

**URZĄD  
OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW  
DELEGATURA W KRAKOWIE**

---

31-011 Kraków, Pl. Szczepański 5  
Tel. (0-12) 421-75-79, 421-74-98, Fax (0-12) 422-78-20  
E-mail: [krakow@uokik.gov.pl](mailto:krakow@uokik.gov.pl)

---

Kraków, dn. 30 marca 2001 r.

L.dz. RKR-570s-017/00/LP- /01

**Decyzja Nr RKR - 9/2001  
Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów -  
Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów Delegatura w Krakowie**

Na podstawie art. 104 k.p.a., w związku z art. 4 pkt 1 i 5 ustawy z dnia 24 lutego 1990 r. o przeciwdziałaniu praktykom monopolistycznym i ochronie interesów konsumentów (Dz.U. z 1999 r. nr 52, poz. 547 ze zm.), po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego na wniosek Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Zakopanem – w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów - **odmawia się uwzględnienia żądania** Wnioskodawcy w przedmiocie stwierdzenia, iż Kasy Chorych:

Dolnośląska we Wrocławiu, Kujawsko-Pomorska w Bydgoszczy, Lubelska w Lublinie, Lubuska w Zielonej Górze, Łódzka w Łodzi, Małopolska w Krakowie, Mazowiecka w Warszawie, Opolska w Opolu, Podkarpacka w Rzeszowie, Podlaska w Białymstoku, Pomorska w Gdańsku, Śląska w Katowicach, Świętokrzyska w Kielcach, Warmińsko-Mazurska w Olsztynie, Wielkopolska w Poznaniu, Zachodniopomorska w Szczecinie,

oraz Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych w Warszawie

- ustalając w dniu w dniu 23 lutego 1999 r., że rozliczenia pomiędzy Kasami Chorych kosztów poniesionych przez zakłady opieki zdrowotnej z tytułu leczenia ubezpieczonego kierowanego z terenu właściwego dla innej Kasy dokonywane będą wg stawek wynegocjowanych przez ten zakład z Kasą terytorialnie jemu właściwą – zawarły sprzeczne z powołanymi na wstępie art. 4 pkt 1 i 5 ustawy o przeciwdziałaniu (...) porozumienie polegające na ustaleniu cen oraz zasad ich kształtowania między konkurentami w stosunkach z osobami trzecimi oraz na ustaleniu przez konkurentów warunków umów zawieranych z osobami trzecimi.

**Uzasadnienie**

W dniu 19 maja 2000r. do Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Krakowie wpłynął wniosek Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Collegium Medicum UJ w Zakopanem (zwanego dalej „Szpitalem”) o wszczęcie postępowania administracyjnego i nakazanie zaniechania stosowania praktyk monopolistycznych przez

wszystkie Regionalne Kasy Chorych oraz Kasę Chorych dla Służb Mundurowych w Warszawie (zwane dalej „Kasami”).

We wniosku oraz jego uzupełnieniu zawartym w piśmie w dnia 19 czerwca 2000 r. Szpital zarzucił Kasom, iż w dniu 23 lutego 1999 r. w Warszawie zawarły porozumienie, w świetle którego rozliczenia pomiędzy nimi kosztów poniesionych przez zakład opieki zdrowotnej z tytułu leczenia ubezpieczonego kierowanego z terenu innej Kasy dokonywane są wg stawek wynegocjowanych przez ten zakład z Kasą dla niego terytorialnie właściwą. W par. 5 tego porozumienia zapisano bowiem, iż (cyt.) „... za leczenie pacjentów z terenu innej Kasy płaci Kasa właściwa terytorialnie dla danego szpitala (...). Kasa właściwa terytorialnie przyjmuje rachunki i zestawienia dla innych Kas, akceptuje je, płaci i wystawia zbiorcze zestawienie i zbiorczy rachunek na rzecz innej Kasy. Płatność następuje wg stawek wynegocjowanych przez szpital z Kasą Regionalną”.

