

S  
ygn. akt XXV C 511/22

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 października 2023 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny, w składzie:

Przewodniczący:	sędzia Tomasz Gal
Protokolant:	stażysta Adam Darnikowski

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 9 października 2023 r. w Warszawie

sprawy z powództwa (...) spółki z o. o. w C.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

Zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz (...) spółki z o. o. w C. kwotę 594.211,97 zł (pięćset dziewięćdziesiąt cztery tysiące dwieście jedenaście złotych, 97/100) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od kwoty 266.476,19 zł od dnia 8 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty i liczonymi od kwoty 327.735,78 zł od dnia 8 stycznia 2017r. do dnia zapłaty,

Oddala powództwo w pozostałej części,

Ustala, że powódka wgrała niniejszy proces w 57,87 %, a pozwany wygrał go w 42,13 %, pozostawiając wyliczenie kosztów procesu referendarzowi sądowemu.

**Sygn. akt XXV C 511/22**

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 8 stycznia 2018 r. (data prezentaty k. 5) **powód (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w C.** domagał się zasądzenia od **pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia** kwoty 1.026.658,51 zł tytułem odszkodowania za niewykonanie ustawowego zobowiązania do zawarcia z powodem aneksu do umowy o udzielnie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...). Powód wskazał, że na powyższą kwotę składają się:

- kwota 522.664,51 zł tytułem odszkodowania za szkodę wyrządzoną powodowi przez pozwanego w okresie od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r.,

- kwota 503.994 zł tytułem odszkodowania za szkodę wyrządzoną powodowi przez pozwanego w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 grudnia 2016 r.,

wraz z odsetkami ustawowymi od kwoty 702.729,42 zł liczonymi od dnia 19 listopada 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 roku, oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi:

- od kwoty 702.729,42 zł od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,
- od kwoty 323.919,58 zł od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty.

Powód wniósł również o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego zwrotu kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w dniu 19 stycznia 2012 r. zawarł z Dyrektorem Oddziału Wojewódzkiego NFZ w K. umowę nr (...) r., której przedmiotem było leczenie szpitalne dla świadczeń o kodach: 03.4050.031.02 – gastroenterologia – hospitalizacja planowa, 03.4610.031.02 – otorynolaryngologia - hospitalizacja planowa, 03.4450.031.02 – położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa, 03.4450.231.02 – położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa – N01, N20, 03.4500.031.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa, 03.4580.03102 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2012 do dnia 31 grudnia 2014 r. Pismem z dnia 19 września 2012 r. pozwany złożył oświadczenie o rozwiązaniu umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia, jako podstawę wskazując przesłanki określone w § 36 ust. 1 pkt 8 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z dnia 13.05.2008 r.). Powyższe oświadczenie dotyczyło jedynie części usług objętych umową – w pozostałym zakresie powód realizował umowę zawierając kolejne aneksy i uzgadniając w nich warunki realizacji umowy na kolejne okresy rozliczeniowe.

Powód podniósł, że pozwany był zobowiązany do przedłużenia łączącej strony umowy w zakresie całości objętych nią usług. Obowiązek ten nakładały na pozwanego trzy ustawy:

- ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2014 poz. 1138), która weszła w życie 28 sierpnia 2014 r. i upoważniała dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich NFZ do przedłużania czasu trwania dotychczasowych umów na okres do dnia 30 czerwca 2016 r.,
- ustawa z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniająca ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U., z 2015 r. poz. 2198), która pozwoliła na aneksowanie obowiązywania umów o kolejny okres tj. do dnia 30 czerwca 2017 r.,
- ustawa z dnia 23 marca 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 844) o zmianie ustawy o świadczenia z opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która pozwoliła na aneksowanie umów do dnia 30 marca 2018 r.

Zdaniem powoda w wyniku niedopełnienia przez pozwanego powyższego obowiązku, powód poniósł szkodę w postaci utraty korzyści jakie osiągnąłby gdyby pozwany zrealizował obowiązek ciążyący na nim z mocy wymienionych wyżej ustaw, tj. złożył wniosek o przedłużenie obowiązywania zwartej z powodem umowy. Powód wytoczył przeciwko pozwanemu powództwo, w którym zakwestionował zasadność dokonanego przez pozwanego rozwiązania łączącej strony umowy i zażądał odszkodowania za utracone korzyści za okres od dnia 22 września 2012 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. Wyrokiem wstępnym z dnia 23 kwietnia 2014 r. wydanym w sprawie II C 742/13 Sąd Okręgowy w Katowicach uznał roszczenie powoda za usprawiedliwione co do zasady (apelacja pozwanego od tego wyroku została oddalona wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 10 grudnia 2014 r., w sprawie o sygn. akt I ACa 683/14 ). Sądy obu instancji uznały, że nie istniały przyczyny do rozwiązania przez pozwanego zawartej z powodem umowy. Po uprawomocnieniu się wyroku wstępnego w powyższej sprawie Sąd Okręgowy w Katowicach zasądził na rzecz powoda niemalże całą żadaną pozwem kwotę odszkodowania. Apelacja od tego wyroku również została oddalona.

W ocenie powoda powyższe rozstrzygnięcia Sadu Okręgowego i Sądu Apelacyjnego w Katowicach dają podstawę do stwierdzenia, że łącząca strony umowa trwała nieprzerwanie od chwili jej zawarcia do dnia 31 grudnia 2014 r. i obowiązywała w chwili wejścia w życie wymienionych wyżej ustaw nowelizujących. Niewykonanie przez pozwanego zobowiązania do przedłużenia umowy na dalsze okresy stanowi źródło poniesionej przez powoda szkody w postaci utraconych korzyści, jakie powód osiągnąłby w okresach od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. oraz od 1 stycznia

2016 r. do dnia 31 grudnia 2016 r. Powód podkreślił, że za cały okres za który domaga się odszkodowania, utrzymywał w gotowości potencjał do wykonywania umowy, nie istniały zatem żadne przeszkody uniemożliwiające pozwanemu złożenie wniosku o przedłużenie jej obowiązywania.

Uzasadniając wysokość dochodzonej szkody powód wskazał, że podstawą ustalenia utraconych korzyści (zysku brutto) przez powoda w objętym pozwem okresie stanowią zapisy zawartej przez strony umowy oraz wskaźniki wynikające z:

rzeczywistego rachunku zysków i strat powoda odpowiednio za rok 2015 r. i za rok 2016,

hipotetycznego rachunku zysków i strat powoda odpowiednio za rok 2015 i za rok 2016,

zestawienia obrazującego szczegółowe wyliczenia hipotetycznych kosztów działalności operacyjnej powoda odpowiednio w 2015 r. i 2016 r. przygotowanych na podstawie faktycznych kosztów poniesionych przez spółkę w tych latach.

