

Sygn. akt I C 2275/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 maja 2014 r.

Sąd Okręgowy w Krakowie Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący : SSO Andrzej Żelazowski

Protokolant: st. prot. Anna Żarczyńska-Ziobro

po rozpoznaniu w dniu 27 maja 2014 r. w Krakowie

sprawy z powództwa **Szpitala Miejskiego w (...) Sp. z o.o. w R.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia- (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w K.**

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od strony powodowej Szpitala Miejskiego w (...) Sp. z o.o. w R. na rzecz strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia- (...) Oddziału Wojewódzkiego w K. kwotę 7.217,00 zł (słownie złotych: siedem tysięcy dwieście siedemnaście) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sygn. akt IC 2275/13

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 27 maja 2014 r.

Strona powodowa – Szpital Miejski w (...) sp. z o.o. w R. w pozwie skierowanym przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w K., domagała się zasądzenia od strony pozwanej kwoty 707.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu.

Na uzasadnienie powód wskazał, iż przystąpił do organizowanego przez stronę pozwaną konkursu ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składając ofertę w dniu 9.10.2010 r. w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert w rodzaju Leczenie Szpitalne w zakresie świadczeń izby przyjęć. Oferta zawierała cenę ryczałtową w kwocie 3500 zł za dobę w roku 2011, na łączną kwotę 1.277.500 zł.

W dniu 14.10.2010 r. w siedzibie strony pozwanej nastąpiło otwarcie ofert. W dniu 21.12.2010 r. przedstawiciele strony powodowej stawili się na ponowne negocjacje w zakresie Izby Przyjęć (termin negocjacji był uprzednio przekładany). Przewodniczący Komisji Konkursowej odmówił jednakże prowadzenia negocjacji, przedkładając stronie powodowej do podpisu protokół końcowy z negocjacji. Strona powodowa wobec stwierdzenia uchybień w prowadzeniu przedmiotowej procedury nie zgodziła się z przedstawionym protokołem końcowym z negocjacji z dnia 21.12.2010 r. Strona powodowa wskazała, iż Przewodniczący Komisji Konkursowej na spotkaniu mającym za przedmiot negocjacje odmówił prowadzenia jakichkolwiek negocjacji ze stroną powodową w zakresie chorób wewnętrznych – hospitalizacja oraz izby przyjęć. Powód wniósł o podanie podstaw prawnych odmowy, na co uzyskał stwierdzenie Przewodniczącego, iż (...) NFZ w K. będzie od tej chwili kontraktował wyższy standard świadczeń zdrowotnych oraz, że nie będzie brał pod uwagę kryterium ceny i nie będzie w związku z tym stosować w ocenie

złożonych przez stronę powodową ofert Zarządzenia Prezesa NFZ nr (...) z późn zm. W trakcie spotkania strona powodowa zaproponowała obniżenie ceny jednostkowej jednak Przewodniczący odmówił przyjęcia tej propozycji i wprowadzenia jej do protokołu negocjacji.

W tym samym dniu strona powodowa wniosła protest do Komisji Konkursowej w trybie art. 153 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W proteście strona powodowa zarzuciła Komisji Konkursowej bezpodstawne odstąpienie od procesu negocjacji w sposób nie podyktowany jasnymi podstawami prawnymi, którymi rządzić się winno każde postępowanie konkursowe. Odstąpieniem tym Komisja naruszyła art. 142 ust. 7 ustawy, zgodnie z którym komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Ponadto Komisja odmówiła zaprotokołowania w protokole negocjacji nowych propozycji Oferenta, które przedstawił podczas spotkania w siedzibie (...) NFZ w dniu 21.12.2010 r. Nieuzasadniona odmowa prowadzenia negocjacji z Oferentem naruszyła zasadę równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto Komisja w sposób bezpodstawny zmieniła warunki wymagane od Oferenta stwierdzając, że będzie kontraktować wyższy standard świadczeń zdrowotnych. Takie działanie w sposób oczywisty naruszyło treść art. 147 ustawy, zgodnie z którym kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

W dniu 22.12.2010 r. strona powodowa otrzymała informację, iż powyższy protest oddalono.

Ostatecznie, po przeprowadzeniu procedury konkursowej, w tym postępowania odwoławczego (poprzedzonego wezwaniem przez powoda strony pozwanej do usunięcia naruszenia prawa), Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, decyzją z dnia 30.06.2011 r., uchylił zaskarżoną przez powoda decyzję Dyrektora (...) NFZ w K. z dnia 18.01.2011 r. w przedmiocie odmowy uwzględnienia odwołania strony powodowej wniesionego w trybie art. 154 ust. 1 ustawy od rozstrzygnięcia postępowania i uwzględnił odwołanie strony powodowej.

W dniu 07.07.2011 r. powód otrzymał zaproszenie do wzięcia udziału w rokowaniach, które ostatecznie zakończyły się podpisaniem przez strony niniejszego postępowania aneksu nr (...) z dnia 02.08.2011 r. do umowy z dnia 17.03.2011 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne.

Powód wskazał następnie, iż w trakcie postępowania o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (konkurs ofert) Komisja Konkursowa zobowiązana jest zgodnie z treścią art. 148 ustawy do porównania ofert poprzez ocenę oferty w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności, jakości udzielanych świadczeń, kwalifikacji personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Wybrana może być ta oferta, która zgodnie z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach zapewnia ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. W celu uszczegółowienia tych zasad Prezes NFZ w zarządzeniu z dnia 13 listopada 2009 r. nr (...) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej wskazał szczegółowe parametry kryteriów oceny oraz wagę poszczególnych kryteriów. Treść wskazanego zarządzenia, jak również powołane wyżej przepisy ustawy o świadczeniach nie pozwalają na odstępstwo od wyżej opisanych zasad oceny ofert w postępowaniu konkursowym. Powód wskazał, że strona pozwana podawała różne powody niewyłonienia strony powodowej w konkursie do zawarcia umowy. Powody te jednak są bez znaczenia, skoro ostatecznie w dniu 30.06.2011 r. Prezes NFZ uchylił zaskarżoną decyzję Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) w K. z dnia 18.01.2011 r. w całości i uwzględnił odwołanie strony powodowej wskazując, iż w uznaniu Prezesa NFZ organ przeprowadzający konkurs naruszył zasady prowadzenia postępowania poprzez brak negocjowania ze stroną powodową warunków cenowych i ilościowych oferty. Powód wskazał, iż stwierdzone powyżej naruszenie zasad prowadzenia postępowania spowodowało po stronie powodowej wymierną szkodę, polegającą na niezawarcie umowy z powodem, a zawarciu umów z innymi podmiotami niż powód. Powód podniósł, iż doszło do nieuprawnionej zmiany kryteriów oceny oferty oraz warunków od niej wymaganych (poprzez nienegocjowanie z powodem ze wskazaniem, iż (...) NFZ w K. będzie kontraktował wyższy standard świadczeń zdrowotnych oraz nie będzie brał pod uwagę kryterium ceny i nie będzie stosować w ocenie złożonych ofert Zarządzenia Prezesa NFZ nr (...)). Powód zarzucił, iż ranking ofert został sporządzony niepoprawnie

- suma punktów uzyskanych przez powoda w świetle przepisów dotyczących procedury konkursowej i kryteriów oceny powinna usytuować go na wyższym (szóstym) miejscu w rankingu końcowym, niż to miało ostatecznie miejsce. Powyższe nieprawidłowe sporządzenie rankingu było przyczyną niewyłonienia powoda do zawarcia umowy, przez co min. powód poniósł szkodę, o której mowa w pozwie.