Szpital podniósł następnie, że jednolita stawka wynegocjowana z właściwą dla niego - Małopolską Regionalną Kasą Chorych w Krakowie – za tzw. „wyleczonego” jest uśredniona, a zatem obejmuje zarówno przypadki prostsze i mniej kosztowne, jak i bardziej skomplikowane - wymagające znacznie wyższych nakładów finansowych. W ocenie Szpitala leczenie pacjentów kierowanych tam przez inne Kasy, należy w przeważającej części do tej drugiej - bardziej kosztownej – grupy przypadków, za które otrzymuje jednak stawki uśrednione. Zdaniem Szpitala sposób rozliczeń przyjęty przez Kasy jest dla niego niekorzystny i stanowi sprzeczne z art. 4 pkt 1 i 5 ustawy z dnia 24 lutego 1990 r. o przeciwdziałaniu praktykom monopolistycznym i ochronie interesów konsumentów - zwanej dalej „ustawą o przeciwdziałaniu (...)” - porozumienie monopolistyczne, w ramach którego ustalone zostały ceny obowiązujące w rozliczeniach z osobami trzecimi oraz warunki umów zawieranych z tymi osobami.

Organ antymonopolowy podjął czynności wyjaśniające w sprawie. Zwrócił się o opinię do Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych w Warszawie, a następnie wezwał Kasy do udzielenia odpowiedzi na zarzuty Szpitala.

W oparciu o zgromadzony w tym trybie materiał dowodowy oraz analizę obowiązujących przepisów prawnych organ antymonopolowy – działając na podstawie art. 21 ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu (...) - pismem z dnia 11 stycznia 2001 r. poinformował Szpital o niewszczynaniu postępowania administracyjnego w zakresie objętym wnioskiem. Swoje stanowisko organ antymonopolowy obszernie uzasadnił, podkreślając w szczególności, iż na rynku właściwym w sprawie Kasy nie są konkurentami w rozumieniu art. 2 pkt 8 ww. ustawy, a zatem nie można im postawić zarzutu zawarcia porozumienia, o którym mowa w art. 4 pkt 1 i 5 tej ustawy.

Pismem z dnia 25 stycznia 2001 r. Szpital – w trybie i terminie określonym w art. 21 ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu (...) - podtrzymał wniosek o wszczęcie postępowania administracyjnego. W piśmie tym Szpital nie zgodził się ze stanowiskiem organu antymonopolowego, iż Kasy nie są konkurentami. Jego zdaniem w rozpatrywanej sprawie rynek właściwy należy ograniczyć wyłącznie do wysokospecjalistycznych zabiegów zdrowotnych połączonych z wszczepianiem implantów, a na tym rynku – wg jego oceny - Kasy Chorych między sobą konkurują.

Mając na uwadze, iż żądanie wszczęcia postępowania zostało przez Szpital podtrzymane, organ antymonopolowy – w dniu 29 stycznia 2001 r. - wszczął postępowanie administracyjne przeciwko wszystkim Regionalnym Kasom Chorych oraz Kasie Chorych dla Służb

Mundurowych w Warszawie, pod zarzutem naruszenia art. 4 pkt 1 i 5 ustawy o przeciwdziałaniu (...).

W odpowiedziach na zarzuty Szpitala - udzielonych w ramach postępowania administracyjnego oraz poprzedzających go czynności wyjaśniających - Kasy: Warmińsko-Mazurska, Małopolska, Dolnośląska, Wielkopolska, Podlaska, Mazowiecka i Branzowa podniosły, iż nie są przedsiębiorcami w rozumieniu art. 2 pkt 1 ustawy o przeciwdziałaniu (...), a zatem nie posiadają legitymacji biernej do występowania w postępowaniu antymonopolowym.

