zważył, iż w piśmie 28 października 2009 r. strona pozwana, w związku z przeprowadzoną weryfikacją świadczeń w ramach umowy nr (...) wezwała stronę powodową do zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych w kwocie 58.626 zł w terminie 14 dni, zastrzegając, iż w przypadku braku wpłaty w określonym terminie dokona potrącenia nienależnie przekazanych środków z należności przysługującej stronie powodowej. Tym samym jedynie zapowiadała dokonanie potrącenia. Strona pozwana nie przedłożyła żadnego dowodu, z którego wynikałoby, iż oświadczenie takie zostało później złożone. Zgodnie zaś z art. 499 k.c. potrącenie dokonywa się przez oświadczenie złożone drugiej stronie, zatem wywołuje skutek z chwilą dojścia do adresata w taki sposób, że mógł zapoznać się z jego treścią. Wskazać przy tym należy, iż ustawodawca co prawda nie zastrzegł dla tego rodzaju oświadczenia specjalnej formy, jednakże wyklucza się możliwość złożenia oświadczenia o potrąceniu w sposób dorozumiany (wyrok SN 12.10.2007 r. V CSK 223/07). W ocenie Sądu za przyjęciem takiego stanowiska przemawia specyficzny charakter tej czynności prawnej i powaga skutków prawnych, jakie ona za sobą pociąga. Pogląd taki jest w niniejszej sprawie tym bardziej uzasadniony, z uwagi na fakt, iż strony posiadały względem siebie liczne wierzytelności, a zatem koniecznym było precyzyjne określenie potrącanej wierzytelności, co wymagało stosownego oświadczenia.

Sąd stoi na stanowisku także, iż nie sposób uznać, iż oświadczenie o potrąceniu zostało złożone przez stronę pozwaną w toku niniejszego postępowania. Co prawda pełnomocnik procesowy może podnieść zarzut potrącenia w sensie procesowym, jednak oznacza to jedynie powołanie się na czynność materialnoprawną mocodawcy, który dokonał potrącenia, czyli złożył stosowne oświadczenie woli. Jeżeli zaś takiego oświadczenia nie było, brak jest podstaw do uznania, iż pełnomocnictwo procesowe obejmuje umocowania w tym zakresie, albowiem nie umocowuje ono do podejmowania czynności materialnoprawnych, chyba że wyraźnie zostało to zastrzeżone w treści pełnomocnictwa. Pełnomocnictwo udzielone przez stronę pozwaną pełnomocnikowi w niniejszej sprawie takiego rozszerzenia nie zawierało.

Nawet gdyby jednak uznać, iż strona pozwana złożyła oświadczenie o potrąceniu to powództwo również zasługiwało by na uwzględnienie w przeważającej części z uwagi na fakt, iż materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie nie daje podstaw do stwierdzenia, iż zostały spełnione wszystkie przesłanki uprawniające stronę pozwaną do skorzystania ze wskazanej instytucji prawa cywilnego.

Zgodnie z art. 498 § 1 k.c. gdy dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami, każda z nich może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelnością drugiej strony, jeżeli przedmiotem obu wierzytelności są pieniądze lub rzeczy tej samej jakości oznaczone tylko co do gatunku, a obie wierzytelności są wymagalne i mogą być dochodzone przed sądem lub przed innym organem państwowym. Wskutek potrącenia obie wierzytelności umarzają się nawzajem do wysokości wierzytelności niższej (§ 2). Jak wynika z tego przepisu potrącenie jest możliwe, gdy spełnione są łącznie następujące przesłanki: dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami (wzajemność wierzytelności), przedmiotem obu wierzytelności są pieniądze lub rzeczy tej samej jakości oznaczone tylko co do gatunku (jednorodność wierzytelności), obie wierzytelności są wymagalne (wymagalność roszczeń), obie wierzytelności mogą być dochodzone przed sądem lub innym organem państwowym (zaskarżalność wierzytelności).

Strona pozwana do potrącenia zgłosiła wierzytelność wynikającą z faktu, iż wypłacona przez nią kwota 2.169.387,00 na skutek przeprowadzonej weryfikacji okazała się świadczeniem nienależnym w zakresie kwoty 58.626 zł. Zatem zobowiązana była wykazać, iż w istocie strona powodowa rozliczała wykonane badania niezgodnie z umową oraz zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W ocenie Sądu strona pozwana z tego ciężaru dowodowego się nie wywiązała.