Powód wskazał, iż domaga się zasądzenia kwoty dochodzonej pozwem tytułem naprawienia szkody wyrządzonej powodowi przez niezgodne z prawem działanie przy wykonywaniu władzy publicznej. Roszczenie strony powodowej opiera się na treści art. 417 § 1 k.c., zgodnie z którym za niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej ponosi odpowiedzialność Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego lub inna osoba prawna wykonująca tę władzę z mocy prawa. Powód wskazał, iż strona pozwana (NFZ) jest państwową osobą prawną wykonującą władzę publiczną z mocy prawa, zaś sfera aktywności państwa związana z realizacją zadań publicznych może i powinna być – w pewnym co najmniej zakresie – traktowana jako przejaw wykonywania władzy publicznej, mimo iż nie ma charakteru władczego co do zasady. W wypadku bezprawnej wadliwej organizacji świadczeń opieki zdrowotnej podstawa deliktowa (art. 417 k.c.) stanowi bardziej naturalny reżim odpowiedzialności Funduszu będącego publiczną osobą prawną, niż odpowiedzialność kontraktowa.

Odnosnie wysokości szkody powód wskazał, iż gdyby strona pozwana nie naruszyła opisanych w pozwie przepisów, to strona powodowa zawarłaby ze stroną pozwaną aneks nr (...) do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne od dnia 01.01.2011 r. do 31.12.2014 r. na łączną kwotę w wysokości 1.277.500 zł za rok 2011 r. Tymczasem wobec bezprawnego działania Dyrektora (...) NFZ strona powodowa zawarła aneks nr (...) z dnia 02.08.2011 r. na kwotę 570.500 zł. Wobec tego szkoda wyniosła 707.000 zł.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości.

Strona pozwana zarzuciła, że podstawa prawna żądania (art. 417 k.c.) nie znajduje zastosowania w stosunkach cywilnoprawnych. Przepis 417 k.c. dotyczy odpowiedzialności przy wykonywaniu władzy publicznej, zatem odnosi się wyłącznie do publicznoprawnej sfery działania i aktów imperium, bez względu na typ podmiotu, który aktów takich z mocy prawa dokonuje. Ukształtowanie zakresu odpowiedzialności na płaszczyźnie funkcjonalnej, a nie podmiotowej ma wielorakie skutki, przede wszystkim takie, że podmiot nie będący na płaszczyźnie administracyjnoprawnej żadnym organem władzy publicznej, może odpowiadać na zasadzie tego przepisu, tylko o ile wykonuje władzę publiczną, zaś np. Skarb Państwa może tej odpowiedzialności nie ponosić, jeżeli w danym zakresie władzy publicznej nie wykonuje, działając w sferze cywilnoprawnej i wykonując jedynie czynności dominalne. Decydujące znaczenie ma zatem okoliczność, czy dane zachowanie ma miejsce w sferze prawa publicznego, czy prywatnego, czy chodzi o wykonywanie władztwa, czy też zdarzenia cywilnoprawne. Poza wykonywaniem władzy publicznej różnego typu organy państwowe i samorządowe odpowiadają tak samo, jak inne osoby prawne. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., sygn. akt IV CKN 393/01, stosunek między NFZ a świadczeniodawcą ma charakter umownego zobowiązania, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego. Istotne zdarzenia składające się na podstawę faktyczną niniejszego powództwa (zawarcie i wykonanie umowy) sytuują się w sferze cywilnoprawnej, stąd odpowiedzialność na zasadzie art. 417 k.c. nie może być tutaj brana pod uwagę. Na ocenę powyższą pozostaje bez wpływu okoliczność, że na styku postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pojawia się quasi-administracyjny element – w postaci odwołań do Dyrektora Oddziału (...) i Prezesa NFZ. W zgodnej bowiem ocenie sądów administracyjnych i NSA rozpatrujących skargi na te decyzje, postępowanie administracyjne wszczyna tu odwołanie, a kończy – ostateczna decyzja, natomiast to, co dzieje się przed i po, przyczyna i skutek tego postępowania, czyli pierwotne i wtórne postępowanie w sprawie zawarcia umowy (konkurs ofert lub rokowania) – wszystko to pozostaje nadal w sferze cywilnoprawnej dlatego, że postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest pozakodeksowym sposobem zawarcia cywilnoprawnej umowy i tym pozostaje, mimo poddania czynności podejmowanych w takim postępowaniu quasi-administracyjnej i sądowo-administracyjnej ocenie.