Z kolei Kasy: Lubuska, Podlaska, Dolnośląska, Mazowiecka, Zachodniopomorska, Wielkopolska i Opolska podniosły, iż nie są konkurentami w rozumieniu art. 2 pkt 8 ww. ustawy, a zatem ich wspólne działania nie wypełniają przesłanek zakazanego porozumienia monopolistycznego, o którym mowa w art. 4 tej ustawy. Zdaniem Kas, członkostwo w każdej z nich jest wyznaczone przepisem art. 69 b ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o p.u.z.”, a zatem decyduje o nim bądź to fakt zamieszkiwania na danym obszarze, bądź też złożony wniosek. Kasy podniosły, że do 31.12.1999 r. istniał wręcz prawny zakaz zmiany raz wybranej Kasy, a zatem Kasy Chorych nie mogły - choć chciały - rywalizować o pozyskanie nowych członków. Rywalizacja taka nie jest możliwa także po 1.01.2000 r., ponieważ nie zdarzają się przypadki, aby ubezpieczony zamieszkały na obszarze działania jednej Kasy był członkiem innej. Kasy Chorych są instytucjami o charakterze finansowym i nie prowadzą działalności gospodarczej, w ramach której byłoby miejsce na wzajemną konkurencję. Kasy płacą zawsze tym świadczeniodawcom, których wybierze ubezpieczony. W tych warunkach zatem – co wynika z założeń reformy systemu ochrony zdrowia – konkurują między sobą nie Kasy, a świadczeniodawcy, którzy przystępują do konkursów ofert przez te Kasy organizowanych.

Z wyjaśnień udzielonych przez Kasy wynika, iż 10 spośród nich (Lubelska, Lubuska, Mazowiecka, Podkarpacka, Podlaska, Pomorska, Śląska, Świętokrzyska, Warmińsko-Mazurska i Branzowa) zawarło ze Szpitalem umowy o udzielanie świadczeń na rok 1999 lub 2000. Pozostałe Kasy oświadczyły, że rozliczenia ze Szpitalem realizowane są albo wg stawek, jakie Szpital wynegocjował z właściwą dla niego Małopolską RKCh, tj. na zasadach określonych w porozumieniu albo też wg stawek indywidualnie wynegocjowanych dla poszczególnych przypadków. Kasy: Lubelska i Śląska - które kwestionowanego par. 5 porozumienia z dnia 23.02.1999 r. nie podpisały - wyjaśniły także, iż Szpital do ogłoszonego przez nich konkursu nie przystąpił albo też odmówił zawarcia umowy. Obie ww. Kasy oraz Warmińsko – Mazurska, Lubuska, Podkarpacka, Pomorska podniosły, że zawarcie umów z placówkami takimi jak Szpital w Zakopanem (tj. oferującymi wysokospecjalistyczne świadczenia) jest utrudnione. Placówki te nie przystępują do konkursu ofert ogłaszanego przez Kasy, gdyż liczą, iż dzięki swojej pozycji rynkowej uda im się wynegocjować korzystniejsze warunki cenowe w indywidualnych przypadkach.

Kasy: Świętokrzyska, Dolnośląska, Wielkopolska, Podkarpacka, Pomorska oraz Branzowa dla Służb Mundurowych podniosły, iż zawarciem kwestionowanego przez Szpital porozumienia starały się wypełnić istniejącą lukę prawną. Ustawa o p.u.z. nie uwzględnia bowiem przypadków, gdy zachodzi konieczność udzielenia świadczeń przez podmioty nie związane umową z Kasą, w której ubezpieczony jest pacjent, a jednocześnie nie zachodzą przesłanki uzasadniające zastosowanie art. 60 ust. 1 pkt 6 oraz art. 62 ustawy, tj. gdy nie miało miejsca nagłe zachorowanie lub pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta czy też pacjent nie może wykazać, iż nie miał możliwości uzyskania świadczeń u świadczeniodawcy

związanego umową z Kasą. W ocenie Kas porozumienie zawarto zatem w interesie ubezpieczonych, w celu zapewnienia im świadczeń przysługujących na podstawie art. 3 ustawy, przy jednoczesnej niemożności realizacji tych świadczeń przez podmioty, z którymi zawarto umowy. Przyjęcie zasad określonych w porozumieniu z dnia 23.02.1999 r. zwiększyło dostępność świadczeń, gdyż pozwala Kasom na kierowanie pacjentów bezpośrednio po stwierdzeniu takiej konieczności bez prowadzenia długotrwałych negocjacji w celu osiągnięcia kompromisu cenowego.

Z powyższego, Kasy: Dolnośląska, Pomorska oraz Branżowa dla Służb Mundurowych wywiodły, że nawet gdyby zawarte porozumienie ocenić jako zakazane w art. 4 ustawy o przeciwdziałaniu (...) porozumienie monopolistyczne, to należałoby uznać, że było ono niezbędne ze względów techniczno-organizacyjnych i ekonomicznych i nie spowodowało ograniczenia konkurencji, a zatem podlega zalegalizowaniu w trybie określonym w art. 6 tej ustawy.

W toku postępowania administracyjnego Wielkopolska RKCh, przedłożyła projekt ustawy o zmianie ustawy o p.u.z. (druk Sejmu III kadencji nr 1456 z dnia 19.01.2001 r.) wprowadzającej w art. 60 tej ustawy dodatkowe regulacje, w świetle których:

- „na wniosek ubezpieczonego zarząd kasy chorych, do której należy ubezpieczony może, w drodze decyzji, w terminie 7 dni wyrazić zgodę na uzyskanie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez świadczeniodawcę mającego podpisaną umowę na ich udzielanie z inną kasą chorych (...)” - dodany ust. 3
- „koszty świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 3, są rozliczane bezpośrednio pomiędzy właściwymi kasami chorych w wysokości wynikającej z umowy, o której mowa w ust. 3” - dodany ust. 5

Pismem z dnia 14 lutego 2001 r. Wielkopolska RKCh poinformowała, iż Kasy - w dniu 14.12.2000 r. – zawarły kolejne porozumienie w zakresie finansowania świadczeń udzielonych przez podmioty działające na terenie innej Kasy uchylając tym samym postanowienia kwestionowanego przez Szpital porozumienia z dnia 23.02.1999 r. W nowym porozumieniu z dnia 14.12.2000 r. Kasy:

- Mazowiecka, Łódzka i Małopolska zdecydowały, iż w przypadku świadczeń udzielanych za ich zgodą przez świadczeniodawcę spoza ich terenu, z którym nie mają umowy - rozliczenia następują bezpośrednio z tym świadczeniodawcą (pkt III. 2.1), natomiast
- pozostałe Kasy przyjęły w takim wypadku tryb przewidziany w art. 62 ustawy o p.u.z., tj. rozliczenia pomiędzy Kasami następują wg stawek zakontraktowanych przez świadczeniodawcę z Kasą sobie właściwą terytorialnie (pkt III.2.2. w związku z pkt III. 1.1. porozumienia z dnia 14.12.2001 r. )

Zdaniem Wielkopolskiej KCh nowe porozumienie ma charakter doraźny i ma obowiązywać do czasu wejścia w życie proponowanych zmian do art. 60 ustawy o p.u.z.

### **Mając powyższe na uwadze organ antymonopolowy zważył, co następuje:**

Przedsiębiorcami – w rozumieniu art. 2 pkt 1 ustawy o przeciwdziałaniu (...) – są osoby fizyczne i prawne, jak również jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej,

prowadzące działalność gospodarczą albo organizujące lub świadczące usługi o charakterze użyteczności publicznej, które nie są działalnością gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej (Dz.U. nr 41, poz. 324 ze zm.). W ocenie organu antymonopolowego Kasy Chorych są takimi jednostkami. Wprawdzie nie zajmują się bezpośrednio świadczeniem usług zdrowotnych (tj. usług o charakterze użyteczności publicznej), to jednak są zobowiązane do zapewnienia ubezpieczonym szeregu świadczeń zdrowotnych wymienionych w art. 31 ust. 2 ustawy o p.u.z. Obowiązek ten realizują poprzez zawieranie umów z zakładami opieki zdrowotnej i osobami wykonującymi zawód medyczny (art. 52 ust. 1), uprzednio określając warunki dotyczące udzielania świadczeń, zapewniania ich jakości i dostępności, rozliczania kosztów i mechanizmów ograniczenia wzrostu tych kosztów (art. 53 ust. 2). Ostatecznie również Kasy Chorych - na podstawie art. 61 ustawy o p.u.z. - kontrolują realizację uprzednio zawartych umów o udzielanie świadczeń.