Uzasadniając roszczenie o zasądzenie odsetek powód powołał się na treść art. 455 k.c. i wskazał, że w dniu 18 września 2015 r. skierował do pozwanego zawiadanie do próby ugodowej co do kwoty 702.729,42 zł. Posiedzenie w tej sprawie odbyło się w dniu 19 listopada 2015 r. przez Sądem Rejonowym dla m.st. Warszawy we Warszawie, i przynajmniej od tego dnia powód ma prawo żądać odsetek za opóźnienie. W zakresie pozostałej kwoty powód zażądał odsetek od dnia doręczenia pozwu w niniejszej sprawie. (pozew - k. 5-16)

***W dniu 28 stycznia 2019 r. Referendarz Sądowy w Sądzie Okręgowym w Warszawie w IV Wydziale Cywilnym wydał w postępowaniu upominawczym nakaz zapłaty w sprawie o sygn. akt IV C 36/18***, w którym nakazał aby pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w W. zapłacił powodowi (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w C. kwotę 1.026.658,51 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od kwoty 702.729,42 zł za okres od dnia 19 listopada 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od kwoty 702.729,42 zł za okres od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty i od kwoty 323.929,58 zł za okres od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty oraz kwotę 20.050,25 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego w wysokości 7.217 zł. (nakaz zapłaty - k. 823)

***Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w W.*** wniósł sprzeciw od powyższego nakazu zapłaty żądając oddalenia powództwa w całości oraz zasądzenia na jego rzecz od powoda kosztów postępowania według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Pozwany wniósł o przekazanie sprawy do Sądu Okręgowego w Katowicach, podnosząc, że jeśli powód wywodzi swe roszczenie z umowy, to zgodnie z jej treścią sądami właściwymi do rozpoznawania spraw spornych między stronami są sądy powszechne właściwe dla siedziby Oddziału Funduszu. Pozwany poddał w wątpliwość dopuszczalność wydania w niniejszej sprawie nakazu zapłaty z uwagi na potrzebę uzyskania wiadomości specjalnych w zakresie ustalenia wysokości poniesionej przez powoda szkody.

Odnosząc się do meritum sprawy pozwany podniósł, iż wbrew twierdzeniom strony powodowej, z treści wyroków Sądu Okręgowego w Katowicach oraz Sądu Apelacyjnego w Katowicach nie wynika, by sądy te stwierdziły nieważność oświadczenia woli pozwanego datowanego na dzień 19 września 2012 r. w przedmiocie częściowego rozwiązania umowy nr (...) lub też by stwierdziły dalsze istnienie między stronami umowy na udzielanie świadczeń w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresach: gastroenterologia – hospitalizacja planowa, otorynolaryngologia - hospitalizacja planowa, położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa, położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa – NO1, N20, chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa, ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa. Zdaniem pozwanego należy odróżnić skuteczność oświadczenia woli od jego zasadności. W postępowaniu toczącym się przed Sądem Okręgowym w Katowicach powód bezskutecznie kwestionował bowiem prawo osoby pełniącej obowiązki Dyrektora (...) OW NFZ do wykonywania kompetencji zastrzeżonych ustawą dla dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Nie jest również sporne, że rzeczony oświadczenie o rozwiązaniu umowy zostało złożone powodowej spółce zgodnie z art. 61 k.c. Rozwiązanie to było natomiast, jak orzekły sądy obu instancji, niezasadne. Pozwany

podkreślił, że Sąd Okręgowy w Katowicach i Sąd Apelacyjny w Katowicach orzekły wyłącznie o spełnieniu przesłanek uzasadniających roszczenie odszkodowawcze zgodnie z art. 471 k.c. W ocenie pozwanego brak było podstaw do złożenia powodowej spółce wniosku, o którym mowa w art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Taki wniosek należało bowiem złożyć świadczeniobiorcom, którzy realizowali umowę na dzień złożenia wniosku, chyba że umowa została wypowiedziana. Natomiast powodowa spółka nie realizowała spornej umowy w 2014 r. wobec jej skutecznego rozwiązania przez pozwanego. Pozwany podniósł, że jeśli powód nie zgadzał się ze stanowiskiem pozwanego co do rozwiązania umowy, powinien był dochodzić ustalenia istnienia stosunku prawnego na podstawie art. 189 k.p.c. lub wydania orzeczenia zastępującego oświadczenie woli dłużnika na podstawie art. 64 k.c. w zw. z art. 1047 § 1 k.p.c.

Wobec braku wykazania przez powoda prawa podmiotowego do żądania od pozwanego roszczeń odszkodowawczych dotyczących okresu po 31 grudnia 2014 r., powództwo winno zostać oddalone.

Niezależnie od powyższego, pozwany zakwestionował również żądanie powoda co do wysokości. Pozwany wskazał, że od szkody w postaci utraconych korzyści należy odróżnić szkodę ewentualną tj. utratę szansy uzyskania pewnej korzyści majątkowej. Pozwany podniósł również, że błędne jest założenie przyjęte przez stronę powodową, że wartość utraconego kontraktu w rozwiązanych zakresach w 2012 r. wyrażała się kwotą 1.417.320,00 zł, co przełożyło się na wadliwe przyjęcie hipotetycznej jego wartości w latach 2015-2016. W rozwiązanych zakresach – położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa NO1, NO2 świadczenia w 2012 r. nie były udzielane, w konsekwencji wartość kontraktu na ten zakres w tym i kolejnych latach nie powinna być brana pod uwagę w ustalaniu kwoty zobowiązania. W zakresie położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa – kontrakt nie był realizowany w 100% i nie ustalono by ktokolwiek oczekiwał w kolejce na udzielenie świadczeń w tym zakresie. Pozwany wskazał nadto, że powód nie wyodrębnił kosztów realizacji umowy z pozwanym w rozwiązanych zakresach od kosztów realizacji umowy z pozwanym w zakresach, które rozwiązane nie zostały, oraz kosztów pozostałej działalności powoda z całkowitym pominięciem danych historycznych w zakresie struktury przychodów i kosztów w okresie, w którym umowa była realizowana. Niewłaściwy jest przyjęty przez powoda sposób wyliczenia szkody, polegający na szacowaniu przychodów na podstawie maksymalnych możliwości powoda w zakresie podaży usług, z jednoczesnym całkowitym zignorowaniem zapotrzebowania na te usługi. Wątpliwości strony pozwanej budzą również przyjęte założenia niskiej wartości symulowanego wzrostu kosztów w stosunku do kosztów rzeczywistych oraz w relacji do symulowanych przychodów we wszystkich latach objętych roszczeniem. Zdaniem pozwanego za pozbawione logiki należy uznać wyliczenia utraconych korzyści w sytuacji, w której znacznemu wzrostowi przychodów nie towarzyszy adekwatny wzrost kosztów, w tym kosztów z tytułu wynagrodzeń. (sprzeciw od nakazu zapłaty - k. 830-841)

**W odpowiedzi na sprzeciw z dnia 19 maja 2022 r. powód** podtrzymał swoje dotychczasowe twierdzenia i wnioski. Wskazał również, że roszczenie swoje wywodzi z deliktu jakiego dopuścił się pozwany, nie zaś ze stosunku umownego. Przedmiotem sprawy jest roszczenie odszkodowawcze wynikające niewypełnienia przez pozwanego ciężącego na nim ustawowego obowiązku wynikającego z art. 23 ust. 1 ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2014 poz. 1138). Powód wskazał, że nie mógł skorzystać z powództwa, o którym mowa w art. 189 k.p.c. wobec istnienia roszczenia dalej idącego – tj. roszczenia o zapłatę. Natomiast art. 64 k.p.c. w zw. z art. 1047 § 1 k.p.c. nie ma zastosowania w niniejszej sprawie. Powód wskazał nadto, że żadne z twierdzeń pozwanego odnoszące się do sposobu wyliczenia przez powoda szkody nie zostały potwierdzone dowodami i stanowią jedynie hipotetyczne rozważania. (odpowieź na sprzeciw – k. 835-837)

Na podstawie przedstawionego materiału dowodowego zgromadzonego w aktach niniejszej sprawy oraz w aktach sprawy toczącej się przed Sądem Okręgowym w Katowicach pod sygn. akt II C 742/13/6 w szczególności na podstawie: umowy nr (...) z dnia 19 stycznia 2012 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (k.28), oświadczenia pozwanego z dnia 19 września 2012 r. o rozwiązaniu umowy (k.291 akt sprawy II C 742/13/6), oświadczenia powoda o uznaniu rozwiązania umowy za bezskuteczne (k. 293 akt sprawy II C 742/13/6), wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 23 kwietnia 2014 r. wraz z uzasadnieniem (k. 729-764v), wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 10 grudnia

2014 r. wydanego w sprawie I ACa 683/14 wraz z uzasadnieniem (k. 765-783), wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 10 października 2016 r. wraz z uzasadnieniem (k. 784-791v), wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 6 czerwca 2017 r. (k. 792), dokumentacji dotyczącej przedłużania umowy łączącej powoda z pozwanym w latach 2013-2018 co do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: – otorynolaryngologia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia, chirurgia onkologiczna – zespół chirurgii jednego dnia, chirurgia dziecięca - zespół chirurgii jednego dnia (k. 512-514, k. 525-528, k. 560-566, k. 589v-591v, k. 604, 605-609v, k. 620-620v, k. 621, k. 622-624v, k. 636-636v, k. 637-642v, k. 661, k. 667-669v, k. 683-685, k. 701, k. 712-716v) oraz opinii biegłej z zakresu finansów i rachunkowości (k. 644 - 649) **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Powód (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w C. zawarła w dniu 19 stycznia 2012 r. z Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w K. z siedzibą w K. umowę Nr (...), której przedmiotem było udzielenie przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy tj. w zakresach: 03.4050.031.02 – gastroenterologia – hospitalizacja planowa, 03.4610.031.02 – otorynolaryngologia - hospitalizacja planowa, 03.4450.031.02 – położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa, 03.4450.231.02 – położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa – N01, N20, 03.4500.031.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa, 03.4580.03102 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa. Umowa została zawarta na czas określony do dnia 31 grudnia 2014 r. Każda ze stron mogła rozwiązać umowę za trzymiesięcznym wypowiedzeniem. (§1 i § 6 umowy z dnia 19 stycznia 2012 r. – k. 28-31, k. 184-189 akt sprawy II C 742/13/6, plan rzeczowo-finansowy stanowiący załącznik nr 1 do umowy - k. 190 - 192 akt sprawy II C 742/13/6)

W dniu 19 września 2012 r. pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia w związku z przeprowadzoną w dniach 13-16 lutego 2012 r. kontrolą przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (...) Sp. z o.o. w C. dotyczącą realizacji powyższej umowy co do świadczeń zdrowotnych w zakresach: 03.4050.031.02 – gastroenterologia – hospitalizacja planowa, 03.4610.031.02 – otorynolaryngologia - hospitalizacja planowa, 03.4450.031.02 – położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa, 03.4450.231.02 – położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa – N01, N20, 03.4500.031.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa, 03.4580.03102 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa, na podstawie §36 ust. 1 pkt 8 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 (Dz. U. o8.81.484) złożył oświadczenie o rozwiązaniu przedmiotowej umowy we wskazanych wyżej zakresach bez zachowania okresu wypowiedzenia z dniem doręczenia powodowi niniejszego pisma. Pozwany wskazał, że w toku wspomnianej wyżej kontroli stwierdzono, że powód w ofertach stanowiących podstawę zawarcia przedmiotowej umowy przedstawił informacje niezgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczenie zostało doręczone powodowi w dniu 21 września 2012 r. Powód oświadczył, że nie przyjmuje oświadczenia o rozwiązaniu przedmiotowej umowy i uznaje je za bezskuteczne jako dokonane bez podstawy prawnej. (oświadczenie o rozwiązaniu umowy – k. 291 akt sprawy II C 742/13/6, oświadczenie powoda o uznaniu rozwiązania umowy za bezskuteczne – k. 293 akt sprawy II C 742/13/6)

W związku z powyższym (...) Sp. z o.o. w C. wystąpiło przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia z pozwem o zapłatę odszkodowania za szkodę wyrządzoną poprzez wcześniejsze rozwiązaniem umowy. Sprawa toczyła się przed Sądem Okręgowym w Katowicach II Wydział Cywilny pod sygn. akt II C 742/13/6. Wyrokiem wstępnym z dnia 23 kwietnia 2014 r. Sąd Okręgowy w Katowicach uznał roszczenie powoda za usprawiedliwione co do zasady. W uzasadnieniu wyroku Sąd Okręgowy wskazał, że rozwiązanie przez pozwanego umowy z powodem pozbawione było podstaw prawnych. Sąd stwierdził, że winę za niezrealizowanie zobowiązania ponosi pozwany, co bezspornie potwierdziło przeprowadzone postępowanie dowodowe wskazujące na bezpodstawne rozwiązanie umowy stron. W wyniku zachowania pozwanego powód poniósł szkodę w postaci utraty korzyści, które uzyskałby gdyby pozwany nie dopuścił się bezprawnych działań polegających na złożeniu bezpodstawnego oświadczenia o rozwiązaniu umowy. Apelacja pozwanego od powyższego wyroku została oddalona przez Sąd Apelacyjny w Katowicach I Wydział Cywilny w sprawie o sygn. akt I ACa 683/14 wyrokiem z dnia 10 grudnia 2014 r. W uzasadnieniu wyroku Sąd Apelacyjny wskazał, że powód może domagać się od pozwanego naprawienia szkody w postaci utraconych korzyści. Pozwany bez podstawy

prawnej odstąpił od umowy ze skutkiem natychmiastowym, nie wykonał zatem zobowiązania. Sąd Apelacyjny uznał więc, że powód może domagać się naprawienia szkody wynikłej z niewykonania przez pozwanego zobowiązania na podstawie art. 471 k.c. (wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 23 kwietnia 2014 r. wraz z uzasadnieniem – k. 729-764v, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 10 grudnia 2014 r. wraz z uzasadnieniem – k. 765-783)

W dniu 28 sierpnia 2014 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2014 1138). Zgodnie z art. 23 tej ustawy:

1. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może zastrzec we wniosku, o którym mowa w ust. 1, że przedłużenie okresu obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie dotyczy umów zawartych w zakresach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej leczenia onkologicznego.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kieruje do wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, które nie zostały wypowiedziane na dzień nadania wniosku.