Strona pozwana wskazała ponadto, że powód nie wykazał szkody, jej wysokości, ani tego, iż zaistniały przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego, mimo że ciężar dowodu w tym zakresie zgodnie z art. 6 k.c. spoczywa

na powodzie. Powód nie wykazał aby w okresie, za który dochodzi naprawienia szkody, tj. od 1 stycznia do 21 lipca 2011 r. (kiedy nie posiadał umowy z pozwanym) wykonywał jakiegokolwiek usługi. Nadto powód nie był obowiązany do udzielania takich świadczeń poza wypadkiem stanów nagłych, o których mowa w art. 19 ustawy o świadczeniach. Jako szkodę powód wskazał wartość wynagrodzenia niedoszłego do skutku kontraktu, pomniejszoną o wartość kontraktu zawartego, podczas gdy ewentualna szkoda w postaci *lucrum cessans* nigdy nie jest wynagrodzeniem (przychodem), lecz co najwyżej marżą zysku (dochodem), jaka w tym wynagrodzeniu została ujęta, jest co najwyżej częścią, nigdy całością wynagrodzenia. W przypadku bowiem dojścia transakcji do skutku, wykonujący ponosi koszty jej wykonania, a w razie nie dojścia transakcji do skutku – nie pojawia się konieczność ponoszenia kosztów.

W piśmie z dnia 27.05.2014 r. pozwany wskazał, iż źródłem rzekomej szkody poniesionej przez powoda nie jest akt administracyjny bądź inny akt lub czynność o charakterze władczym, dlatego stosowanie art. 417 k.c. jest wykluczone. Źródłem szkody nie jest też umowa, lecz zdarzenie przy czynnościach poprzedzających jej zawarcie, wskutek czego powód nie zawarł z pozwanym umowy, jakiej oczekiwał, a zawarł umowę z której jest niezadowolony. W rachubę wchodzi zatem wyłącznie odpowiedzialność z powodu niedojścia umowy do skutku w części z przyczyn poprzedzających jej zawarcie - odpowiedzialność na zasadzie *culpa in contrahendo* (art. 72 § 2 k.c.) - z ograniczeniem odpowiedzialności do tzw. ujemnego interesu umownego.

W piśmie z dnia 27 maja 2014 r. powód wskazał, iż zdarzenia wywołujące szkodę (rażące naruszenie prawa przez Komisję Konkursową, a później działania strony pozwanej) miały miejsce na etapie, gdy stron procesu nie łączyła jakakolwiek więź cywilnoprawna, lecz przepisy prawa powszechnie obowiązującego, m. in. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Odnośnie wysokości szkody wskazał, iż wysokość szkody została przez niego wykazana bowiem zgodnie z ustawą o z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych finansowanie świadczeń w Izbie Przyjęć albo (...) odbywa się w oparciu o stawkę ryczałtu dobowego. Wobec tego niezależnie, czy powód wykonywał świadczenia, czy też nie należy się zapłata według tejże stawki za okres, w którym powód nie miał kontraktu, tj. od 01.01.2011 r. do 21.07.2011 r.

Bezsporne między stronami były następujące okoliczności:

Powód brał udział w zorganizowanym przez stronę pozwaną konkursie na zawarcie kontraktu, obejmującego finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie Izby Przyjęć w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. W pierwotnym postępowaniu powód złożył ofertę o wartości 1.277.500 zł, obejmującą okres od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. Po przeprowadzeniu procedury konkursowej (w tym rozpatrzeniu środków zaskarżenia) ostatecznie zawarł z powodem umowę o świadczenie usług medycznych w zakresie Izby Przyjęć na okres od dnia 22.07.2011 r. do 31.12.2011 r. na kwotę 570.500 zł.