Przede wszystkim wskazać należy, iż Sąd po przeanalizowaniu postanowień zawartej umowy, zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dokumentacji badań zakwestionowanych przez stronę pozwaną doszedł do przekonania, iż brak jest podstaw do uznania, iż badania te rozliczone zostały niezgodnie z umową, czy też zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Jak wynika z przedmiotowego zarządzenia, aby badanie mogło zostać rozliczone musi być wykonane na podstawie skierowania lekarza ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, który zawarł umowę z Funduszem lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Funduszem. Ponadto nie dopuszcza się łącznego rozliczania w ramach danego zakresu określonego w kolumnie nr 3 załącznika nr 1 b do zarządzenia – świadczeń oznaczonych różnym kodem jak również wielokrotności świadczeń oznaczonych tym samym kodem, wykonywanych w tym samym dniu u tego samego świadczeniobiorcy. Nie sposób zatem wywodzić z powyższych zapisów, iż nie jest dopuszczalne wykonywanie badań u tego samego pacjenta w różnych dniach i rozliczanie ich jako osobnych świadczeń. Brak w umowie łączącej strony i zarządzeniu Prezesa NFZ takiego zakazu. Strona pozwana zaś z tego faktu wywodziła swoje roszczenie. Co prawda podnosiła, iż w rzeczywistości badania te były wykonywane w jednym dniu, jednakże w żaden sposób okoliczności tej nie udowodniła. A to na niej, jako stronie wywodzącej z tego faktu skutki prawne, spoczywał ciężar dowodu w tym zakresie. Strona pozwana ograniczyła się jedynie do przytoczenia okoliczności, które w jej ocenie podważają zgodność dokumentacji strony powodowej z rzeczywistością. Jednakże Sąd nie podziela argumentacji strony pozwanej w tym zakresie.

W pierwszej kolejności wskazać należy, iż o tym, że badania były wykonywane w jednym dniu w żadnym razie nie może świadczyć kod kreskowy umieszczony na wynikach badań, który stanowi dwa kolejne numery, pomimo, iż badania zostały wykonane w odstępie kilku dni. W istocie na wynikach badań MR znajduje się kod kreskowy, a na wskazanych przez stronę pozwaną badaniach (na wynikach tych badań) znajdują się kolejne liczby tego kodu (k. 70 i 72 oraz 74 i 76 akt). Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego nie wynika jednak, co oznacza przedmiotowy kod, z uwagi zaś na fakt, iż każdy wynik badania posiada swój numer nie sposób uznać, iż kod kreskowy jest numerem badania.

O tym, iż badania zostały wykonane w jednym dniu nie świadczy również fakt, iż były wykonywane na podstawie skierowania wystawionego tego samego dnia przez ten sam podmiot.

Jeżeli strona pozwana kwestionowała zgodność z rzeczywistością dokumentacji medycznej, a mianowicie w jej ocenie badania były wykonywane w tym samym dniu, mogła zawnioskować o przeprowadzenie dowodu na tę okoliczność,

choćby w postaci zeznań w charakterze świadków pacjentów, którym były wykonywane przedmiotowe badania, czego jednak nie uczyniła.

Po przeanalizowaniu całej dokumentacji medycznej przedłożonej przez strony Sąd doszedł do przekonania, iż za wykonane niezgodnie z umową można jedynie uznać badania o numerze ID (...) wykonane w dniach 4 sierpnia 2008 r. i 7 sierpnia 2008 r. oraz o numerze ID (...) z dnia 20 lutego 2008 r. i 25 lutego 2008 r., albowiem w istocie zostały one wykonane pomimo braku skierowania dokładnie na wykonane badania. Z tego względu gdyby uznać, iż strona pozwana skutecznie złożyła oświadczenie o potrąceniu, powództwo podlegałoby oddaleniu o kwotę stanowiącą równowartość tych dwóch badań, a zatem kwotę 540 zł.

Mając powyższe na uwadze Sąd oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu ochrony radiologicznej na okoliczność szkodliwości wykonywania badań w jednym dniu, albowiem okoliczność ta nie miała znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Reasumując skoro w niniejszej sprawie bezspornym było, iż strona pozwana nie uiściła na rzecz strony powodowej kwoty żądanej pozwem, a postępowanie dowodowe przeprowadzone w niniejszej sprawie nie dało podstaw do uznania, iż zostało złożone oświadczenie o potrąceniu, Sąd uwzględnił w całości powództwo, zasądając na rzecz strony powodowej kwotę 25.002 zł.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. zgodnie z którym wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Sąd zasądził odsetki od dnia 25 listopada 2009 r. zgodnie z żądaniem pozwu. Skoro bowiem termin płatności faktury przypadał na dzień 24 listopada 2009 r. od dnia następnego strona pozostawała w zwłóce z zapłatą kwoty żądanej pozwem.

O kosztach Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie, z którym strona przegrywająca sprawę jest obowiązana zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Mając na uwadze, iż strona powodowa wygrała sprawę w całości Sąd zasądził od strony pozwanej na jej rzecz całość poniesionych przez nią kosztów postępowania, tj. kwotę 3.668 zł, na którą składają się opłata od pozwu w kwocie 1.251 zł, koszty zastępstwa procesowego w kwocie 2.400 zł oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Wskazać należy, iż wbrew twierdzeniom strony pozwanej w niniejszej sprawie brak było podstaw do odrzucenia pozwu z uwagi na brak zdolności sądowej strony powodowej. Co prawda strona powodowa w pozwie nie określiła swojej formy prawnej, jednakże okoliczność ta nie implikuje braku zdolności sądowej, a stanowiła co najwyżej brak formalny pozwu. Za w pełni prawidłowe należy zatem uznać sprecyzowanie dokonane w toku procesu, nie sprowadzało się ono bowiem do wskazania nowego podmiotu, a jedynie podania jego pełnej nazwy. Podkreślić przy tym należy, iż forma prawna, pod jaką działała strona powodowa była uwidoczniła już na etapie wniesienia pozwu, albowiem wynikała ona z dokumentów do niego załączonych, a mianowicie pełnomocnictwa oraz odpisu z rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego.