

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 września 2018 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie IV Wydział Cywilny w składzie:

|                 |                                      |
|-----------------|--------------------------------------|
| przewodniczący: | SSO Magdalena Kubczak                |
| protokolant:    | protokolant sądowy Patrycja Chrustek |

po rozpoznaniu w dniu 11 września 2018 r. w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Publicznego Zespołu (...) w G.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia

o odszkodowanie

1. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz (...) Publicznego Zespołu (...) w G. następujące kwoty:

a) 9.343.980 ( dziewięć milionów trzysta czterdzieści trzy tysiące dziewięćset osiemdziesiąt ) złotych- z ustawowymi odsetkami od 15 czerwca 2013r. do dnia zapłaty;

b) 18.094,09 ( osiemnaście tysięcy dziewięćdziesiąt cztery i 9/100) złotych- z ustawowymi odsetkami od 15 czerwca 2013r. do dnia zapłaty;

c) 153.962,40 ( sto pięćdziesiąt trzy tysiące dziewięćset sześćdziesiąt dwa i 40/100) złotych – z ustawowymi odsetkami od 15 czerwca 2013r. do dnia zapłaty;

d) 57.820 ( pięćdziesiąt siedem tysięcy osiemset dwadzieścia) złotych – z ustawowymi odsetkami od 15 czerwca 2013r. do dnia zapłaty;

e) 328 ( trzysta dwadzieścia osiem) złotych – z ustawowymi odsetkami od 30 czerwca 2014r. do dnia zapłaty;

f) 4819, 18 ( cztery tysiące osiemset dziewięćnaście i 18/100) złotych- z ustawowymi odsetkami od 30 czerwca 2014r. do dnia zapłaty;

g) 1.286.324,38 ( jeden milion dwieście osiemdziesiąt sześć tysięcy trzysta dwadzieścia cztery i 38/100) złotych –z ustawowymi odsetkami od 15 czerwca 2013r. do dnia zapłaty;

h) 62.972,33 ( sześćdziesiąt dwa tysiące dziewięćset siedemdziesiąt dwa i 33/100) złotych – z ustawowymi odsetkami od 30 czerwca 2014r. do dnia zapłaty;

2. umarza postępowanie w zakresie kwoty 757.389,80 ( siedemset pięćdziesiąt siedem tysięcy trzysta osiemdziesiąt dziewięć i 80/100) złotych wraz z odsetkami;

3. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz (...) Publicznego Zespołu (...) w G. kwotę 7200 ( siedem tysięcy dwieście) złotych tytułem kosztów procesu;

4. nakazuje pobrać od Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz Skarbu Państwa-Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 100.000 ( sto tysięcy) złotych tytułem kosztów sądowych.

IV C 596/14

## UZASADNIENIE

Pozwem z 27 czerwca 2014r. (...) Publiczny Zespół (...) w G. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 11.685.690,18 złote z odsetkami ustawowymi od kwot częściowych wskazanych w pozwie, tytułem poniesionych wydatków na przygotowanie się do świadczenia usług medycznych oraz utraconych korzyści w związku z nie zawarciem z powodem umowy o świadczenie usług medycznych, mimo iż powód wygrał konkurs. W uzasadnieniu wskazał, iż na skutek bezprawnych działań pozwanego w postępowaniu konkursowym o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powód doznał szkody. Podał, że komisja konkursowa popełniła zawiniony błąd, w wyniku którego doszło do zaniżenia wartości punktowej oferty powoda ( pozew k 2).

Postanowieniem z 15.07.2014r. zwolniono powoda od opłaty od pozwu ( postanowienie k 1835).

W odpowiedzi pozwany wniósł o oddalenie powództwa, zarzucając, iż powód nie wykazał, że szkoda została wyrządzona na skutek wydania niezgodnych z prawem decyzji. Zarzucił ponadto, że oferta powoda nie została wybrana w konkursie. Zakwestionował też możliwość utożsamiania utraconych korzyści z przychodem, bez uwzględnienia kosztów realizacji umowy o świadczenie usług medycznych ( odpowiedź k 1848 tom X).

Na rozprawie w dniu 11 września 2018r. powód cofnął pozew w części, to jest co do kwoty wskazanej w pkt 1 c pozwu z odsetkami ze zrzeczeniem się roszczenia ( stanowisko k 2307).

Sąd ustalił:

W marcu 2011r. Narodowy Fundusz Zdrowia, Oddział (...) ogłosił konkurs ofert nr (...)o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres 1.07.2011r.-31.12.2012r. w rodzaju ratownictwo medyczne w zakresie świadczeń udzielanych przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego oraz specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego na obszarze (...) (...) (ogłoszenie k 60).

W konkursie oferty złożyły dwa podmioty:

-powód;

- (...) Region (...) ( bezsporne).

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego nastąpiło w dniu 30.05.2011r. W ogłoszeniu poinformowano, iż komisja konkursowa wybrała ofertę (...) Region (...) ( ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu k 63, ranking końcowy k 65).

Powód w dn. 3.06.2011r. wniósł odwołanie do Dyrektora Oddziału na podstawie art. 152 ust. 1 w zw. z art. 154 ust. 1 ustawy, zarzucając, iż w trakcie postępowania doszło do naruszenia zasad równego traktowania świadczeniodawców, a postępowanie nie gwarantowało zasad uczciwej konkurencji. ( odwołanie k 66).

Pracownicy powoda dopiero po rozstrzygnięciu komisji mogli mieć wgląd do akt i udali się do Oddziału NFZ w celu wglądu w dokumenty, wtedy stwierdzili błąd i w dniu 13.06.2011r. pismem powód zawiadomił Dyrektora Oddziału, że po przejrzeniu udostępnionej w dn. 13.06.2011r. dokumentacji, to jest protokołów z kontroli z dnia 29.04.2011r. stwierdził, że protokoły te są rozbieżne z protokołami kontroli znajdującymi się w dyspozycji powoda, a różnica sprowadza się do błędnego spięcia 2 stron protokołów dotyczących specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego w G. i specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego w B., a odnoszących się do skróconej tabeli wyposażenia do postępowania w nagłych stanach ( pismo k 72, zeznania świadka D. C. k 63 (...), P. M. k 2286).