Na etapie pierwotnej procedury konkursowej doszło do naruszenia interesu prawnego powoda, wskutek naruszenia zasad postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Decyzją z dnia 30.06.2011 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia uchylił zaskarżoną przez powoda decyzję Dyrektora (...) NFZ w K. z dnia 18.01.2011 r. w przedmiocie odmowy uwzględnienia odwołania strony powodowej wniesionego w trybie art. 154 ust. 1 w związku z art. 152 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od rozstrzygnięcia postępowania i uwzględnił odwołanie strony powodowej. W uzasadnieniu decyzji wskazano, że w pierwotnych negocjacjach oferta odwołującego nie została wybrana ze względu na rozbieżne stanowisko odnośnie ilości i ceny świadczeń. Informacja o niedojściu do porozumienia w zakresie ceny świadczenia ani co do ilości świadczeń nie wynika z protokołu końcowego z negocjacji. W protokole tym po stronie dotyczącej propozycji Funduszu w zakresie ilości proponowanych świadczeń widnieje liczba „0”. Także w zakresie ceny świadczenia w w.w. protokole po stronie dotyczącej propozycji Funduszu widnieje liczba „0”, tym samym również wartość świadczeń zaproponowana przez Fundusz jest równa „0”. Analizując przedstawioną sytuację Prezes NFZ wskazał, iż negocjacje z oferentami prowadzi się w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich ceny, negocjacje zmierzają do wyłonienia najkorzystniejszych ofert. Wskazanie w protokole końcowym ilości „0” wskazuje na brak propozycji ilościowej i cenowej ze strony Funduszu, a tym samym brak negocjowania, co przeczy celowi jakiego służy prowadzenie negocjacji. Prezes NFZ stwierdził, że doszło do naruszenia

interesu prawnego odwołującego w wyniku opisanego powyżej sposobu prowadzenia negocjacji przez komisję konkursową w związku z czym uchylił zaskarżoną decyzję w całości i uwzględnił odwołanie (vide: decyzja Prezesa NFZ z dnia 30.06.2011 r. k. 50 – 57).

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Powód, reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, wywodził odpowiedzialność strony pozwanej za szkodę, której doznać miał w wyniku niedojścia do skutku umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w spornym okresie od dnia 01.01.2011 r. do 21.07.2011 r., na podstawie art. 417 k.c. określającego przesłanki odpowiedzialności Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub innej osoby prawnej wykonującej władzę publiczną za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej.

