

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 22 listopada 2013 roku (data stempla pocztowego) K. J. (1) i I. J. (1) wnieśli o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w W. kwoty 171,88 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi w sposób wskazany w treści żądania pozwu oraz kosztami procesu. W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, iż jest stroną zawartej z pozwanym umowy o udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Zaznaczono, że wypełnieniem zobowiązania ciążącego na powodzie było zapewnienie możliwości objęcia opieką odpowiedniej ilości świadczeniobiorców, zgodnie z liczbą ujętą na listach świadczeniobiorców. Podniesiono, że wskazanie przez pozwanego wbrew obowiązującej procedurze, że część świadczeniobiorców zmarła i wskazane świadczenia należy uznać za nienależne nie ma uzasadnienia prawnego stosownie do obowiązujących w tym zakresie uregulowań. Podniesiono także niezgodność dokonywanych potrąceń z postanowieniami łączących strony umów, ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej OWU), zarówno w zakresie braku podstaw do potrącenia, jak i w zakresie niezachowania odpowiednich procedur (pozew k. 2-6).

Nakazem zapłaty z dnia 20 stycznia 2013 roku wydanym w postępowaniu upominawczym orzeczono zgodnie z żądaniem pozwu (nakaz zapłaty k. 59).

W sprzeciwie od nakazu zapłaty z dnia 11 lutego 2014 roku Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w W. zaskarżył powyższy nakaz w całości wnosząc o oddalenie powództwa w całości i o zasądzenie kosztów procesu. W uzasadnieniu podniesiono, że z dołączonej do pozwu umowy o udzielenie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zawartej w dniu 9 lutego 2011 roku i obowiązującej w okresie od 1 stycznia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku, wynika, że została ona zawarta z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej S.C. (...), czyli z podmiotem nie mającym zdolności prawnej i zdolności do czynności prawnych, co w konsekwencji powoduje, że umowa z dnia 9 lutego 2011 roku jest nieważna. Pozwany zaprzeczył jakoby łączyła go w 2010 roku ważna umowa o udzielenie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zawarta z powodami. Ponadto, podniesiono, że powód obowiązany był do każdorazowego aktualizowania listy świadczeniobiorców, a pozwany nie dysponuje własną bazą danych o osobach zmarłych i otrzymuje informacje w tym zakresie ze znacznym opóźnieniem. Zdaniem pozwanego ma on prawo do późniejszej weryfikacji danych i do żądania zwrotu należności, uiszczonych z tytułu objęcia opieką osób zmarłych, jako świadczeń nienależnych. Zgodnie ze stanowiskiem pozwanego opieką może być objęta tylko osoba żyjąca i tylko za taką osobę świadczeniodawca może otrzymać zapłatę, a w przypadku śmierci, podstawa świadczenia odpada. Zdaniem pozwanego, potrącenia zostały dokonane zgodnie z postanowieniami umów oraz z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (sprzeciw – k. 65-70).

W piśmie procesowym z dnia 8 kwietnia 2014 roku powód wskazał, że w komparycji umowy z dnia 9 lutego 2011 roku świadczeniodawca został określony jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej S.C. (...), utworzone i prowadzone przez Spółkę Cywilną (...): K. J., I. J. wobec czego za nietrafne należy uznać wywody pozwanego jakoby umowa została zawarta z podmiotem niemającym zdolności prawnej. Podniesiono także, że deklaracje pacjentów nie stanowiły podstawy rozliczeń pomiędzy powodem a Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim, ponieważ podstawą rozliczeń są zweryfikowane przez pozwanego i przez niego zatwierdzone listy świadczeniobiorców. Zaznaczono, że na pozwanym ciążył obowiązek weryfikacji i aktualizacji list świadczeniobiorców (pismo – k. 81-87).

W piśmie procesowym z dnia 4 lipca 2014 roku Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w W., podniósł, że treść komparycji umowy z dnia 9 lutego 2011 roku jednoznacznie wskazuje, że umowa została zawarta z niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej, a nie z K. J. i I. J. (pismo – k. 115-120).

Sąd ustalił, następujący stan faktyczny:

W dniu 9 lutego 2010 roku pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w W. a Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej S.C. (...) doszło do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej nr 07R-4- (...) -01-01 oraz nr 07R-4- (...) -01-11 (umowy z dnia 9 lutego 2010 roku – k. 89-100).

W dniu 9 lutego 2011 roku pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w W. a Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej S.C. (...), utworzonym i prowadzonym przez Spółka Cywilna (...) Wspólnicy K. J., I. J. została zawarta umowa o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (umowa nr (...) – k. 40-43).

W dniu 12 stycznia 2012 roku pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w W. a I. J. (1), K. J. (1) – współnikami spółki cywilnej pod nazwą Spółka Cywilna (...) K. J. (1), I. J. (1) doszło do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (umowa nr (...) – k. 44-47).

Przedmiotem umów były świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 2 pkt 1-4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (dalej poz), obejmujące świadczenia lekarza poz, świadczenia pielęgniarki poz, świadczenia położnej poz oraz świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania, udzielane świadczeniobiorcom (pacjentom) przez świadczeniodawcę (Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...)) w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych albo w środowisku nauczania i wychowania, finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Oddział Wojewódzki w W..

W umowach powyższych określono szczegółowe zasady organizacji i finansowania udzielania świadczeń oraz zasady przekazywania informacji przez świadczeniodawców do NFZ. Zgodnie z § 6 pkt 1 i 2 umów z dnia 9 lutego 2010 roku, podstawę do ustalenia liczby świadczeniobiorców objętych opieką stanowi lista świadczeniobiorców sporządzona na podstawie deklaracji wyboru. Lista świadczeniobiorców miała każdorazowo zawierać aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, którzy złożyli deklaracje do osoby udzielającej świadczeń u świadczeniodawcy. Zapis powyższy znajduje swój odpowiednik w treści umowy z 2011 i 2012 roku, tj. w treści § 5 pkt 1 a, zgodnie którym świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia i przekazywania celem rozliczenia realizacji umowy informacji o świadczeniobiorcach w formie list świadczeniobiorców, zawierających każdorazowo aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, których obejmuje opieką na podstawie złożonych deklaracji.

Zgodnie z § 6 pkt 8 umówo udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z 2010 roku na podstawie list świadczeniobiorców przekazywanych przez świadczeniodawców, NFZ weryfikuje te listy i przekazuje do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Lista po przeprowadzonej weryfikacji jest lista ostateczna, za wyjątkiem sytuacji gdy wyniki przeprowadzonej przez NFZ kontroli wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji. Powyższy zapis znajduje swój odpowiednik w treści § 6 ust. 4 i 5 umowy z 2011 i 2012 roku.

Z tytułu świadczonych usług Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c. (...) wystawił w okresie od 30 września 2011 roku do 31 stycznia 2012 roku następujące faktury:

- a) nr 9/PSY/2011 roku w dniu 30 września 2011 roku na kwotę 18.009,00 zł (k. 26);
- b) nr (...) w dniu 30 listopada 2011 roku na kwotę 16.730,65 zł (k. 31);
- c) nr (...) w dniu 31 stycznia 2012 roku na kwotę 4.626,00 zł (k. 38).

W piśmie z dnia 9 czerwca 2011 roku Narodowy Fundusz Zdrowia wskazał, że w związku z aktualizacją Centralnego Wykazu Ubezpieczonych o informacje przekazywane przez MSWiA w zakresie zgonów, MOW NFZ przeprowadził weryfikację kontrolną danych zgromadzonych na listach POZ w oparciu o wąską replikę (...) z dnia 30 maja 2011 roku, zaś wyniki weryfikacji za okres luty – grudzień 2010 roku, wskazały, że pomimo śmierci świadczeniobiorców,

deklaracje tych osób były wykazywane do Funduszu przez świadczeniodawców POZ, za które Fundusz, nie dysponując aktualnymi danymi z MSWiA o zgonach, przekazywał nienależne środki finansowe (pismo – k. 12).

W piśmie z dnia 29 czerwca 2011 roku adresowanym do NFZ K. J. (1) wskazał, że istnieje brak podstaw prawnych do korekty rozliczeń z powodu wykazania osób zmarłych na listach przekazywanych do weryfikacji (pismo – k. 13). W dniu 14 lipca 2011 roku NFZ wezwało K. J. (1) do zwrotu środków finansowych wynikających z nieprawidłowości, poprzez złożenie korekt do rachunków POZ do okresów sprawozdawczych (pismo – k. 19).

Na skutek dokonania weryfikacji NFZ wezwał S.C. (...) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej do zapłaty nienależnych świadczeń wypłaconych za świadczeniobiorców, którzy zmarli. Wobec wezwań do zapłaty, S.C. (...) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej wystąpił do NFZ o przedstawienie dokumentacji kontrolnej o której mowa w art. 64 ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wezwanie k. 17.).

Pismem z dnia 12 sierpnia 2011 roku S.C. (...) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej został wezwany do zapłaty kwoty 16,16 zł oraz kwoty 80,19 zł ustalonej w wyniku stwierdzenia przez Fundusz przekazania nienależnych środków finansowych za deklaracje osób nieżyjących, które zostały przekazane w 2010 roku w ramach umowy nr (...) oraz w ramach umowy nr (...) (wezwanie do zapłaty – k. 15-16).

W dniu 19 września 2011 roku (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w W. wystawił na rzecz S.C. (...) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej następujące noty obciążeniowe:

a) nr (...) na kwotę 80,19 zł wynikająca z rozliczenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 07R-4-(...)-01-01-2009- (...);

b) nr (...) na kwotę 16,16 zł wynikająca z rozliczenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 07R-4-(...)-01-11-2009- (...).

(noty księgowe obciążeniowe – k. 22-23).

(...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w W. pismem z dnia 14 października 2011 roku poinformował S.C. (...) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej o dokonaniu kompensaty należności NFZ wynikających z faktury nr (...) z dnia 30 września 2011 roku na kwotę 18.009,00 zł z należnościami spółki wynikających z noty księgowej obciążeniowej nr (...) roku z dnia 19 września 2011 roku na kwotę 80,19 zł oraz noty księgowej obciążeniowej nr (...) z dnia 19 września 2011 roku na kwotę 16,16 zł (faktura – k. 26; oświadczenie – k. 21; pismo – k. 20).

K. J. (1) w piśmie z dnia 28 października 2011 roku wezwał NFZ (...) Oddział Wojewódzki w W. do zapłaty kwoty 96,35 zł (wezwanie do zapłaty – k. 24).

(...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w W. pismem z dnia 13 grudnia 2011 roku poinformował Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) s.c. o dokonaniu kompensaty należności NFZ wynikających z faktury nr (...) z dnia 30 listopada 2011 roku na kwotę 16.730,65 zł z należnościami spółki wynikających z noty księgowej odsetkowej nr (...) roku z dnia 27 października 2011 roku na kwotę 1,11 zł (oświadczenie – k. 28; nota odsetkowa – k. 29; faktura – k. 31).

W dniu 8 lutego 2012 roku (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w W. wystawił na rzecz S.C. (...) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej następujące noty obciążeniowe:

a) nr ZG/30/12/2011 na kwotę 56,66 zł wynikająca z rozliczenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 4- (...) -01-01-2011- (...);

b) nr ZG/31/12/2011 na kwotę 17,76 zł wynikająca z rozliczenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 4- (...) -01-11-2011- (...)

(noty księgowe obciążeniowe – k. 34-35).

Pismem z dnia 28 grudnia 2011 roku NFZ wezwał S.C. (...) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej do zapłaty kwoty 17,76 zł oraz kwoty 56,66 zł (wezwanie do zapłaty – k. 36-37).

(...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w W. pismem z dnia 22 lutego 2012 roku poinformował Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) s.c. o dokonaniu kompensaty należności NFZ wynikających z faktury nr (...) z dnia 31 stycznia 2012 roku na kwotę 4.626,00 zł z należnościami spółki wynikających z noty księgowej obciążeniowej nr (...) roku z dnia 8 lutego 2012 roku na kwotę 56,66 zł oraz z noty księgowej obciążeniowej nr (...) roku z dnia 8 lutego 2012 roku na kwotę 17,76 zł (oświadczenie o potrąceniu wierzytelności – k. 33; nota księgowa – k. 31-32; faktura – k. 38).

Powyższy stan faktyczny był bezsporny i Sąd ustalił go na podstawie niekwestionowanych dowodów z dokumentów i poświadczonych kopii dokumentów załączonych do pozwu i sprzeciwu od nakazu zapłaty, w szczególności: faktur, not księgowych obciążeniowych, oświadczeń o potrąceniu, wezwań, umów o świadczenie usług zdrowotnych. Wymieniony dokumenty Sąd uznał za autentyczne i wiarygodne.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

Przedmiotem postępowania były roszczenia K. J. (1) i I. J. (1), w związku z dokonaniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w W. potrąceniem ze świadczeń należnych powodowi sum przekazanych wcześniej na pokrycie kosztów podstawowej opieki zdrowotnej pacjentów, którzy nie żyli w okresie realizacji umowy. Spór dotyczył charakteru umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 9 lutego 2010 roku oraz z dnia 9 lutego 2011 roku. Pozwany zaprzeczył jakoby łączyła go w 2010 roku ważna umowa o udzielenie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zawarta z powodami. Pozwany podniósł, że umowa z dnia 9 lutego 2011 roku została zawarta z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej S.C. (...), czyli z podmiotem nie mającym zdolności prawnej i zdolności do czynności prawnych. Pozwany przyznał, że umowa zawarta w dniu 12 stycznia 2012 roku została podpisana prawidłowo tj. z I. J. (1) i K. J. (1).

W dniu 9 lutego 2010 roku Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w W. zawarł z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej S.C. (...) umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej nr 07R-4- (...) -01-01 oraz nr 07R-4- (...) -01-11. Umowa nr (...) z dnia 9 lutego 2011 roku o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej została zawarta pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w W. a Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej S.C. (...), utworzonym i prowadzonym przez Spółka Cywilna (...) Wspólnicy K. J., I. J.. W ocenie Sądu powodowie nie udowodnili prawidłowości zawarcia umów z dnia 9 lutego 2010 roku, nie wykazali że umowy te zostały zawarte z I. J. (1) i K. J. (1), współnikami spółki cywilnej, pod nazwą Spółka Cywilna (...) K. J. (1), I. J. (1). Umowy te, zostały zawarte z niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej czyli z podmiotem nie mającym zdolności prawnej i zdolności do czynności prawnych. W miejscu Sąd miał na uwadze również okoliczności, iż przy zawieraniu umowy wskazany zakład reprezentował Związek (...) w osobie W. P.. Pomimo zgłoszonego przez pozwanego zarzut pozwani nie wykazali, a nawet nie wskazali, łączącego ten podmiot z nimi stosunku prawnego. W związku z powyższym I. J. (1) i K. J. (1) nie będąc stroną tych umów nie mogą dochodzić od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 97,46 zł, ponieważ nie mogą powoływać się na zapisy tych umów, jak i tym samym na zapisy ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Mając na uwadze okoliczność, że podstawą żądania kwot 96,35 zł (80,19 zł + 16,16 zł) i kwoty 1,11 zł były umowy, których prawidłowości zawarcia powodowie nie udowodnili, powództwo co do kwoty 97,46 zł zostało oddalone.

Odnosząc się do zarzutu pozwanego, że umowa z dnia 9 lutego 2011 roku, zawarta z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej S.C. (...), jest nieważna wskazać należy, że w ocenie Sądu oznaczenie stron umowy nie budzi wątpliwości ponieważ w komparycji umowy została wymieniona Spółka Cywilna (...) wspólnicy K. J., I. J.. Ponadto, wskazano NIP i REGON spółki. Takie oznaczenie umowy jednoznacznie pozwala zidentyfikować strony umowy. Mając powyższe na uwadze wskazać należy, że powodowie wykazali, że łączyła ich z pozwanym umowa z dnia 9 lutego 2011 roku.