Decyzją z 17.06.2011r. Dyrektor Oddziału NFZ uwzględnił odwołanie, stwierdzając, że w wyniku postępowania została wybrana oferta powoda i stwierdzając, że oferta powoda powinna otrzymać 45 punktów z uwzględnieniem kryterium ciągłości w części dotyczącej specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zamiast 42. W uzasadnieniu wskazano, iż ustalono, że doszło do błędnej punktacji ofert, ponieważ członkowie zespołu kontrolującego komisji konkursowej przeprowadzający w dn. 29.04.2011r. u odwołującego się kontrolę wyposażenia środków transportu dla specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego oraz dla podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w sposób omyłkowy skompletowali protokoły kontroli oferenta, to jest w protokole kontroli oferenta-podstawowy zespół ratownictwa medycznego ( B.) znalazł się element przypisany dla specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego z adnotacją „ kapnometr-jest”, zaś w protokole kontroli oferenta-specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego ( G.) znalazł się element przypisany dla podstawowego zespołu ratownictwa medycznego z adnotacją: „kapnometr-w trakcie realizacji”. Fakt omyłkowego skompletowania protokołów potwierdziły też egzemplarze protokołów przedłożone przez odwołującego. Po uwzględnieniu protokołów z właściwymi elementami stwierdzono, iż odwołujący się powinien otrzymać 45 punktów zamiast 42, co w ogólnej punktacji dało mu 161 punktów, czyli więcej niż podmiotowi, który został wskazany przez komisję konkursową ( decyzja k 76, pismo k 82, zeznania świadka D. B. k 1915, protokół z negocjacji k 1942, zaproszenie do negocjacji k 1944, potwierdzenie złożenia wyjaśnień k 1945, pismo wyjaśniające z 10.05.2011r. k 1946, wynik kontroli k 1949, protokół kontroli oferenta ( G.) k 1943-1962, protokół kontroli oferenta ( K.) k 1962-1971,2016-2024, protokół kontroli oferenta ( B.) k 1971-1979-znajdujący się w NFZ-nieprawidłowo zszyty, 2007-2015-znajdujący się u powoda, regulamin pracy komisji k 2035, zeznania świadków: D. S. k 2143, I. K. k 2147, J. J. k 36 (...), P. M. k 2286).

Decyzją z 29.06.2011r. Prezes NFZ, na skutek odwołania (...) uchylił decyzję Dyrektora Oddziału. W uzasadnieniu wskazano, że decyzja podlega uchyleniu z uwagi na naruszenie przepisów o właściwości, albowiem w decyzji dokonano jednocześnie zmiany rozstrzygnięcia komisji konkursowej, do czego Dyrektor nie był uprawniony ( decyzja k 83).

Wyrokiem z 16.04.2012r. Wojewódzki Sąd Administracyjny uchylił decyzję Prezesa NFZ z uwagi na to, iż decyzja ta nie rozstrzygnęła sprawy co do istoty ( wyrok k 90).

Decyzją z 8.07.2011r. Dyrektor uwzględnił odwołanie powoda, przyznając jak w poprzedniej decyzji, iż doszło do omyłkowego skompletowania protokołów przez komisję konkursową ( decyzja k 98).

Pismem z 13.07.2011r. powód wystąpił do Dyrektora Oddziału o zawarcie umowy ( pismo k 127).

Pozwany poinformował, iż decyzja z 8.07.2011r. nie jest ostateczna, więc nie rodzi skutku w postaci zawarcia z powodem kolejnej umowy. Poinformował też, iż z (...) została zawarta umowa od 1.07.2011r. na podstawie art. 154 ust. 2 ustawy po wskazaniu przez Prezesa NFZ tego podmiotu jako uprawnionego do zawarcia umowy ( pismo k 133).

Pismem z 8.07.2011r. pozwany wypowiedział umowę z (...) ( wypowiedzenie k 1866).

W dniu 18.07.2011r. pozwany ogłosił rokowania w sprawie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na okres 9.10.2011r.-31.12.2012r. ( ogłoszenie k 1868). Komisja konkursowa wybrała (...) ( ogłoszenie o rozstrzygnięciu k 1871, ranking k 1872).

W międzyczasie Prezes NFZ, wszczynając postępowanie z urzędu, decyzją z 10.08.2011r. nr (...) stwierdził nieważność swojej decyzji z 29.06.2011r. Dodatkowo decyzją nr (...) z 10.08.2011r. uchylił decyzję Dyrektora Oddziału z 17.06.2011r. Na skutek skargi, Wojewódzki Sąd Administracyjny wyrokiem z 16.04.2012r. uchylił decyzję Prezesa NFZ z 10.08.2011r. o uchyleniu decyzji z 17.06.2011r., uznając niedopuszczalność dwutorowości postępowania administracyjnego i sądownoadministracyjnego i niedopuszczalność wszczęcia postępowania administracyjnego w celu stwierdzenia nieważności decyzji z 29.06.2011r. ( wyrok k 106). Wyrokiem z 15.04.2014r. NSA oddalił skargę kasacyjną od tego wyroku ( wyrok k 1897).

Na skutek odwołania od decyzji z 8.07.2011r. Prezes NFZ decyzją z 19.09.2011r. uchylił decyzję Dyrektora Oddziału z 8.07.2011r. i umorzył postępowanie w I instancji. W wyniku skargi, Wojewódzki Sąd Administracyjny wyrokiem z

16.05.2012r. uchylił decyzję Prezesa NFZ z 19.09.2011r. i decyzję Dyrektora Oddziału z 8.07.2011r., w uzasadnieniu wskazując, iż odpadła podstawa wydania decyzji z 19.09.2011r., zaś niedopuszczalnym było pozostawanie w obrocie dwóch decyzji wydanych w wyniku jednego odwołania, czyli decyzji z 8.07.2011r. i 17.06.2011r. ( wyrok k 118).

Wyrokiem z 11.06.2012r. Wojewódzki Sąd Administracyjny uchylił decyzję Prezesa NFZ z 20.09.2011r. o utrzymaniu w mocy decyzji nr (...) oraz decyzję z 10.08.2011r. nr (...) ( wyrok k 128, 1904).

Postanowieniem z 16.04.2014r. NSA uchylił wyrok WSA z 16.04.2012r. w sprawie skargi na decyzję Prezesa NFZ z 29.06.2011r. i umorzył postępowanie sądowe ( postanowienie k 1890).

W wyniku konkursu podmiot miał zawrzeć umowę na okres 1.07.2011r.-31.12.2012r.

Oferowana przez powoda cena jednostki w zakresie udzielenia świadczeń przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego wynosiła (...) zł. Zgodnie z końcowym rankingiem cena jednostki rozliczeniowej po negocjacjach została ustalona na (...) zł.

Za okres 1.07.2011r.-31.12.2011r. wartość wynosi (...) zł ( 184 jednostki/dni x stawka dzienna). Wartość kwoty związana z udzielaniem świadczeń przez dwa zespoły medyczne zgodnie z ogłoszeniem wynosi (...)

Za okres 1.01.2012r.-31.12.2012r. wartość wynosi (...) zł ( 368 jednostek /dni x stawka dzienna). Wartość kwoty związana z udzielaniem świadczeń przez dwa zespoły medyczne zgodnie z ogłoszeniem wynosi (...)

Oferowana przez powoda cena jednostki w zakresie udzielenia świadczeń przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wynosiła (...)zł. Zgodnie z końcowym rankingiem cena jednostki rozliczeniowej po negocjacjach została ustalona na (...) zł.

Za okres 1.07.2011r.-31.12.2011r. wartość wynosi (...)zł ( 184 jednostki/dni x stawka dzienna).

Za okres 1.01.2012r.-31.12.2012r. wartość wynosi (...) zł ( 368 jednostek /dni x stawka dzienna).

Łącznie- (...) zł.

( ranking końcowy k 65, formularz ofertowy (...) k 144-183).

NFZ aneksował umowy zawarte w rodzaju ratownictwo medyczne w zakresie udzielanych przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego na obszarze powiatu (...) na kolejny okres –do 31.12.2014r.

Za okres 1.01.2013r.-31.12.2013r. wartość w zakresie świadczeń udzielanych przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego wynosi (...) zł ( 368 jednostek /dni x stawka dzienna). Wartość kwoty związana z udzielaniem świadczeń przez dwa zespoły medyczne wynosi (...) zł (931.040 x 2). Za okres 1.01.2014r.-27.06.2014r. wartość w zakresie świadczeń udzielanych przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego wynosi (...) zł ( 368 jednostek /dni x stawka dzienna). Wartość kwoty związana z udzielaniem świadczeń przez dwa zespoły medyczne wynosi (...) zł.

Za okres 1.01.2013r.-31.12.2013r. wartość w zakresie świadczeń udzielanych przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wynosi (...)zł ( 368 jednostek /dni x stawka dzienna). Za okres 1.01.2014r.-27.06.2014r. wartość w zakresie świadczeń udzielanych przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wynosi (...) zł ( 178 jednostek /dni x stawka dzienna). Wartość kwoty związana z udzielaniem świadczeń przez dwa zespoły medyczne wynosi (...)zł.

(...) zł

Wartość kwot w ramach kontraktu za okres 1.07.2011r.-27.06.2014r. wynosi (...) zł. ( ranking końcowy k 65, formularz ofertowy (...) k 144-183, artykuły NFZ k 192, 188,184,193, zeznania świadka D. C. k 63 (...)).

Wydatki poniesione na zakup wyposażenia karetek i sprzętu w związku z przystąpieniem do konkursu wyniosły (...)zł ( zeznania świadka R. R. k 39 (...), D. C. k 63 (...), faktury k 198-203, wyciągi bankowe k 204-214).

Wydatki związane z ubezpieczeniem dwóch karetek za okres 1.07.2011r.-31.05.2014r. wyniosły (...) zł. Gdyby zawarto umowę z powodem, to koszty ubezpieczenia zostałyby pokryte z kwot uzyskanych z kontraktu (zeznania świadka R. R. k 39 (...), D. C. k 63 (...), koszty ubezpieczenia-zestawienie k 296, kopie polis k 297-321, wyciągi bankowe z dowodami płatności k 322). Z tytułu karetek Szpital nie uzyskał przychodu. Wojewoda podaje plan zabezpieczenia ratowniczego, w którym określa liczbę zespołów ratownictwa w danym województwie. Wobec braku kontraktu karetki były wykorzystywane do innych celów ( zeznania świadka P. M. k 2286).

Wydatki związane z obsługą prawną powoda wyniosły (...) zł. Dotyczyły one wnoszonych odwołań. Szpital zatrudnił prawnika –specjalistę w zakresie prawa administracyjnego (zeznania świadka R. R. k 39 (...), D. C. k 63 (...), zeznania świadka P. M. k 2287, zestawienie k 363, faktury k 364,365, 369-372, umowy k 366,367, 369, wyciągi bankowe dotyczące zapłat k 373-381).

Wydatki związane z opłatami sądowymi, niezwrócone powodowi wyniosły (...) zł (zeznania świadka R. R. k 39 (...), zestawienie k 398).

Wydatki związane z podróżami służbowymi do NSA, WSA i Ministerstwa wyniosły (...) zł (zeznania świadka R. R. k 39 (...), D. C. k 63 (...), zestawienie k 387v, polecenia wyjazdów k 386-407).

Wydatki związane z kosztami wynagrodzeń pracowników wyniosły (...)zł (zeznania świadka R. R. k 39 (...), D. C. k 63 (...), P. M. k 2286, zestawienie wypłaconych ekwiwalentów za urlop k 421, notatka k 422, zestawienie składników płac dla poszczególnych pracowników k 424-471, zestawienie wynagrodzeń w związku z utratą kontraktu i zwolnieniami grupowymi k 477, załączniki i wyciągi bankowe k 478-1489, zestawienia odsetek k 1730-1750, zestawienia przelewów w zakresie zapłaty podatku k 1690-1725). Powód w dn. 30.06.2011r. skierował do PUP informację o konieczności zastosowania zwolnień grupowych. W dn. 13.11.2011r. powód zawarł porozumienie z zakładowymi organizacjami związkowymi oraz wytypowano pracowników do zwolnień z uwagi na brak podpisania umowy z NFZ. Powód był zobligowany do wypłaty ekwiwalentów za urlop, wynagrodzeń i odpraw. Z dniem 30.06.2011r. zakończono umowy okresowe z 10 pracownikami, został im wypłacony ekwiwalent za urlop (...)zł, nie musiałby zostać wypłacony, ponieważ powód planował dalszej zatrudniać te osoby. Od 1.07.2011r.- 30.04.2011r. rozwiązano umowy z 22 osobami, ponosząc koszty do dnia rozwiązania stosunków i odpraw (...) zł . W przypadku pracowników objętych szczególną ochroną przeniesiono ich do innej pracy, ponosząc koszty wynagrodzeń. Od 1.07.2011r. do 30.04.2013r. w wyniku wypowiedzenia zmieniającego w stosunku do pracowników objętych szczególną ochroną poniesiono wydatki- (...) zł. Większość zwolnionych to byli pracownicy z zakresu ratownictwa medycznego, były to osoby zatrudnione do obsługi karetek, które miały być wykorzystywane w ramach zawartej umowy, nie było innej przyczyny rozwiązania z tymi osobami umów. Pracownicy ci nie byli potrzebni do wykonywania innych czynności ( informacja o konieczności zastosowania zwolnień k 408, zawiadomienie PUP k 412, porozumienie k 415, lista pracowników k 419, zeznania świadka P. M. k 2287).

Powodowy Szpital wcześniej nie planował zwolnień pracowników ( zeznania świadka P. M. k 2286).