Należy zatem stwierdzić, że działania Kas Chorych polegają na zbudowaniu na właściwym dla siebie terenie struktury, której zadaniem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu, doborze części tej struktury (świadczeniodawców), określeniu warunków (także finansowych), w jakich struktura ta funkcjonuje, oraz - jako że organizowanie jest procesem ciągłym - także na korygowaniu i usprawnianiu struktury. W tym stanie rzeczy - w ocenie organu antymonopolowego - uznać należy, iż Kasy Chorych są jednostkami organizującymi usługi o charakterze użyteczności publicznej, a tym samym przedsiębiorcami w rozumieniu art. 2 pkt 1 ustawy o przeciwdziałaniu (...), a zatem ich działania podlegają ocenie na podstawie przepisów tej ustawy.

W ocenie Szpitala sposób rozliczeń ustalony przez Kasy w dniu 23.02.1999 r. jest sprzeczny z art. 4 pkt 1 i 5 ustawy o przeciwdziałaniu (...). Przepisy te stanowią, iż praktykami monopolistycznymi są porozumienia polegające na: ustalaniu cen oraz zasad ich kształtowania między konkurentami w stosunkach z osobami trzecimi (pkt 1) względnie ustaleniu przez konkurentów lub ich związki warunków umów zawieranych z osobami trzecimi (pkt 5). Istotą cytowanych przepisów jest, aby porozumienia poziome godzące w osoby trzecie zawierane były pomiędzy konkurentami. W świetle art. 2 pkt 8 ustawy o przeciwdziałaniu (...) konkurentami są przedsiębiorcy, którzy wprowadzają lub mogą wprowadzić albo nabywają lub mogą nabyć, w tym samym czasie i na tym samym rynku, towary takie same lub inne, jeżeli przez ich odbiorców uznane są za substytuty.

Powyższa definicja wiąże się z istnieniem relewantnego rynku (właściwego w danej sprawie), na którym ujawniają się stosunki konkurencyjne i którego wyznaczenie jest koniecznym warunkiem umożliwiającym zastosowanie ustawy o przeciwdziałaniu (...). Konkurentami są zatem wyłącznie ci przedsiębiorcy, którzy prowadzą działalność na tym samym obszarze geograficznym, na tym samym szczeblu obrotu (zbyt, hurt, detal), po tej samej stronie rynku, tzn. po stronie podaży lub po stronie popytu oraz w odniesieniu do towarów czy usług stanowiących przedmiot tego samego rynku przedmiotowego (produktowego), tzn. tego samego produktu lub usługi względnie innych, uznanych za substytuty.

Produktem, którego analizowana sprawa dotyczy - tj. rynkiem właściwym z przedmiotowego punktu widzenia - są świadczenia zdrowotne realizowane na rzecz osób objętych systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Organ antymonopolowy nie podziela stanowiska Szpitala, iż rynek należy zawęzić wyłącznie do usług przez niego świadczonych, tj. wysokospecjalistycznych zabiegów zdrowotnych połączonych

z wszczepianiem implantów. Świadczenia zdrowotne – stosownie do art. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1992 r. nr 91, poz. 408 ze zm.) w związku art. 7 pkt 16 ustawy o p.u.z. - rozumiane są jako działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Wysokospecjalistyczne zabiegi zdrowotne połączone z wszczepianiem implantów są jednym z wielu działań służącym powyższemu celowi i nie ma powodu aby stanowiły one przedmiot odrębnego rynku. W przeciwnym wypadku przedmiot odrębnego rynku produktowego stanowiłby każdy rodzaj działania medycznego niezależnie od stopnia jego specjalizacji.