Sporny charakter miała także wierzytelność przedstawiona przez pozwanego do potrącenia, a obejmująca sumy wypłacone na poczet kosztów leczenia osób nieżyjących, które widniały na listach świadczeniobiorców. Tym samym sporna była dopuszczalność potrącenia dokonanego przez pozwanego.

Zgodnie z art. 498 § 1 kodeksu cywilnego (k.c.) gdy dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami, każda z nich może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelności 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. Potrącenia dokonuje się przez oświadczenie złożone drugiej stronie (art. 499 k.c.). Oświadczenie ma moc wsteczną od chwili, kiedy potrącenie stało się możliwe i nie musi być dokonane w szczególnej formie. Forma tego oświadczenia jest dowolna (M. Pyziak-Szafnicka (w:) System prawa prywatnego, s. 1136). Zgodnie z art. 505 pkt 4 k.c. nie mogą być umorzone przez potrącenie wierzytelności, co do których potrącenie jest wyłączone przez przepisy szczególne.

Strony niniejszego postępowania zawierały umowy o udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o przepisy szczególne, tj. ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej OWU), stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydane na podstawie art. 137 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia pomiędzy stronami, w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej rozliczane były na podstawie kapitałowej stawki rocznej, o której mowa w OWU.

Zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 5 i 13 OWU kapitałowa stawka roczna to kwota przeznaczona na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku w ustalonym w umowie zakresie świadczeń, a przez świadczenia rozumie się świadczenia opieki zdrowotnej stanowiące przedmiot umowy. Na podstawie § 14 ust. 1 OWU, Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie. Umowy rozliczane były w okresie sprawozdawczym, którym był miesiąc kalendarzowy (§ 1 pkt 7 lit a OWU).

Na podstawie § 17 pkt 2 i 3 OWU liczba świadczeniobiorców, objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę (czyli (...)), sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru. Informację, o której mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje do właściwego wojewódzkiego oddziału Funduszu do 7. dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Oddział wojewódzki Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką. Przekazana informacja stanowi podstawę do sporządzenia rachunku za dany okres sprawozdawczy.

Na podstawie § 24 pkt 1 OWU należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy, oddział wojewódzki Funduszu wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 15 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 17 ust. 2. Rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego (§ 27 pkt. 2 OWU).

Zgodnie z § 28 pkt 1 i 3 OWU w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania Funduszu do ich zwrotu. Natomiast w przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64 (zgodnie z którym podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej

ze środków publicznych może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom na zasadach określonych w tym przepisie), 160 i 161 ustawy (dotyczące zażaleń na decyzje dyrektora oddziału NFZ), oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy.

Zasady, o których mowa § 17 pkt 2 i 3 OWU w zakresie sporządzania i weryfikacji list świadczeniobiorców zostały wprowadzone do łączących strony umów o świadczenie usług zdrowotnych w § 6.

W ocenie Sądu pozwany bezpodstawnie obciążał powoda skutkami za przedstawianie nieaktualnych list świadczeniobiorców, podczas gdy to na nim ciążył obowiązek comiesięcznej weryfikacji list pacjentów uprawnionych do świadczeń w tym także tego, czy te osoby żyją. Wynika on jednoznacznie z postanowień § 17 pkt 2 i 3 OWU. Należy wskazać, iż to w interesie pozwanego leżała bieżąca weryfikacja przedstawianych przez powoda list świadczeniobiorców i jego Prezes jako organ administracji publicznej dysponował stosownymi instrumentami umożliwiającymi dostęp do baz danych i weryfikację osób uprawnionych do świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Rację ma też powód twierdząc, że jako zakład opieki zdrowotnej pozostaje stale w gotowości do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na rzecz osób, które złożyły u niego deklaracje, co wiąże się z koniecznością zapewnienia odpowiedniej obsługi, sprzętu, odpowiedniej liczby osób świadczących tę pomoc. Stała gotowość uzależniona jest od liczby osób, które złożyły deklaracje i pozostaje niezależna od tego czy dana osoba korzysta z tych usług czy nie. Powód obowiązany był nie tylko do rzeczywistego świadczenia usług wobec świadczeniobiorców lecz również do zapewnienia możliwości ich udzielenia. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej Narodowy Fundusz Zdrowia nie refunduje kosztów udzielonych świadczenie, lecz samo objęcie świadczeniobiorcy opieką bez wnikania czy korzystał on ze świadczeń w danym okresie.