W związku z niepodpisaniem umowy z pozwanym doszło do pogorszenia sytuacji finansowej powoda, ponieważ bez dodatkowych środków powód musiał pokryć koszty związane z utrzymaniem pracowników ratownictwa medycznego w okresie wypowiedzenia i wpłacić im odprawy, co spowodowało opóźnienie w zapłacie podatku dochodowego oraz składek ZUS. Powód zapłacił odsetki od nieterminowo uiszczanego podatku w wysokości (...)zł, oraz odsetki od składek (...) zł (zeznania świadka R. R. k 39 (...), D. C. k 63 (...), zestawienie przelewów bankowych dot. odsetek od składek k 1730-1750, dot. odsetek od podatku 1 k 690-1725).

Pismem z 4.06.2013r. pozwany, w tym Dyrektor Oddziału, został wezwany do zapłaty, pismo zostało doręczone w dniu 6.06.2013r. ( wezwania k 1751-1769, 1770-1788).

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny w oparciu o powołane dowody. Sąd oddalił wniosek o przesłuchanie świadków osób pełniących funkcje w Ministerstwie, NFZ i Oddziale (...) na okoliczności wskazane w piśmie powoda z 23.02.2015r., albowiem okoliczności wskazane w tezie dowodowej dla świadków nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia.

Oddalono także wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego na okoliczność szczegółowego wyliczenia poniesionych przez powoda wydatków, albowiem wydatki te podlegają udokumentowaniu rachunkami, fakturami, do zadań biegłego należałoby ewentualnie sprawdzenie poprawności wyliczeń. Niemniej jednak ostatecznie strona pozwana nie kwestionowała przedstawionych przez powoda wyliczeń pod względem matematycznym, nie kwestionowała też dokumentów, które zostały złożone przy pozwie, a które dotyczą poszczególnych wymienionych w pozwie grup wydatków. Reczą pozwanego w procesie kontradiktoryjnym - w przypadku przedstawiania mu dowodów w postaci rachunków, wyliczeń, faktur itp. jest wskazanie błędów w wyliczeniach lub braków w materiale dowodowym. Ogólnikowe powołanie się na formułę, iż pozwany zaprzecza wszelkim okolicznościom, których wyraźnie nie przyznaje nie jest wypełnieniem obowiązku weryfikowania przez przeciwnika procesowego materiału dowodowego. W konsekwencji sąd uznał, iż dokumenty dołączone do pozwu dowodzą wydatków poniesionych przez powoda i szczegółowo opisanych w uzasadnieniu pozwu. Sąd oddalił też wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego celem wyliczenia utraconych korzyści, które powód mógłby osiągnąć, a także ewentualne koszty ponoszone przez powoda w związku z wykonywaniem umowy. Sąd miał na uwadze, iż mierniki w postaci jednostkowych stawek ustalanych przy zawieraniu umowy zostały przez powoda wskazane w pozwie, jako te, które zostały ustalone w trakcie postępowania konkursowego. Jeśli zatem pozwany twierdziłby, iż stawki te uległyby zmianie w dalszych okresach, to na pozwanym spoczywał ciężar procesowy wykazania, iż stawka w następnych latach przy zawieraniu umów byłaby inna. Sąd zresztą na ostatniej rozprawie zobowiązał stronę pozwaną do wypowiedzenia się co do tych stawek, jednakże strona pozwana nie zakwestionowała stawek, którymi przy wyliczeniach posługiwała się powód, zatem należało przyjąć, iż takie stawki obowiązywałyby w dalszych latach, za które powód wyliczył wartość utraconych korzyści. Sąd pominął zeznania świadków: E. F. k 30, K. F. k 32, M. J. k 34, E. Grodzkiego k 36, M. J. k 39, S. N. k 41, Z. R. k 42, R. R. k 45, E. O. k 66, E. S. k 69 I Cps 30/17, albowiem zeznania te nie wnoszą istotnych okoliczności do sprawy- świadkowie nie pamiętali okoliczności błędnego spięcia lub zszycia dokumentów.

Sąd zważył:

Podstawą roszczenia jest przepis art. 417 par. 1 kc w z. z art. 415 kc.

Poza sporem pozostaje, iż Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej jako: NFZ) jest państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną (art. 96 ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018r., poz. 1510). Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje środkami publicznymi, to jest środkami przeznaczonymi na świadczenia z zakresu ochrony zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Z tego względu należało uznać, iż roszczenie jest związane ze szkodą wyrządzoną na skutek niezgodnego z prawem działania lub zaniechania przez osobę prawną wykonującą władzę publiczną. Wprawdzie bowiem przekazanie środków publicznych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej, ale ze względu na podmiot dysponujący tymi środkami oraz szczególnie sposób wyłaniania podmiotu, który na podstawie umowy z NFZ będzie wydatkował te środki oraz administracyjny i sądowoadministracyjny tryb odwoławczy w zakresie rozstrzygnięcia konkursowego (art. 154 ustawy) należy przyjąć, że działalność NFZ jest działalnością w ramach władzy publicznej.

Tryb postępowania konkursowego w sprawie wyłonienia świadczeniodawcy, z którym zostanie zawarta umowa o świadczenie usług medycznych regulują przepisy art. 132-161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego należy przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 139 ust. 4 ustawy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje i odwołuje komisję konkursową w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Postępowanie prowadzone przez komisję konkursową nie jest postępowaniem administracyjnym, albowiem jedynie w określonych wypadkach ustawa przewiduje możliwość wydania przez dyrektora oddziału decyzji administracyjnej w rozumieniu kpa ( art. 107 ust. 5 pkt 23, 24).

Stosownie do art. 139 ust. 1 i 2 ustawy, zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:

- 1) konkursu ofert albo
- 2) rokowań.

W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 9. W celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenia.

Zgodnie z art. 150 ustawy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonych w ust. 1 przypadkach.

Z kolei zgodnie z art. 151 ust. 1 i 5 ustawy, jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania, przy czym z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje jego zakończenie.

Natomiast świadczeniodawcy ubiegającemu się o zawarcie umowy lub posiadającemu już zawartą umowę przysługują środki kwestionowania rozstrzygnięć dyrektora oddziału lub komisji konkursowej: zażalenie na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące realizacji umowy ( art. 160 ustawy), czyli dotyczy to etapu, gdy ze świadczeniodawcą została już zawarta umowa, oraz odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania ( art. 154 ust. 1 ustawy), a zatem dotyczy to etapu, gdy zostały ogłoszone wyniki konkursu i postępowanie nie zostało unieważnione; ponadto w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu zakończenia postępowania oferent ( potencjalny świadczeniodawca) może złożyć do komisji umotywowany protest ( art. 153 ust. 1 ustawy). Ponadto zgodnie z art. 152 ust. 1 i 2 ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154, ale środki odwoławcze nie przysługują na:

- 1) wybór trybu postępowania;
- 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
- 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Strona powodowa w podstawie faktycznej pozwu, jako podstawę odpowiedzialności pozwanego wskazuje błąd komisji konkursowej, który doprowadził do zaniżenia punktacji oferty powoda i w konsekwencji niewybrania oferty powoda oraz szereg decyzji administracyjnych podejmowanych przez pozwanego w wyniku odwołań, które były nieprawidłowe. Niezależnie od toczących się postępowań administracyjnych i w konsekwencji sądowoadministracyjnych wywołanych wniesieniem odwołań od każdorazowej decyzji Dyrektora Oddziału i Prezesa NFZ, należy stwierdzić, iż zasadnym jest powoływanie się przez stronę powodową na błąd komisji konkursowej, który ma charakter zawiniony i który w konsekwencji doprowadził do wyboru oferty konkurenta. Zasadnym jest też powoływanie się przez powoda na to, że gdyby nie powyższy błąd, to dokonano by wyboru oferty powoda i to z powodem zostałyby zawarta umowa o wykonywanie świadczeń medycznych.