4. W przypadku umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2013 r. poz. 757, 1245 i 1635), przedłużenie umowy wymaga uzyskania przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zgody wojewody.

Następnie na mocy art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. o zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2015.2198) wskazany wyżej okres, na który można było dokonać przedłużenia umów został wydłużony do dnia 30 czerwca 2017 r.

W dniu 4 maja 2017 r. weszła w życie ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017.844). Zgodnie z art. 6 tej ustawy:

1. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:

1) leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy - może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 września 2017 r.;

2) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie dotyczącym świadczeń, które nie zostaną objęte umowami zawartymi na podstawie art. 159a ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy - może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2018 r.;

3) ratownictwa medycznego realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy - może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2018r.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kieruje do wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, o którym mowa w ust. 1, które nie zostały wypowiedziane na dzień nadania wniosku. (okoliczności bezsporne)

Pismem z dnia 22 grudnia 2014 r. (...) skierowanym do Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w K., wniosło o skierowanie do (...) wniosku o przedłużenie umowy nr (...) z dnia 19 stycznia 2012 r. w zakresach 03.4050.031.02 – gastroenterologia – hospitalizacja planowa, 03.4610.031.02 – otorynolaryngologia - hospitalizacja planowa, 03.4450.031.02 – położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa, 03.4450.231.02 – położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa – N01, N20, 03.4500.031.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa, 03.4580.03102 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa. Powód powołał się na prawomocny wyrok wstępny Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 23 kwietnia 2014 r. oraz na art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. (Dz. U. 2014.1138). Pismo zostało doręczone Dyrektorowi Oddziału w dniu 23 grudnia 2014 r. (pismo z dnia 22 grudnia 2014 r. – k. 806-806v, zpo – k. 807)

W odpowiedzi na powyższy wniosek pozwany wskazał, że jest zainteresowany polubownym załatwieniem sprawy z powodem, jednakże nie podziela przedstawionych w piśmie powoda argumentów co do istnienia podstaw do przedłużenia umowy z dnia 19 stycznia 2012 r. Pozwany wskazał, że art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw, nie może znaleźć zastosowania do wypowiedzianej w 2012 r. umowy. (pismo z dnia 19 lutego – k. 793)

Wyrokiem z dnia 10 października 2016 r. wydanym w sprawie o sygn. akt. II C 742/13 Sąd Okręgowy w Katowicach zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 156.939,56 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 7 listopada 2013 r., kwotę 525 .081,28 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 4 marca 2015 r. oraz kwotę 4678.486,28 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 8 września 2015 r. tytułem odszkodowania za szkodę w postaci utraconych korzyści, wywołaną przedwczesnym rozwiązaniem przez pozwanego umowy z dnia 19 stycznia 2012 r. Sąd Okręgowy w uzasadnieniu tego wyroku wskazał, że podstawę prawną odpowiedzialności pozwanego stanowi przepis art. 471 k.c. Sąd Apelacyjny w Katowicach wyrokiem z dnia 6 czerwca 2017 r. w sprawie o sygn. akt I ACa 35/17 oddalił apelację pozwanego od tego wyroku. (wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 10 października 2016 r. wraz z uzasadnieniem – k. 784-791v, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 6 czerwca 2017 r. - k. 792)

Zawarta między (...) sp. z o.o. a Narodowym Funduszem Zdrowia umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 19 stycznia 2012 r. uległa rozwiązaniu jedynie w zakresie objętym złożonym przez pozwanego oświadczeniem z dnia 19 września 2012 r., to jest co do świadczeń zdrowotnych w zakresach: 03.4050.031.02 – gastroenterologia – hospitalizacja planowa, 03.4610.031.02 – otorynolaryngologia - hospitalizacja planowa, 03.4450.031.02 – położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa, 03.4450.231.02 – położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa – N01, N20, 03.4500.031.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa, 03.4580.03102 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa. Powód świadczył natomiast na rzecz pozwanego w dalszym ciągu na podstawie umowy numer (...) usługi w ramach leczenia szpitalnego w następującym zakresie: 03.4611.032.02 – otorynolaryngologia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia, 03.4540.032.02 chirurgia onkologiczna – zespół chirurgii jednego dnia, 03.4501.032.02 – chirurgia dziecięca zespół chirurgii jednego dnia. Strony w latach 2013-2018 zawierały kolejno aneksy do umowy celem przedłużenia współpracy we wskazanych wyżej zakresach. (pismo dotyczącego przedłużenia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 22 października 2012 – k. 512-513, propozycja planu rzeczowo-finansowego na rok 2013 – k. 514, aneks nr (...) r. z dnia 17 stycznia 2013 r. – k.525-528, aneks nr (...) z dnia 23 stycznia 2014 r. wraz z tekstem jednolitym umowy i planem rzeczowo-finansowym – k. 560-566, aneks nr (...) r. z dnia 20 stycznia 2015 r. wraz z planem rzeczowo-finansowym – k. 589v-591v, propozycja planu rzeczowo-finansowego na rok 2015 – k. 604, aneks nr (...) z dnia 12 stycznia 2016 r. wraz z tekstem jednolitym umowy i planem rzeczowo-finansowym – k. 605-609v, pismo pozwanego z dnia 4 maja 2016 r. z wnioskiem o wyrażenie zgody na przedłużenie umowy – k. 620-620v, propozycja planu rzeczowo-finansowego na II półrocze 2016 r. – k. 621, aneks nr (...) z dnia 20 czerwca 2016 r. wraz z planem rzeczowo-finansowym – k. 622-624v, aneks nr (...) z dnia

9 maja 2016 r. – k. 636-636v, aneks nr (...) r. z dnia 9 stycznia 2017 r. wraz z tekstem jednolitym umowy i planem rzeczowo finansowym 637-642v, aneks nr (...) z dnia 17 czerwca 2017 r. – k. 661, aneks nr (...) z dnia 3 lipca 2017 r. wraz z planem rzeczowo-finansowym 667-669v, aneks nr (...) z dnia 19 października 2017 r. wraz z planem rzeczowo finansowym – k. 683-685, aneks nr (...) z dnia 20 września 2017 r. – k. 701, aneks nr (...) z dnia 19 grudnia 2017 r. wraz z tekstem jednolitym umowy i planem rzeczowo finansowym – k. 712-716v)

W związku z brakiem przedłużenia obowiązywania łączącej strony umowy co do świadczeń zdrowotnych w zakresach: 03.4050.031.02 – gastroenterologia – hospitalizacja planowa, 03.4610.031.02 – otorynolaryngologia - hospitalizacja planowa, 03.4450.031.02 – położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa, 03.4450.231.02 – położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa – N01, N20, 03.4500.031.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa, 03.4580.03102 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa powód poniósł szkodę w postaci utraconych korzyści za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. oraz od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. Rentowność spółki w okresie od 2013 do 2016 r. wskazuje, że poza rokiem 2014, w którym (...) osiągnęło rentowność ujemną (stratę ze sprzedaży spowodowaną znacznym wzrostem kosztów usług obcych i wynagrodzeń) w pozostałych latach powód realizował zysk ze sprzedaży, a rentowność sprzedaży wynosiła w roku 2013 6,30%, w roku 2015 6,37%, w roku 2016 5,59%. Spadek rentowności w 2016 r. w stosunku do 2015 r. był spowodowany szybszym niż wzrost przychodów wzrostem istotnych pozycji kosztów działalności jak usługi obce (wzrost 109,01%) i wynagrodzenia (wzrost 109,57). Za cały rok 2012 rentowność wynosiła 6,74% i była najwyższa spośród rentowności liczonych za pełny rok. Wpływ na najwyższy poziom miała realizacja umowy z NFZ w pełnym zakresie w okresie trzech kwartałów 2012 r. i osiągnięta w tym okresie rentowność na poziomie 8,72%. W latach, w których powód nie realizował pełnej umowy z NFZ (poza rokiem 2014) rentowność spółki była względnie stała, na poziomie oscylującym wokół 6%. Zatem można też uznać, że przy realizacji pełnej umowy z NFZ rentowność sprzedaży powoda będzie względnie stała i oscylować będzie wokół 8,72% rentowności wypracowanej w okresie od stycznia do września 2012 r. Przy założeniu, że umowa z NFZ w zakresie hospitalizacji planowej byłaby realizowana w 2015 r., zysk ze sprzedaży przeliczony rentownością okresu od stycznia do września 2012 r. mierzony rentownością wynosiłby 655.159,29 zł. Po pomniejszeniu o faktycznie osiągnięty zysk ze sprzedaży w roku 2015, **zysk z tytułu realizacji umowy wynosiłby 266.476,19 złotych**. Dla roku 2016 r. zysk ze sprzedaży mierzony rentownością wynosiłby 693.570,69 zł. Po pomniejszeniu o faktycznie osiągnięty zysk ze sprzedaży w roku 2016, **zysk z tytułu realizacji umowy wynosiłby 327.735,78 zł**. (opinia biegłej z zakresu finansów i rachunkowości – k. 647)

#### **Sąd dokonał następującej oceny dowodów:**

Podstawę ustaleń faktycznych w rozpoznawanej sprawie stanowiła dokumentacja zgromadzona w aktach sprawy oraz w aktach sprawy II C 742/13/6 toczącej się przed Sądem Okręgowym w Katowicach, dotycząca łączącego strony stosunku umownego, jego rozwiązania, oraz szczegółów postępowania w sprawie roszczeń odszkodowawczych powoda z tytułu wcześniejszego rozwiązania umowy.

Sąd dał wiarę przedstawionym w sprawie niniejszej dowodom w postaci dokumentów, uznając je za pełnowartościowy materiał dowodowy, ponieważ ich autentyczność, jak i zawartość nie budzą wątpliwości, ponadto nie były one kwestionowane przez żadną ze stron procesu.

Podstawę ustaleń faktycznych stanowiła również opinia biegłej sądowej z zakresu finansów i rachunkowości K. J.. W ocenie Sądu w/w opinia została sporządzona w sposób rzeczowy, rzetelny oraz przekonywujący, w oparciu o wiedzę fachową. Sporządzający opinię to kompetentna osoba, posiadająca odpowiednie w tym kierunku specjalistyczne wykształcenie i wieloletnie doświadczenie zawodowe. Biegła sporządziła opinię na podstawie zgromadzonej w aktach sprawy dokumentacji oraz wyliczeń własnych. Sposób badań reprezentowany przez biegłą wskazuje na prawidłowy tok podejmowania kolejnych czynności analitycznych. Przedmiotowa opinia jest jasna i logiczna.

Biegła w swej opinii przedstawiła dwa sposoby obliczenia utraconych przez powoda korzyści – pierwszy oparty na ustaleniu rentowności sprzedaży wypracowanej przez powoda w czasie gdy umowa z NFZ była w pełni realizowana, oraz drugi polegający na porównaniu hipotetycznych przychodów jakie powód uzyskalby, gdyby umowa z NFZ była

realizowana z hipotetycznymi kosztami jakie musiałby ponieść aby uzyskać te przychody. Ponieważ biegła sama wskazała, że skłania się ku wyborowi wariantu pierwszego z uwagi na możliwość dokładnego ustalenia wskaźnika rentowności sprzedaży powoda na podstawie ewidencji księgowej, Sąd ustalił rozmiar poniesionej przez powoda szkody w postaci utraconych korzyści w oparciu o ten właśnie wariant, uznając, że kwota utraconych korzyści w 2015 r. wyniosła 266.476,19 zł zaś w 2016 r. 327.735,18 zł.

Nieistotne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy okazały się zeznania świadków H. A., B. Ś. i C. A. – zakres wyrządzonej powodowi szkody i sposób obliczenia utraconych korzyści wynika bowiem z opinii biegłej sądowej z zakresu finansów i rachunkowości. Natomiast fakty dotyczące starań powoda o podjęcie z pozwanym współpracy po uprawomocnieniu się wyroku wstępnego Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 23 kwietnia 2014 r. wynikają ze zgromadzonych w sprawie dokumentów – pisma powoda z dnia 22 grudnia 2014 r. zawierające wniosek o podjęcie współpracy oraz odpowiedzi pozwanego na to pismo z dnia 19 lutego 2015 r. W ocenie Sądu świadkowie wyrażali głównie własne opinie dotyczące sposobu rozstrzygnięcia sprawy co nie mogło służyć ustaleniu faktów.

Sąd oddalił wniosek strony pozwanej o zobowiązanie biegłej do sporządzenia kolejnej opinii uzupełniającej oraz wniosek strony powodowej o wezwanie biegłej na rozprawę celem odebrania wyjaśnień i uzupełnienia opinii (k. 674), albowiem zdaniem Sądu opinia główna i opinia uzupełniająca sporządzone przez biegłą K. J. są kompletne, pozbawione uchybień i jako takie są wystarczające do rozstrzygnięcia niniejszego sporu. Biegła w w/w opiniach w sposób pełny, nie wymagający uzupełnienia przedstawiła zastosowane metodologie oraz w czytelny i przekonujący sposób wskazała, który z przedstawionych wariantów jest bardziej właściwy.

#### ***Sąd zważył co następuje:***

#### ***Powództwo zasługiwało na częściowe uwzględnienie.***

Istota sporu w niniejszej sprawie sprowadzała się do stwierdzenia, czy na pozwanym Narodowym Funduszu Zdrowia ciążył ustawowy obowiązek przedłużenia zawartej z powodem w dniu 19 stycznia 2012 r. umowy nr (...) r., oraz czy uchybienie temu obowiązkowi doprowadziło do wyrządzenia powodowi szkody w pojmowanej jako utracone korzyści, które powód mógłby osiągnąć gdyby kontrakt został przedłużony.

W pierwszej kolejności należało przeanalizować treść art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2014 1138) (dalej jako „Ustawa Nowelizująca”) celem ustalenia, czy przepis ten nakładał na pozwanego obowiązek przedłużenia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie ze wskazanym przepisem:

1. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r.
2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może zastrzec we wniosku, o którym mowa w ust. 1, że przedłużenie okresu obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie dotyczy umów zawartych w zakresach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej leczenia onkologicznego.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kieruje do wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, które nie zostały wypowiedziane na dzień nadania wniosku.
4. W przypadku umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.

z 2013 r. poz. 757, 1245 i 1635), przedłużenie umowy wymaga uzyskania przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zgody wojewody.

Brzmienie ust. 1 powołanego przepisu wskazuje na fakultatywny charakter przedłużenia obowiązujących w dniu wejścia w życie Ustawy Nowelizującej umów. Jednoznacznie przesądza o tym użycie sformułowania „na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) obowiązywanie umów (...) może zostać przedłużone (...)” Literalna wykładnia cytowanego przepisu nie pozostawia wątpliwości co do tego, że decyzję w przedmiocie przedłużenia umowy podejmuje dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ - jest to jego uprawnienie, nie obowiązek. Gdyby interpretacja omawianego przepisu ograniczyła się jedynie do ust. 1, Sąd nie miałby wątpliwości, że Ustawa Nowelizująca nie nakładała na pozwanego obowiązku przedłużenia realizowanych w dniu jej wejścia w życie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przy dokonywaniu powyższej oceny należało mieć jednak na względzie również treść ust. 3, zgodnie z którym wniosek o przedłużenie umowy dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ kieruje do **wszystkich** świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, które nie zostały wypowiedziane na dzień nadania wniosku.

Brzmienie tego przepisu nie wskazuje jednoznacznie na fakultatywny charakter przedłużenia umowy. Jedyna logiczna interpretacja obu powołanych wyżej ustępów art. 23 nakazuje przyjąć, że o ile samo złożenie wniosku o przedłużenie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie Ustawy Nowelizującej jest uprawnieniem dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, to po podjęciu przez niego takiej decyzji, **ma on ustawowy obowiązek skierowania wniosku o przedłużenie obowiązywania umów do wszystkich świadczeniodawców** realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które nie zostały wypowiedziane na dzień nadania wniosku. W ocenie Sądu nie sposób bowiem przyjąć istnienia takiego obowiązku jedynie na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy, skoro przepis ten wyraźnie wskazuje, że przedłużenie umowy następuje na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Obowiązek dotyczy w istocie kręgu podmiotów, wobec których wniosek o przedłużenie umowy powinien zostać skierowany, nie zaś samej decyzji o przedłużeniu umów.

W toku postępowania dowodowego ustalono, że Dyrektor (...) Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w K. podjął decyzję o przedłużeniu współpracy z powodem w odniesieniu do usług świadczonych w ramach leczenia szpitalnego w następującym zakresie: 03.4611.032.02 – otorynolaryngologia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia, 03.4540.032.02 chirurgia onkologiczna – zespół chirurgii jednego dnia, 03.4501.032.02 – chirurgia dziecięca zespół chirurgii jednego dnia. Okoliczność ta pozostawała bezsporna między stronami, nadto została potwierdzona załączoną do pozwu obszerną dokumentacją zawierającą aneksy do umowy nr (...) zawierane między stronami w latach 2013-2018 wraz z dołączonymi do nich planami rzeczowo-finansowymi określającymi zakres świadczonych przez powoda usług, jak również kierowane do powoda przez pozwanego pisma z wnioskiem o wyrażenie zgody na przedłużenie okresu obowiązywania umowy.

Biorąc pod uwagę powyższe i uwzględniając przedstawioną na wstępie wykładnię art. 23 Ustawy Nowelizującej, Sąd doszedł do wniosku, że na pozwanym ciążył ustawowy obowiązek zawarcia aneksów przedłużających zawartą z powodem 19 stycznia 2012 r. umowę również w zakresach leczenia szpitalnego dla świadczeń o kodach: 03.4050.031.02 – gastroenterologia – hospitalizacja planowa, 03.4610.031.02 – otorynolaryngologia - hospitalizacja planowa, 03.4450.031.02 – położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa, 03.4450.231.02 – położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa – N01, N20, 03.4500.031.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa, 03.4580. (...) – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa.

W ocenie Sądu powyższej konstatacji nie zmienia argumentacja strony pozwanej. Zdaniem pozwanego wniosek, o którym mowa w art. 23 Ustawy Nowelizującej należało złożyć jedynie świadczeniobiorcom, którzy realizowali umowę na dzień złożenia wniosku, tj., którym umowa nie została wypowiedziana. Natomiast powodowa spółka nie realizowała spornej umowy w 2014 r. wobec jej skutecznego rozwiązania przez pozwanego. Pozwany oparł swoją argumentację

na treści uzasadnień wyroków Sądu Okręgowego w Katowicach oraz Sądu Apelacyjnego w Katowicach, które stwierdziły odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanego wobec powoda za przedwczesne rozwiązanie łączącego strony kontraktu wobec jego bezprawnego wypowiedzenia przez pozwanego, jednakże nie ustaliły, że kontrakt ten dalej wiąże strony.

Odnosząc się do powyższej argumentacji wskazać należy w pierwszej kolejności, że zarówno z uzasadnienia wyroku wstępnego Sądu Okręgowego w Katowicach jak i oddalającego apelację wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach wynika, że pozwany ponosi wobec powoda odpowiedzialność odszkodowawczą za niewykonanie umowy na podstawie art. 471 k.c. Sądy obu instancji uznały odpowiedzialność pozwanego w tym zakresie co do zasady, stwierdzając, że nie ziściły się przesłanki wcześniejszego rozwiązania łączącej strony umowy. Sąd Okręgowy wskazał wprost, że **rozwiązanie przez pozwanego umowy z powodem pozbawione było podstaw prawnych. Sąd ten uznał, że winę za niewykonanie zobowiązania ponosi pozwany a w granicach adekwatnego związku przyczynowego z działaniem i zachowaniem pozwanego pozostawało pogorszenie sytuacji majątkowej powoda. W wyniku zachowania pozwanego powód poniósł szkodę w postaci utraty korzyści.** Wyrokiem z dnia 10 października 2016 r. Sąd Okręgowy w Katowicach zasądził na rzecz powoda od pozwanego odszkodowanie za szkodę wyrządzoną bezprawnym rozwiązaniem przez pozwanego łączącej strony umowy. Było to odszkodowanie, nie wynagrodzenie za dalsze wykonywanie umowy, które mogłoby być odzwierciedleniem żądania przez powoda wykonania przez pozwanego umowy mimo wadliwego wypowiedzenia. Nie ulega wątpliwości, że wskazanym wyrokiem Sąd Okręgowy w Katowicach rzeczywiście nie ustalił istnienia między stronami stosunku prawnego lub nieważności oświadczenia pozwanego o rozwiązaniu umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia. W tym zakresie należy przyznać rację pozwanemu, że z punktu widzenia czysto formalnego, umowa z dnia 19 stycznia 2012 r. w zakresach w leczenia szpitalnego dla świadczeń o kodach: 03.4050.031.02 – gastroenterologia – hospitalizacja planowa, 03.4610.031.02 – otorynolaryngologia - hospitalizacja planowa, 03.4450.031.02 – położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa, 03.4450.231.02 – położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa – N01, N20, 03.4500.031.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa, 03.4580.03102 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa przestała wiązać strony. Brak jest bowiem podstaw do przyjęcia jakiegokolwiek „reaktywacji” tego stosunku prawnego.