W celu ustalenia, czy na rynku świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz osób ubezpieczonych Kasy Chorych są wobec siebie konkurentami organ antymonopolowy na wstępie rozważył, czy rynek ten posiada cechy rynku typu podażowego czy popytowego.

W warunkach wolnej konkurencji z rynkiem typu popytowego mamy do czynienia wówczas, gdy popyt przewyższa podaż, a zatem gdy kupujący (strona popytowa rynku) konkurują między sobą o jak najkorzystniejsze z ich punktu widzenia ukształtowanie stosunków wymiany ze sprzedawcami. W wypadku natomiast, gdy popyt jest mniejszy od podaży, to sprzedający (strona podażowa rynku) konkurują między sobą o jak najkorzystniejsze dla siebie ukształtowanie stosunków wymiany z kupującymi. Mamy wówczas do czynienia z rynkiem typu podażowego.

W stanie faktycznym niniejszej sprawy, Kasy Chorych – na podstawie art. 54 ustawy o p.u.z. oraz przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998 r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. nr 148, poz. 978) – przeprowadzają konkurs ofert, zawierają umowy z wybranymi w tym trybie świadczeniodawcami i ostatecznie finansują świadczenia zdrowotne. Z punktu widzenia świadczeniodawców, Kasy Chorych są nie tylko zbiorowym nabywcą wykonywanych przez nich usług zdrowotnych ale przede wszystkim jednostkami, które finansują ich działalność. Środki na finansowanie świadczeń Kasy Chorych czerpią z obowiązkowych składek wnoszonych przez osoby będące ich członkami, tj. podlegające obowiązkowi ubezpieczenia i zamieszkałe na terenie będącym obszarem działania Kasy. Stosownie do art. 69 ust. 2 i 3 ustawy o p.u.z. obszarem tym są granice jednego lub kilku województw.

Z powyższego wynika, iż w sferze świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego - w tym także wysokospecjalistycznych zabiegów zdrowotnych połączonych z wszczepianiem implantów, jak definiuje ten rynek Szpital - nie działają w pełni mechanizmy rynkowe wyrażające się zależnościami przyczynowo – skutkowymi zachodzącymi pomiędzy popytem, podażą i cenami. Możliwy do zaspokojenia popyt na te usługi oraz możliwa do zrealizowania ich podaż nie są bowiem uzależnione z jednej strony od atrakcyjności i ceny oferty sprzedającego (świadczeniodawcy) a z drugiej - od samodzielnych decyzji i możliwości finansowych kupującego, tj. osoby ubezpieczonej, bezpośrednio zainteresowanej nabyciem usługi zdrowotnej. W tym przypadku popyt na usługi zdrowotne świadczone w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ograniczony jest do wysokości środków finansowych, jakimi dysponuje Kasa, która w przedstawionym wyżej trybie podejmuje decyzje o wyborze świadczeniodawcy. Wysokość środków, jakimi dysponuje Kasa ogranicza także możliwą do zrealizowania podaż usług zdrowotnych świadczonych w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ewentualna nadwyżka podaży usług zdrowotnych może być realizowana jedynie poza tym systemem, co jednak nie jest przedmiotem niniejszej analizy.

W tym stanie rzeczy, rynek usług zdrowotnych realizowanych w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego - pomimo, iż przez osoby ubezpieczone może być oceniony jako rynek typu popytowego (a to ze względu na utrudniony być może w ich przekonaniu dostęp do świadczeń) – z punktu widzenia świadczeniodawców jest rynkiem typu podażowego. W obowiązującym systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego to Kasy Chorych koncentrują w swoich rękach popyt na usługi zdrowotne, to one dokonują wyboru świadczeniodawcy i ostatecznie decydują o środkach finansowych jakie zostaną temu świadczeniodawcy przekazane. W tym systemie **Kasy dysponują szczególną przewagą kontraktową nad świadczeniodawcami, co z mocy samego prawa uwalnia je od konkutowania między sobą, a wymusza konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami, tj. po stronie podażowej rynku.**