Źródłem szkody w niniejszej sprawie nie jest niewydanie decyzji lub wydanie decyzji, która następnie została uznana za niezgodną z prawem ( art. 417 par. 3 kc), ale błędne rozstrzygnięcie komisji konkursowej, które nie przybiera postaci decyzji administracyjnej. W konsekwencji podstawą odpowiedzialności pozwanego jest art. 417 par. 1 kc, zaś powód jest zobligowany udowodnić ogólne przesłanki odpowiedzialności za czyn zabroniony, czyli zaistnienie czynu niezgodnego z prawem, szkody oraz związku przyczynowego. Fakt wykazania czynu zabronionego nie wymaga w tym wypadku przedstawienia orzeczenia stwierdzającego nieważność lub niezgodność z prawem decyzji administracyjnej.

W niniejszej sprawie bezspornym jest, iż wynik komisji konkursowej był nieprawidłowy, albowiem na skutek zamiany dokumentów doszło do obniżenia punktacji oferty strony powodowej o 2 punkty, co ostatecznie spowodowało, iż za lepszą uznano ofertę konkurenta. Jest też niespornym, iż do tego błędnego wyniku doszło na skutek błędu pracowników komisji konkursowej. Przy tym niezależnie od tego, czy decyzja Dyrektora Oddziału z 17.06.2011r. została ostatecznie uchylona, czy nie, to już z jej treści a także z treści kolejnej decyzji- z 8.07.2011r. wprost wynika, że doszło do takiego błędu i został on przyznany przez stronę pozwaną. Zważyć przy tym należy, iż decyzja z 17.06.2011r. została pierwszy raz uchylona przez decyzję z 29.06.2011r., ale przyczyną jej uchylecia były względy proceduralne ( zarzut, iż dyrektor nie może zmieniać rozstrzygnięcia komisji konkursowej), a nie okoliczność, iż dyrektor przy podejmowaniu decyzji ustalił nieprawidłowo stan faktyczny.

Z ustaleń wynika zaś, iż w dniu 29.04.2011r. w trakcie postępowania konkursowego, w tym negocjacji, doszło do czynności kontrolnych w miejscach, w których miały być udzielane świadczenia w ramach przyszłej umowy. W toku czynności kontrolnych prawdopodobnie zamieniono ( niepoprawnie zszyto lub spięto) załączniki do dokumentów, co spowodowało błędne odczytanie informacji w nich zawartych w odniesieniu do poszczególnych zespołów ratownictwa medycznego, a co miało wpływ na przyznanie odpowiedniej liczby punktów. Błąd ten był błędem komisji konkursowej. Powód dysponuje własnym kompletem tych samych dokumentów ( w kserokopii) , które były połączone prawidłowo. Skoro czynności kontrolnych dokonywali członkowie komisji konkursowej, to na nich spoczywał obowiązek prawidłowego przygotowania i opracowania / wypełnienia protokołów kontrolnych, a jeśli protokoły te składały się z szeregu dokumentów-obowiązek ich poprawnego połączenia. W toku zeznań świadków przewijała się informacja, że protokół jest podpisywany przez obie strony, to jest przedstawiciela oferenta oraz członka komisji, a następnie protokół był kserowany i kserokopia była wręczana oferentowi. Zatem należy przyjąć, że jeśli protokół składał się z kilku kart, to prawdopodobnie w momencie podpisywania przez strony nie był zszyty- w zeznaniach pojawia się informacja, że był jedynie spinany spinaczami. To z kolei prowadzi do wniosku, że w momencie kserowania karty nie były spięte, czyli dopiero po kserowaniu dochodziło do ich spięcia. Jeśli zatem błąd polegał na nieprawidłowym spięciu kart i przemieszaniu w ten sposób kart z kilku protokołów, to odpowiedzialność ponosi komisja konkursowa. Na niej bowiem, czyli na osobach, które uczestniczyły w kontrolach spoczywał obowiązek prawidłowego spięcia dokumentów, zaś oferent w ogóle nie miał obowiązku sprawdzania prawidłowości zszycia lub spięcia dokumentów. Z kolei gdyby przyjąć, że członkowie komisji w trakcie czynności kontrolnych prawidłowo spięli lub zszyli dokumenty, a przemieszanie nastąpiło dopiero po przewiezieniu ich do siedziby Oddziału NFZ, to także i w tym wypadku odpowiedzialność za przechowywanie dokumentów ponosi pozwany. Z ustaleń wynika bowiem, iż poza członkami komisji konkursowej, nikt inny nie miał dostępu do tych dokumentów. Ustalenia natomiast wykluczają, aby do przemieszania dokumentów mieli doprowadzić pracownicy powoda podczas czynności kontrolnych w dn. 29.04.2011r., skoro to nie do nich należało kompletowanie wszystkich kart poszczególnych protokołów. Podkreślić przy tym należy, iż protokół stanowi formularz z rubrykami do wypełnienia, protokół jest i był wypełniany na miejscu kontroli, protokół miał być podpisany ( jak wynika z adnotacji na końcu formularza) przez kontrolerów oraz osoby uczestniczące ze strony oferenta, a oferentowi miała być przekazana jedynie kopia protokołu. Okoliczność, iż kopia była sporządzana na kopiarce w siedzibie oferenta wynika z prostego faktu, iż kontrola była przeprowadzana w miejscu położenia sprzętu medycznego, który był poddany kontroli, a nie w siedzibie Oddziału NFZ. Okoliczność, iż czynność kserowania była wykonywana przez pracownika oferenta, a nie przedstawiciela komisji konkursowej nie ma żadnego znaczenia, albowiem po dokonaniu kserokopii i zwróceniu przedstawicielowi oryginału protokołu, to na przedstawicielu komisji konkursowej spoczywał obowiązek uporządkowania wszystkich kart protokołu. Z kolei podpis przedstawiciela oferenta na oryginale protokołu stanowi jedynie potwierdzenie, że informacje zawarte w protokole pochodzą od oferenta, a nie stanowi elementu potwierdzającego, iż przedstawiciel komisji prawidłowo



uporządkował ( zszyl / spiął ) dokumenty składające się na całość protokołu. Zatem niezależnie od tego, czy do przemieszania kart protokołów doszło w siedzibie oferenta – w trakcie czynności kontrolnych, czy po przewiezieniu i przechowywaniu następnie w siedzibie Oddziału NFZ, to w obu wypadkach odpowiedzialność ponosi komisja konkursowa, a w konsekwencji-NFZ.