Art. 417 k.c. znajduje zastosowanie jedynie w zakresie stosunków prawnych, w których państwo lub jednostka samorządu terytorialnego albo inna osoba prawna wykonuje władzę publiczną, tzn. nie ma on zastosowania do sfery dominium (najczęściej działalności gospodarczej), w której Skarb Państwa i jednostki samorządu terytorialnego traktowane są jak inne osoby prawne i ponoszą odpowiedzialność odszkodowawczą na takich samych zasadach jak te podmioty. Rozwiązanie takie stanowi realizację zasady równości wobec prawa. Sfera wykonywania władzy publicznej (imperium) obejmuje stosunki prawne, w których państwo lub jednostka samorządu terytorialnego występuje w pozycji nadrzędnej, mogąc jednostronnie władczo kształtować prawa lub obowiązki innego podmiotu i stosować środki przymusu w celu zapewniania realizacji tych praw lub obowiązków - np. obowiązkowe szczepienia ochronne, obowiązek szkolny. Wyróżnienie sfery wykonywania władzy publicznej dokonywane jest w oparciu o kryteria przedmiotowe, a nie podmiotowe, władzę publiczną wykonywać mogą organy władzy ustawodawczej, wykonawczej i sądowej (por. wyr. TK z 4.12.2001 r., SK 18/00, OTK 2001, Nr 8, poz. 256). Z wykonywaniem władzy publicznej nie mamy do czynienia w stosunkach opartych na zasadzie równorzędności stron. Szczególne wątpliwości powstać mogą w związku ze szkodami powstałymi w wyniku działalności państwowej służby zdrowia. Poza pojedynczymi przypadkami (szczepienia obowiązkowe), korzystanie z publicznej służby zdrowia nie jest obowiązkowe, obok państwowej służby zdrowia funkcjonuje sektor prywatny. Publiczna służba zdrowia nie jest sferą, w której państwo lub jednostki samorządu terytorialnego dysponują środkami władczymi wobec obywateli. Na gruncie dawnego stanu prawnego (przed nowelizacją art. 417 k.c.) przepis ten stanowił podstawę odpowiedzialności odszkodowawczej Skarbu Państwa za szkody wyrządzone w trakcie leczenia, ponieważ lekarze uznawani byli za funkcjonariuszy państwowych. Zapewnienie właściwego funkcjonowania opieki zdrowotnej (podobnie jak edukacji, czy systemu emerytalnego) jest jednym z zadań państwa - funkcją publiczną, jednak nie jest to zadanie realizowane w sposób władczy. Przymus korzystania z publicznej opieki zdrowotnej nie ma charakteru prawnego, ale faktyczny (Komentarz do k.c. red. Konrada Osajdy, Wydawnictwo: C.H. Beck, Wydanie 7, Rok Wydania 2013 – artykuł 417 k.c.).

Postępowanie w sprawie zawierania umów ze świadczeniodawcami uregulowane jest w przepisach ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. jednol. Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Postępowanie to, pomimo odrębnej regulacji jest postępowaniem o charakterze cywilnoprawnym, którego charakter i zasady są wzorowane na uregulowanej w k.c. instytucji przetargu (czy też zamówień publicznych - które są odmianą przetargu). Postępowanie to cechują równe dla wszystkich uczestników postępowania zasady uczestnictwa, nie ma w nim mowy o nadrzędności jednej strony postępowania nad drugą. Co prawda zamawiający „z góry” narzuca przedmiot oraz warunki „przetargu”, ale cecha ta nie jest elementem władztwa, lecz sposobu zawarcia przedmiotowej umowy gdzie zamawiający określa warunki zamówienia. Procedura zawierania przez NFZ umów ze świadczeniodawcami ma charakter typowo cywilnoprawny i zasadza się na typowych instytucjach prawa cywilnego. Zgodnie z art. 155 ustawy o świadczeniach do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeśli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. W ocenie Sądu przepis ten należy rozumieć szeroko tj., iż obejmuje on całą procedurę udzielania świadczeń, czyli zarówno działania poprzedzające zawarcie umowy, jak i stosunek z takiej umowy wynikający (po jej zawarciu).

Z tych przyczyn w okolicznościach niniejszej sprawy w szczególności działania (sposób procedowania) Komisji konkursowej, zmierzające do wyłonienia podmiotów, z którymi zostaną zawarte kontrakty o świadczenie usług medycznych, nie mogą zostać uznane za „wykonywanie władzy publicznej”. Działania te nie były realizowane w sposób władczy, nie kształtowały „odgórnie” sytuacji prawnej powoda, niczego mu nie narzucając. Komisja Konkursowa nie posiadała w szczególności narzędzi w postaci środków przymusu (typowych dla wykonywania władzy publicznej).