Powód bazując na zatwierdzonych listach świadczeniobiorców dostosowywał świadczoną przez siebie opiekę zdrowotną do liczby pacjentów ujętych w weryfikowanych przez pozwanego co miesiąc listach. W konsekwencji dokonane przez pozwanego wypłaty także z tytułu objęcia podstawowa opieką zdrowotną pacjentów nieżyjących nie stanowią świadczeń nienależnych rozumieniu art. 410 k.c. z uwagi na to iż podstawą zapłaty było zapewnienie potencjalnej opieki dla wszystkich świadczeniobiorców znajdujących się na liście.

Niezależnie od okoliczności, iż brak było podstaw do obciążenia powoda kosztami pozostawania w gotowości do świadczenia usług na rzecz nieżyjących pacjentów, należy wskazać, iż potrącenie to zostało dokonane niezgodnie z obowiązującymi strony przepisami § 28 pkt 3 OWU. Zgodnie bowiem z § 28 pkt 1 i 3 OWU pozwany mógł żądać zwrotu nienależnie pobranych świadczeń od pozwanego wzywając go do tego, a powód uznając to żądanie winien je spełnić. W przypadku gdy powód odmówił zwrotu świadczenia, strony wiązały procedury przewidziane w art. 64, 160 i 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepisy te regulują przeprowadzenie kontroli u świadczeniodawcy, zasady sporządzania protokołów pokontrolnych, wystąpień pokontrolnych, zgłaszania zastrzeżeń, także składania zażaleń na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu. Dopiero po wyczerpaniu tych procedur pozwanemu przysługiwałoby prawo do potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami.

Reasumując należy podkreślić, że na podstawie art. 505 pkt 4 k.c. potrącenie nie było dopuszczalne, ponieważ zostało ograniczone przez przepis szczególny przez obowiązek wyczerpania określonych procedur kontrolnych i odwoławczych. Ponadto ze względu na prawa i obowiązki strony umowy o udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej nie mamy do czynienia ze świadczeniem nienależnym w rozumieniu art. 410 k.c.

Z tych przyczyn powództwo co do kwoty 74,42 zł zasługiwało na uwzględnienie.

O odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 § 1 k.c. zgodnie z którym jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Na podstawie §

24 pkt 1 OWU należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy oddział wojewódzki Funduszu obowiązany był wypłacać, za miesiąc poprzedni, w terminie 15 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych. Z uwagi na powyższe, na dzień 15 każdego kolejnego miesiąca stawały się wymagalne roszczenia powoda z tytułu powyższych faktur. Pozwany dokonywał ich wypłaty po dokonaniu potrącenia. Wobec czego odsetki należało liczyć od dnia 15 lutego 2012 roku.

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie trzecim wyroku, na podstawie art. 100 k.p.c. zgodnie z którym w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Na koszty procesu składała się opłata od pozwu w wysokości 30,00 zł, kwota 60,00 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego (§ 6 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 z urzędu przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu) oraz koszt opłaty od pełnomocnictwa w wysokości 17,00 zł. Mając na uwadze okoliczność, że powód utrzymał się ze swoim żądaniem w 42%, Sąd zasądził kwotę 2,61 zł od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz powodów K. J. (1), I. J. (1) tytułem stosunkowego rozdzielania kosztów procesu.

Mając powyższe na uwadze należało orzec jak w sentencji orzeczenia.

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikom stron.