Podkreślić przy tym należy, iż jak wyżej wskazano, organizacja konkursu należy do kompetencji dyrektora oddziału. Komisja nie jest oddzielnym od NFZ podmiotem prawa, jest powoływana przez Dyrektora na czas przeprowadzania postępowania konkursowego, działa według regulaminu NFZ, zatem nawet biorąc pod uwagę, iż komisja konkursowa nie jest organem Funduszu, Fundusz ponosi odpowiedzialność wobec osób trzecich za nieprawidłowości powstałe w toku postępowania konkursowego.

Ustalenie tej okoliczności jest wystarczającym do przypisania odpowiedzialności pozwanemu, bez potrzeby badania decyzji administracyjnych.

Dla rozstrzygnięcia o zasadności żądania nie ma znaczenia podnoszony przez pozwanego argument, iż po pierwszym ( ale nieostatecznym) uchyleniu decyzji z 17.06.2011r. Dyrektor Oddziału zorganizował postępowanie w trybie rokowań, do których zaprosił powoda i konkurenta i w wyniku tego postępowania wygrała oferta konkurenta. Wprawdzie przepis art. 154 ustawy przewiduje możliwość odwołania, a zgodnie z art.154 ust. 7 ustawy ( w brzmieniu wówczas obowiązującym), w przypadku uwzględnienia odwołania przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym zgodnie z art. 144 ust. 1 i art. 145 ustawy następuje to w drodze rokowań, do których zapraszani są odwołujący oraz pozostali świadczeniodawcy, którzy brali udział w dotychczasowym postępowaniu. Należy jednak wziąć pod uwagę, iż rokowania zostały ogłoszone w dn. 18.07.2011r. Druga decyzja -korzystna dla powoda, została wydana przez Dyrektora Oddziału w dn. 8.07.2011r. Powód w tym czasie wystąpił do pozwanego o zawarcie umowy, ale pozwany udzielił odpowiedzi, że decyzja ta nie jest ostateczna ( pismo k 133). W tym czasie ponadto nadal toczyło się postępowanie sądownoadministracyjne, zainicjowane na podstawie art. 154 ust. 8 ustawy. Ponadto decyzja z 8.07.2011r. została także uchylona przez Prezesa NFZ-decyzją z 19.09.2011r. , a od tej decyzji wniesiono skargę do sądu administracyjnego. Zgodnie z art. 154 ust. 7 rokowania mogły być przeprowadzone tylko w sytuacji, gdy zapadła ostateczna decyzja Prezesa NFZ i tylko w razie uwzględnienia odwołania skierowanego do prezesa NFZ.

Natomiast należy wziąć pod uwagę, że gdyby nie zarzucany pozwanemu czyn, -gdyby nie doszło do zamiany protokołów w toku postępowania konkursowego, to zostałyby obliczone prawidłowo wyniki konkursu, a tym samym z powodem zostałaby zawarta umowa bez potrzeby wdrażania przez powoda jakiegokolwiek innego postępowania mającego doprowadzić do oczekiwanego skutku.

Strona powodowa udowodniła poniesienie szkody na skutek czynu w postaci niezawarcia umowy i związek przyczynowy między czynem a szkodą. Rzeczywiste straty, których kompensaty powód mógłby w niniejszej sprawie dochodzić od pozwanego, to wydatki, które poniósł w związku z przygotowaniem oferty i które nie zostały zrekompensowane przez kwoty, które powód miałby uzyskać, gdyby zawarł z pozwanym umowę. Pozycje wydatków, które zostały wskazane w uzasadnieniu pozwu, stanowią w ocenie sądu wydatki, które pozostają w związku przyczynowym ze zdarzeniem, za które odpowiedzialność ponosi pozwany. Podkreślić należy, iż zasadniczo każdy podmiot biorący udział w konkursie musiał ponieść wydatki na przygotowanie oferty, z czym wiązało się zapewnienie odpowiedniego sprzętu medycznego, odpowiednich pomieszczeń, wyposażenia, kadry medycznej. Natomiast w niniejszej sprawie jest bezspornym, że te wydatki zostałyby zrekompensowane, gdyby z powodem została zawarta umowa. Z kolei okoliczność, że z powodem zostałaby zawarta umowa, została udowodniona przez fakt wykazania powyżej opisanego błędu komisji, który gdyby nie nastąpił, to dawałby ofercie powoda przewagę punktową nad ofertą konkurenta, prowadząc do zawarcia umowy.

Do takich wydatków należało zaliczyć koszty wyposażenia karetek i innego sprzętu. Z ustaleń wynika bowiem, że liczbę zespołów medycznych w danym województwie określa wojewoda, co oznacza, że w przypadku, gdy powód nie świadczy usług z zakresu ratownictwa medycznego, koszt wyposażenia karetek w zakupione urządzenia przestaje

być niezbędnym wydatkiem. Można jedynie przypuszczać, iż ażeby nie generować dalszych kosztów, karetki wraz z wyposażeniem były wykorzystywane do innych celów, niemniej jednak strona pozwana nie wykazała z kolei, aby rzeczywiście powód tak wykorzystywał karetki i aby ten sposób wykorzystania generował dodatkowe przychody dla powoda. W tym zakresie ciężar wykazania tej okoliczności spoczywał na pozwanym. W konsekwencji należało uznać, że skoro powód nie mógł świadczyć usług w zakresie ratownictwa medycznego, to zakupiony sprzęt był wydatkiem, który z punktu widzenia prawidłowych decyzji gospodarczych w placówce medycznej może być zakwalifikowany jako wydatek zbędny- niekonieczny, a tym samym oceniany jako rzeczywista strata.

Do wydatków, które mogą być zakwalifikowane jako szkoda należy zaliczyć koszt ubezpieczenia 2 karetek. Skoro, jak wyżej wskazano, powód nie może świadczyć usług ratownictwa medycznego i skoro zakup sprzętu ( karetek) należy uznać za zbędny, to tym samym koszt obowiązkowego ubezpieczenia jest wydatkiem zbędnym.