Na cywilnoprawny co do zasady charakter postępowania zmierzającego do zawarcia umowy o świadczenie usług opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazał Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie w postanowieniu z dnia 14.06.2007 r., sygn. II GSK 54/07 – którego wywód tut. Sąd podziela (z zastrzeżeniem, że odnosi się ono do brzmienia przepisów ustawy o świadczeniach obowiązuje w dacie jego wydania), iż „postępowanie prowadzone przez komisję, zmierzające do wyłonienia najkorzystniejszej oferty na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest wzorowane na czynnościach poprzedzających zawarcie umowy cywilnoprawnej, uregulowanych w kodeksie cywilnym (art. 66 § 1 i nast. oraz art. 72 § 1 k.c.). Rozstrzygnięcie tego postępowania przez komisję nie jest niczym innym, jak wyborem najkorzystniejszej oferty (ofert) przez zamawiającego. Podmiot prowadzący to postępowanie – Narodowy Fundusz Zdrowia reprezentowany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu - jest państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną (art. 96 ust.1 ustawy). Nie jest zatem organem administracji publicznej w rozumieniu ustrojowym i nie przyznano mu generalnie kompetencji do stosowania środków prawnych, właściwych organom administracji publicznej. Jedynie na mocy konkretnych przepisów tej ustawy wydaje decyzje administracyjne (np. art. 154 ust. 6). Niewątpliwie więc postępowanie prowadzone przez komisję nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. z 2000 r., Dz. U. Nr 98, poz. 1071 ze zm.), zwanej dalej: k.p.a., a "rozstrzygnięcie" komisji nie jest decyzją administracyjną, ani innym aktem o charakterze administracyjnoprawnym. Sprawa o zawarcie umowy o udzielenie świadczenia staje się sprawą administracyjną z chwilą złożenia przez świadczeniodawcę odwołania od rozstrzygnięcia komisji. Ustawa wyraźnie stanowi bowiem, że po rozpatrzeniu odwołania Prezes Funduszu wydaje decyzję administracyjną (art. 154 ust. 6). W całym postępowaniu prowadzącym do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mamy zatem dwa etapy: cywilnoprawny i administracyjnoprawny. Postępowanie administracyjne w tej sprawie jest postępowaniem mającym na celu weryfikację rozstrzygnięcia (wyboru lub odrzucenia ofert) dokonanego przez komisję, prowadzonym według zasad Kodeksu postępowania administracyjnego.

Wziąwszy pod uwagę przedstawioną powyżej argumentację nie sposób podzielić przekonania powoda o tym, iż działanie komisji konkursowej, z którym powód wiąże wyrządzenie mu szkody i które w istocie w okolicznościach niniejszej sprawy stanowić mogłoby jedyne i wyłączne źródło ewentualnej szkody, stanowiło „wykonywanie władzy publicznej”, co uzasadniałoby w konsekwencji odpowiedzialność strony pozwanej na zasadzie art. 417 k.c. Działanie strony pozwanej można oceniać jedynie na płaszczyźnie cywilnoprawnej, a wobec faktu, iż nie doszło do zawarcia umowy – jedynie w ramach ujemnego interesu umownego w rozumieniu art. 72 §2 k.c., których to okoliczności powód jednakże nie wywodził.

Mając powyższe na uwadze, orzeczono jak w sentencji.

Ponieważ powództwo podlegało oddaleniu już tylko z powołanych przyczyn, zbędnym było przeprowadzanie postępowania dowodowego co do pozostałych wywodzonych przez strony okoliczności (art. 217 §3 k.p.c.). Z tych przyczyn zbędne także było odnoszenie się do pozostałych podnoszonych przez strony twierdzeń i zarzutów.

O kosztach procesu pomiędzy stronami rozstrzygnął Sąd na zasadzie art. 98 §1 i 3 i art. 99 k.p.c. oraz §2 ust. 1 i 2 i § 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. nr 2013, poz. 490), stosownie do wyniku procesu zasądzając je w całości od powoda, jako strony przegrywającej sprawę, na rzecz pozwanego. Na koszty te po stronie pozwanego składa się wynagrodzenie

pełnomocnika będącego radcą prawnym w kwocie 7.200,00 zł i poniesiona przez pełnomocnika opłata skarbową od udzielonego mu pełnomocnictwa w kwocie 17,00 zł.

.

(...).

(...)

(...)

(...)