Niezależnie od powyższego, w ocenie Sądu, stanowisko pozwanego co do braku istnienia po jego stronie obowiązku przedłużenia umowy z powodem pozostaje błędne. Sąd dokonał w tym zakresie celowościowej wykładni przepisu art. 23 ust. 3 Ustawy Nowelizującej. Istota problemu sprowadzała się do rozumienia pojęcia „**umów, które nie zostały wypowiedziane na dzień nadania wniosku**”. Pozwany oparł swoją argumentację jedynie na literalnej wykładni powołanego przepisu uznając, że wypowiedzenie umowy nr (...) w dniu 21 września 2012 r. oznacza jej automatyczne wyłączenie z kręgu umów podlegających przedłużeniu na podstawie art. 23 ust. 3 Ustawy Nowelizującej. Bez znaczenia zdaniem pozwanego pozostaje fakt, że wypowiedzenie nastąpiło bez podstawy prawnej. W ocenie Sądu tak formalistyczna ocena sytuacji doprowadziłaby do rozstrzygnięcia godzącego w zasady sprawiedliwości i słuszności. Nie ulega bowiem wątpliwości, że przedmiotowa umowa została wypowiedziana bezprawnie – pozwany poniósł z tego tytułu odpowiedzialność odszkodowawczą, co zostało stwierdzone w prawomocnych orzeczeniach Sądu Okręgowego w Katowicach. W związku z powyższym, Sąd rozpatrujący niniejszą sprawę przyjął, że art. 23 ust. 3 Ustawy Nowelizującej odnosi się do umów, które nie zostały wypowiedziane **zgodnie z prawem**. Inne rozumienie tego przepisu pozwoliłoby w istocie pozwanemu na **czierpanie korzyści z własnego bezprawia**. Skoro pozwany podjął decyzję o przedłużeniu współpracy z powodem w zakresie pozostałych dostarczanych przez powoda usług, powinien podjąć taką decyzję również co do umowy nr (...) w kwestionowanym w niniejszym postępowaniu zakresie. Obowiązek pozwanego wynika z art. 23 ust. 1 i ust. 3 Ustawy Nowelizującej, bowiem jak już wskazano na wstępie, właściwe rozumienie tychże przepisów nakazuje stwierdzić, że po podjęciu przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ decyzji o przedłużeniu umów realizowanych w trakcie wejścia w życie Ustawy Nowelizującej, wniosek o przedłużenie powinien być skierowany do wszystkich podmiotów realizujących umowy.

Nie sposób jednocześnie zgodzić się z pozwanym, że powód powinien był wystąpić do Sądu Okręgowego w Katowicach z roszczeniem o ustalenie istnienia stosunku prawnego na podstawie art. 189 k.p.c. lub wydania orzeczenia

zastępującego oświadczenie woli dłużnika na podstawie art. 64 k.c. w zw. z art. 1047 § 1 k.p.c. aby otworzyć sobie drogę do możliwości żądania od pozwanego przedłużenia umowy. Za rażąco niesprawiedliwe należałoby uznać obarczanie powoda odpowiedzialnością za niezgodne z prawem działanie pozwanego. Powód miał prawo dokonać wyboru dochodzonego przez siebie roszczenia, a wybór ten nie powinien, wobec oczywiście bezprawnego i bezpodstawnego rozwiązania przez pozwanego łączącej strony umowy, wpływać negatywnie na obecną sytuację prawną strony powodowej.

Powód podnosił, że podstawą odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego jest czyn niedozwolony polegający na niewypełnieniu ciężącego na nim ustawowego obowiązku wynikającego z art. 23 ust. 1 Ustawy Nowelizującej.

Jak wskazuje się w orzecznictwie, przesłankami odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, które warunkują powstanie obowiązku naprawienia przez sprawcę szkody w rozumieniu przepisów reżimu deliktowego są w pierwszej kolejności: szkoda w znaczeniu uszczerbku w majątku osoby poszkodowanej, fakt wyrządzający szkodę, (czyli działanie lub zaniechanie działania przez sprawcę szkody) oraz związek przyczynowy pomiędzy szkodą a tym działaniem lub zaniechaniem sprawcy. Związek przyczynowy musi się przy tym mieścić w granicach zakreślonych art. 361 § 1 KC, a więc w granicach normalnych następstw działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Ponadto, co do zasady, konieczną przesłanką odpowiedzialności jest wina sprawcy, gdyż na gruncie odpowiedzialności deliktowej ustawodawca przyznaje zdecydowane pierwszeństwo zasadzie winy przed innymi zasadami odpowiedzialności. Wina łączy się z koniecznym wystąpieniem dwóch jej elementów: obiektywnego, czyli bezprawności zachowania i subiektywnego, zakładającego podstawy do postawienia zarzutu z punktu widzenia powinności i możliwości przewidywania szkody oraz przeciwdziałaniu jej wystąpieniu, co można określić, jako subiektywno – obiektywną teorię winy. (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 7 marca 2022 r. I ACa 749/21, Legalis nr 2702035)

Jak już wskazano wyżej Sąd nie miał w niniejszej sprawie wątpliwości, że pozwany nie dopełnił ciężącego na nim ustawowego obowiązku złożenia wniosku o przedłużenie z powodem umowy na okres od 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2016 r. Należało zgodzić się z powodem, że na tej podstawie pozwany ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną powodowi czynem niedozwolonym.

Zgodnie z art. 361 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła (§ 1). W powyższych granicach, w braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono (§ 2).

Obligatoryjną przesłanką odpowiedzialności odszkodowawczej jest istnienie adekwatnego związku przyczynowego między wystąpieniem pewnego zdarzenia a szkodą w majątku osoby domagającej się odszkodowania. W niniejszej sprawie owym zdarzeniem jest zaniechanie przez pozwanego złożenia wniosku o przedłużenie umowy nr (...) co do świadczeń zdrowotnych w zakresach: 03.4050.031.02 – gastroenterologia – hospitalizacja planowa, 03.4610.031.02 – otorynolaryngologia - hospitalizacja planowa, 03.4450.031.02 – położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa, 03.4450.231.02 – położnictwo i ginekologia hospitalizacja planowa – N01, N20, 03.4500.031.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa, 03.4580.03102 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa.

Artykuł 361 § 2 k.c. określa dwa rodzaje szkody majątkowej, które objęte są obowiązkiem odszkodowawczym. Są to: strata (damnum emergens) i utracone korzyści (lucrum cessans). Obie te postaci uszczerbku majątkowego podlegają obowiązkowi odszkodowawczemu.