Do wydatków, które należy zakwalifikować jako stratę należy zaliczyć koszty związane z wypłatą świadczeń dla zwalnianych pracowników. Z ustaleń wynika, iż byli to pracownicy zatrudnieni w zespołach ratownictwa medycznego i z chwilą niezawarcia umowy, ich zatrudnienie stało się zbędne, albowiem nie było uzasadnionej potrzeby zatrudnienia ich w innych strukturach powodowej placówki. Co do pracowników zatrudnionych na podstawie umów na czas oznaczony, którym wypłacono ekwiwalent za niewykorzystany urlop, to fakt wygaśnięcia umowy terminowej nie oznacza braku związku przyczynowego pomiędzy nie zawarciem umowy z NFZ i koniecznością poniesienia tego wydatku. Jak wynika z ustaleń, osoby te byłyby nadal zatrudnione, gdyby została zawarta umowa z NFZ, zaś w takim wypadku odpadałaby podstawa do wypłaty im ekwiwalentu za niewykorzystany urlop. Z ustaleń wynika też, iż wcześniej powód nie planował zwolnień, a zatem dopiero brak zawarcia umowy skutkowało podjęciem takiej decyzji i poniesieniem wydatków wynikających z kodeksu pracy.

Za zasadne i pozostające w związku przyczynowym z faktem niezawarcia umowy pozostają wydatki w postaci odsetek od składek ZUS i podatku dochodowego. Powód w myśl art. 55 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( Dz. U. 2018r. , poz. 160) może finansować swoją działalność tylko ze źródeł określonych w tym przepisie. Oznacza to, że źródła finansowania bieżącej działalności placówki medycznej są ograniczone i w większości przypadków sprowadzają się do środków pozyskiwanych z NFZ w ramach kontraktu. Z ustaleń wynika, iż dotychczas powód przez wiele lat świadczył usługi medyczne w ramach umowy z NFZ w rodzaju, którego miała dotyczyć także planowana umowa. Zasadnie zatem należy przyjąć, iż brak zawarcia umowy skutkowało nagłym pogorszeniem sytuacji finansowej powoda, brakiem płynności finansowej, która prowadziła do opóźnień w zapłacie składek ZUS i podatku dochodowego, biorąc dodatkowo pod uwagę, iż powód był obciążony także obowiązkiem wypłat powyżej wskazanych kwot związanych ze zwolnieniami grupowymi.

Z powyższych względów należało uznać, iż został wykazany związek przyczynowy pomiędzy przygotowaniem do konkursu i nie zawarciem umowy a poniesieniem tych wydatków (art. 361 par. 1 kc), a tym samym-zostało udowodnione, iż w majątku powoda powstał uszczerbek majątkowy.

Do wydatków, które należy zakwalifikować jako rzeczywistą stratę należało zaliczyć też koszty obsługi prawnej, koszty opłat oraz wyjazdów służbowych. To nie są wydatki związane bezpośrednio z przygotowaniem oferty, ale wydatki, które strona poniosła w celu dochodzenia swych praw, czyli doprowadzenia do stanu zgodnego z prawem. Zatem stanowią one dalszą szkodę w majątku powoda, ale związaną przyczynowo z czynem, za który odpowiada pozwany w postaci błędu komisji konkursowej i braku zawarcia umowy- jako bezpośrednie następstwo tego czynu.

Podnoszona przez pozwanego okoliczność, iż podmiot gospodarczy jest zobligowany do czynienia rezerw na ewentualne spory sądowe z kontrahentami, nie oznacza, iż podmiot nie ma prawa żądania zwrotu tych wydatków od kontrahenta. Po drugie, okoliczność, iż nie wszystkie koszty zostały zasądzone w orzeczeniach administracyjnych ( opłaty, przejazdy służbowe), nie oznacza, iż strona nie może ich dochodzić w niniejszym procesie, jeśli wykaże zasadność ich poniesienia. Po trzecie, podnoszona okoliczność, iż w powodowej placówce był zatrudniony radca prawny nie wyklucza potrzeby zatrudnienia innych prawników, z których zatrudnieniem związane są dodatkowe koszty. Brak podstaw, aby zakładać, iż jeden radca prawny zatrudniony w placówce medycznej miałby się

specjalizować w zagadnieniach prawa administracyjnego. Z ustaleń wynika, iż powód zatrudnił dodatkowo kancelarię prawną – specjalistów zajmujących się prawem administracyjnym. Należy te wydatki uznać za uzasadnione, biorąc pod uwagę liczbę postępowań administracyjnych i sądownoadministracyjnych, które do chwili obecnej (nie z winy powoda) zostały wszczęte. Z przepisu art. 154 ustawy wynika możliwość złożenia odwołania do Dyrektora Oddziału, następnie odwołania do Prezesa NFZ, a w ostateczności – skargi do sądu administracyjnego. Stosownie do art. 16 § 1 kpa, decyzje, od których nie służy odwołanie w administracyjnym toku instancji lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, są ostateczne. Uchylenie lub zmiana takich decyzji, stwierdzenie ich nieważności oraz wznowienie postępowania może nastąpić tylko w przypadkach przewidzianych w kodeksie (art. 145-152, art. 156-159, art. 154§1, 155 i 161§1) lub ustawach szczególnych. Z kolei stosownie do § 2, decyzje mogą być zaskarżane do sądu administracyjnego z powodu ich niezgodności z prawem, na zasadach i w trybie określonym w odrębnych ustawach. Ostatecznymi w rozumieniu art. 16§1 kpa są decyzje wydane po wyczerpaniu toku instancji lub od których w przepisany terminie nie złożono środka zaskarżenia. Taką decyzją w niniejszej sprawie byłaby decyzja Prezesa NFZ. Decyzja, mimo iż przysługuje jej walor ostateczności w postępowaniu administracyjnym, może być zaskarżona do sądu administracyjnego. Jak wynika z przedstawionych w sprawie decyzji i orzeczeń sądów administracyjnych, w sprawie, oprócz postępowania zainicjowanego przez powoda na podstawie art. 154 ust. 1 ustawy, doszło do wszczęcia z urzędu przez Prezesa NFZ postępowania mającego na celu stwierdzenie nieważności własnej ostatecznej decyzji (art. 156-159 kpa) – w czasie, gdy na tę decyzję została złożona skarga do sądu administracyjnego. Dodatkowo zostało wydane postanowienie przez Prezesa NFZ zmierzające do zmiany podstawy prawnej w drodze sprostowania. Te dwa rozstrzygnięcia Prezesa NFZ spowodowały konieczność składania odwołań przez strony postępowania administracyjnego, zaś jak wynika z uzasadnienia wyroku sądu administracyjnego, niedopuszczalnym było wszczęcie z urzędu postępowania administracyjnego w przedmiocie stwierdzenia nieważności ostatecznej decyzji w sytuacji, gdy decyzja ta została zaskarżona do sądu administracyjnego. Dodać należy, iż na skutek szeregu postępowań, do chwili obecnej, czyli po upływie 6 lat od wyniku komisji konkursowej, nie doszło do rozstrzygnięcia, czy i która z decyzji Dyrektora Oddziału pozostała w mocy. Zasadnym jest przy tym uznanie, iż w przypadku każdorazowej decyzji Prezesa NFZ lub Dyrektora Oddziału strona powodowa miała prawo wnieść odwołanie. Nie sposób zatem uznać, iż przy tak rozbudowanym (nie z winy powoda) postępowaniu, powierzenie obsługi prawnej tych postępowań kancelarii prawnej było nieuzasadnione.

Za zasadne i pozostające w związku przyczynowym ze zdarzeniem rodzącym szkodę sąd uznał żądanie w postaci utraconych korzyści. Przez szkodę w postaci utraconych korzyści rozumie się brak w majątku poszkodowanego składników majątkowych, które mogłyby wejść do majątku poszkodowanego, gdyby nie wyrządzono mu szkody. Konieczne jest jednak wykazanie z dużym prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, iż tego rodzaju aktywo weszłoby do majątku poszkodowanego, zaś jedynie zdarzenie rodzące szkodę (czyn zabroniony) spowodował brak tego aktywa. Strona pozwana zarzuca, iż powód utracił korzyści obliczył, biorąc pod uwagę przychód, a zatem nie ustalając wysokości zysku, jaki by osiągnął, realizując planowaną umowę. Niemniej jednak należy wskazać, iż nie ma podstaw, aby w świetle powołanego przepisu utracone korzyści utożsamiać jedynie z zyskiem poszkodowanego. Należy przyjąć, iż chodzi o wszelkiego rodzaju korzyść, która z punktu widzenia poszkodowanego prowadziła do zwiększenia jego majątku. Dalszą kwestią jest natomiast, w jaki sposób korzyść ta zostałaby spożytkowana, w niniejszej sprawie – przeznaczona na ewentualną realizację umowy z NFZ. Zważyć przy tym należy, iż jeśli strona pozwana zarzuca, że powód nie uzyskałby tak rozumianych korzyści, albowiem ewentualnie uzyskane kwoty w całości zostałyby zużyte na realizację umowy z NFZ, to na pozwanym, zgodnie z art. 6 kc, spoczywał procesowy ciężar wykazania tej okoliczności.

Co do kwestii ciągłości okresu, za który powód wyliczył utracone korzyści, należy uznać, iż zostało wykazane, że w takim okresie, jak podawany w pozwie, powód mógłby świadczyć usługi z zakresu służby zdrowia, w rodzaju, którego miała dotyczyć planowana umowa. Bezsprzecznie umowa miała być zawarta do 31.12.2012r. Bezsprzecznie ze stanowiska Dyrektora Oddziału (obu decyzji) wynika, iż gdyby prawidłowo wyliczono punktację, to umowa z powodem zostałaby zawarta. Zatem nie ma żadnych wątpliwości, iż kwoty, które powód spodziewał się uzyskać w wyniku umowy zostały udowodnione przez powoda jako pewne, a nie jako jedynie przypuszczalne. Powód wykazał przedłożonymi dokumentami (artykułami pochodzącymi od NFZ), iż w innych przypadkach zawierane umowy były następnie aneksowane z dotychczasowymi świadczeniodawcami na dalsze okresy. W takim wypadku, to na pozwanym spoczywał

procesowy ciężar wykazania, iż praktyka NFZ była inna i nie dochodziło do aneksowania umów na dalsze okresy. Zatem należy uznać, iż powód z wysokim prawdopodobieństwem wykazał, iż uzyskałby przedstawione w wyliczeniach kwoty w dalszych okresach.

Należy też zauważyć, iż w ustawie z 11 października 2013r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw ( Dz. U. z 2013r., poz. 1290), która weszła w życie 21 listopada 2013r., zmieniono art. 156 wprowadzając zasadę, w myśl której w przypadku gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy. Ponadto w art. 4 ustawy nowelizującej w ust. 1 wprowadzono przepis przejściowy, zgodnie z którym na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy nowelizującej, może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2014 r. W uzasadnieniu projektu do ustawy wskazano, iż „(...) w związku z upływającym z dniem 31 grudnia 2013 r. okresem obowiązywania dużej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, NFZ będzie w IV kwartale 2013 r. przeprowadzał postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2014 r. i lata następne (...). W tej sytuacji, mając w szczególności na uwadze odnotowaną w 2010 r. liczbę odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz utrzymującą się tendencję wzrostową liczby odwołań, składanych z każdym kolejnym cyklem postępowań, istnieje realne zagrożenie, iż NFZ nie zdąży ukończyć postępowań we wszystkich zakresach świadczeń oraz procesu zawierania umów przed dniem 1 stycznia 2014r., a tym samym istnieje realne zagrożenie, że nie zostanie zapewniony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej od początku 2014 r. we wszystkich zakresach (...). W związku z powyższym, w celu umożliwienia zarówno odpowiedniego przygotowania się OW NFZ do realizacji nowych obowiązków w zakresie obsługi postępowań odwoławczych, jak i odpowiedniego oraz terminowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i zawarcia umów, (...) proponuje się umożliwienie przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w poszczególnych zakresach, jednakże na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2014 r.” ( uzasadnienie projektu ustawy- „, sejm RP VII kadencji, nr druku 1785”-www.sejm.gov.pl, www .senat gov.pl , system informacji prawnej LEX). Powyżej zacytowane zmiany przepisów wskazują na to, iż umowa, która zostałaby zawarta z powodem w wyniku konkursu, zostałaby przedłużona do 31.12.2014r.

Co do kwot, które powód mógłby uzyskać w ramach utraconych korzyści, za zasadne i dowodzące wysokości należało uznać wyliczenie przedstawione w uzasadnieniu pozwu, przy zastosowaniu wynegocjowanej przez powoda stawki. Strona pozwana, mimo zobowiązania przez sąd, nie wykazała, choćby poprzez przedstawienie umów z innymi świadczeniodawcami, iżby stawki wskazane przez stronę powodową uległy zmianie, zatem należało przyjąć, iż takie stawki obowiązywałyby w dalszych latach, za które powód wyliczył wartość utraconych korzyści.

Wobec powyższego, orzeczono jak w sentencji.

Postępowanie zostało w części umorzone na podstawie art. 355 par. 1 kpc, to jest w zakresie, w jakim powód cofnął częściowo powództwo.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 zd. 2 kpc , biorąc pod uwagę, iż kwota, o którą powód cofnął pozew i co do której mógłby zostać uznany za stronę przegrywającą, jest nieznaczna w porównaniu do całego roszczenia, na koszty złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika strony powodowej.

O kosztach sądowych- opłacie od pozwu, od której tymczasowo był zwolniony powód, orzeczono na tej samej zasadzie w zw. z art. 113 ust. 2 uksc. Pozwany jako przegrywający jest zobligowany do zapłaty tej kwoty.

(...)

27.10.2018r.