W niniejszej sprawie powód domagał się naprawienia szkody w postaci utraconych korzyści. W doktrynie dominuje pogląd, że szkoda w postaci utraconych korzyści polega na braku spodziewanego powiększenia majątku poszkodowanego, spowodowanego zdarzeniem szkodzącym. Typowe przykłady to: nieuzyskanie zarobku, nieosiągnięcie dochodów z działalności gospodarczej, utrata pożytków rzeczy lub prawa (M. Kaliński, Szkada na mieniu, s. 279–280; T. Dybowski, w: System PrCyw, t. III, cz. 1, 1981, s. 228–229). Ustalenie utraty spodziewanych korzyści następuje na podstawie analizy prawdopodobieństwa ich osiągnięcia przez konkretnego pokrzywdzonego – na tle jego indywidualnej sytuacji majątkowej. Zbadać należy zwłaszcza sposób (mechanizm) osiągania (utraconych)

korzyści. Nie należy tu stosować generalizującej oceny "normalności" oraz rodzaju osiągniętych dochodów. Ustalenie szkody jest wynikiem analizy indywidualnej sytuacji, w której znalazł się poszkodowany. Nie jest to zabieg ustalenia związku przyczynowego między przyczyną a jej (normalnym) następstwem, lecz badaniem reperkusji tego następstwa w majątku konkretnego podmiotu. Jest to oczywiście analiza sytuacji hipotetycznej. Prawdopodobieństwo uzyskania korzyści (utraconych) musi być wysokie i realne. Jego ocena opiera się na znajomości sposobu osiągnięcia danego typu wpływów finansowych lub innych aktywów majątkowych oraz na doświadczeniu życiowym. (M. Gutowski (red.), Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz. Art. 353–626. Wyd. 3, Warszawa 2022).

Wysokość wyrządzonej szkody pozostawała sporna między stronami. Pozwany kwestionował w toku postępowania przedstawione przez powoda wyliczenia. Ustalenie rozmiaru utraconych przez powoda korzyści wymagało bez wątplenia wiadomości specjalnych, dlatego też Sąd dokonał ustaleń w tym zakresie na podstawie opinii biegłej z zakresu rachunkowości uznając, że kwota utraconych przez powoda korzyści w 2015 r. wyniosła 266.476,19 zł zaś w 2016 r. 327.735,78 zł, które to wyliczenia zostały oparte o analizę kwoty utraconych przychodów wskaźnikiem rentowności sprzedaży wypracowanym przez powódkę w okresie od stycznia do września 2012 r. w okresie realizacji pełnego kontraktu. Łącznie powód poniósł zatem szkodę w wysokości 594.211,97 zł, co uzasadniało zasądzenie tej kwoty od pozwanego na rzecz powoda o czym Sąd orzekł jak w punkcie I sentencji na podstawie art. 416 k.c. i art. 361 k.c.

W pozostałym zakresie szkoda nie została wykazana, w ocenie Sądu brak jest podstaw do przyjęcia istnienia szkody w wysokości przekraczającej kwotę wyliczoną przez biegłą. Powództwo podlegało zatem oddaleniu w pozostałym zakresie żądanych należności głównych, o czym Sąd orzekł w punkcie 2 sentencji wyroku.

W kwestii żądania odsetek za opóźnienie wskazać należy, że roszczenie o zapłatę odszkodowania jest roszczeniem bezterminowym. Podstawą rozstrzygnięcia w zakresie był zatem art. 455 k.c. Zgodnie z jego brzmieniem, jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika. Wymagalność tego rodzaju roszczenia w zasadzie następuje bezpośrednio po wezwaniu dłużnika przez wierzyciela do jego zapłaty, a więc w dniu następnym do otrzymania wezwania do zapłaty, ewentualnie - jak przyjmuje się w orzecznictwie - z doliczeniem pewnego okresu niezbędnego do przeanalizowania przez dłużnika zasadności żądania. (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 marca 2013 r., III CSK 192/12). Zgodnie natomiast z treścią art. 481 k.c. odsetki należą się za opóźnienie w zapłacie, to jest za uchybienie terminowi płatności.

W niniejszej sprawie powód domagał się zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie od kwoty 702.729,42 zł od dnia 19 listopada 2015 r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 323.919,58 zł od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty. Powód powołał się w tym względzie na skierowany przeciwko pozwanemu wniosek o zawiązanie do próby ugodowej dotyczący kwoty 702.729,42 zł i terminu posiedzenia w tym przedmiocie przed Sądem Rejonowym dla m.st. Warszawy, które odbyło się 19 listopada 2015 r. wskazując tę datę jako moment, w którym pozwany dowiedział się o swoim zobowiązaniu. W orzecznictwie sądów powszechnych akceptowany jest pogląd, że jeżeli zawiązanie do próby ugodowej zawiera oznaczenie przedmiotu żądania i określenie jego wysokości oraz tytuł, z jakiego ma ono wynikać, to jest ono równoznaczne z wezwaniem do zapłaty z art. 455 KC. Nie ulega także wątpliwości, że w takim przypadku wierzyciel wyraża żądanie (wolę) zaspokojenia swego roszczenia. W takiej sytuacji, jeżeli nie sprzeciwiają się temu okoliczności sprawy, od zawiązania do zawarcia ugody powinny być liczone odsetki ustawowe od zasądzonej w późniejszym wyroku kwoty zadośćuczynienia. (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2014 r. I PK 20/14 Legalis nr 1079530).

W ocenie Sądu brak było podstaw do zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie od dat wskazanych przez powoda. Wynikało to z tego, iż powód w taki sposób sformułował żądanie pozwu, że domagał się naprawienia szkody za dwa zamknięte okresy, a mianowicie:

tytułem odszkodowania za szkodę wyrządzoną powodowi przez pozwanego w okresie od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. (żądana kwota 522.664,51 zł),

tytułem odszkodowania za szkodę wyrządzoną powodowi przez pozwanego w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 grudnia 2016 r. (żądana kwota 503.994 zł).

Skoro powód domagał się odszkodowania za zamknięte okresy czasu, wskazując łącznie wysokość poniesionej szkody za dany rok, to należało przyjąć iż wierzytelność powoda za dany rok nie mogła stać się wymagalna wcześniej niż z upływem danego roku, za który była dochodzona. Zdaniem Sądu wierzytelność powoda za 2015 r. stała się wymagalna po upływie 7 dni od końca 2015 r., a wierzytelność powoda za 2016 r. stała się wymagalna po upływie 7 dni od końca 2016 roku. W związku z powyższym Sąd zasądził od kwoty odszkodowania 266.476,19 zł (za cały 2015 r.) odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 8 stycznia 2016 r. oraz odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty odszkodowania 327.735,78 zł (za cały 2016 r.) od dnia 8 stycznia 2017 r. do dnia zapłaty. Sąd zastosował w tym zakresie przepis art. 455 kc i uznał że termin 7 dni był terminem niezwłocznym w rozumieniu tego przepisu. W pozostałym zakresie powództwo co do należności ubocznych podlegało oddaleniu.

Orzekając o kosztach postępowania w punkcie 3 sentencji wyroku Sąd w stosunkowo rozdzielił je pomiędzy stronami na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c., przyjmując, iż powód wygrał sprawę w 57,87 % (powód żądał kwoty 1.026.658,51 zł, a została zasądzona kwota 594.211,97 zł). Szczegółowe wyliczenie na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. Sąd pozostawił referendarzowi sądowemu.

Mając na uwadze powyższe Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.