W przeciwnym wypadku, to znaczy przy założeniu, iż to poszczególne Regionalne Kasy Chorych i Kasa Branżowa są wobec siebie konkurentami, należałoby dowieść, że każda z nich może rywalizować z pozostałymi o korzyści ekonomiczne osiągane z zakupu świadczeń zdrowotnych. W tym wypadku działania każdej z Kas nakierowane winny być docelowo na eliminację konkurentów (pozostałych Kas) z rynku nabywców usług zdrowotnych. Polegałoby to na podejmowaniu przez każdą z Kas rynkowych działań prowadzących do pozyskania świadczeniodawców w sposób uniemożliwiający równoczesne ich pozyskanie przez konkurentów, tj. pozostałe Kasy. Tego rodzaju konkurencja nie jest jednak możliwa i nie została przewidziana w przepisach ustawy o p.u.z.

Kasy Chorych ze względu na swój regionalny zasięg oraz podstawowy cel działalności, jakim jest zapewnienie świadczeń zdrowotnych dla swoich członków, tj. ubezpieczonych zamieszkałych w danym regionie - zawierają umowy ze świadczeniodawcami również w tym regionie zlokalizowanymi. Taka zależność wyklucza wzajemną konkurencję Kas, gdyż każda z nich działa na innym rynku geograficznym.

Wprawdzie, w celu zapewnienia ubezpieczonym wysokospecjalistycznych świadczeń poszczególne Kasy Chorych mogą zawierać umowy także z podmiotami spoza właściwego dla nich regionu (tj. na potencjalnie wspólnych dla wszystkich lub kilku Kas rynkach geograficznych), jednak nie można podzielić argumentacji Szpitala, iż w takich właśnie przypadkach Kasy pomiędzy sobą konkurują. Stwierdzając powyższe w piśmie podtrzymującym żądanie wszczęcia postępowania, Szpital - w zdaniu następnym – przyznał jednocześnie, iż istotnym i głównym celem działalności Kas jest zapewnienie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych.

Skoro zatem zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych jest podstawowym celem Kas Chorych, to nie można zgodzić się z tezą, iż cel ten niektóre Kasy zrealizują a inne nie - w zależności od rodzaju świadczeń (bardziej lub mniej specjalistycznych) oraz wysokości środków finansowych jakimi dysponują.

Z przedstawionych powyżej względów organ antymonopolowy uznał, że Kasy Chorych nie wypełniają przesłanek definicji konkurentów zawartej w art. 2 pkt 8 ustawy o przeciwdziałaniu (...), co oznacza, że ich wspólne działania nie mogą być oceniane na gruncie art. 4 pkt 1 i 5 tej ustawy.

Niezależnie od powyższego ustalenia organ antymonopolowy przeanalizował treść kwestionowanego przez Szpital porozumienia z dnia 23 lutego 1999 r., w którym Kasy Chorych – z wyłączeniem Kas: Śląskiej i Lubelskiej - ustaliły sposób dokonywania wzajemnych rozliczeń i wysokość stawek obowiązujących w tych rozliczeniach. Organ

antymonopolowy doszedł do wniosku, że par. 5 tego porozumienia nie wiąże świadczeniodawców i nie pozbawia ich uprawnień wynikających z ustawy o p.u.z. .

Art. 60 ust. 1 pkt 6 ww. ustawy stanowi, iż ubezpieczony ma prawo do pokrycia przez Kasę Chorych, której jest członkiem, wydatków poniesionych w związku z uzyskaniem świadczenia w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu i zatrucia lub potrzeby natychmiastowego leczenia szpitalnego, udzielanych przez świadczeniodawców nie związanych umową z żadną Kasą Chorych. Z kolei w świetle art. 62 tej ustawy, w razie pobytu ubezpieczonego poza obszarem działania jemu właściwej Kasy Chorych, w nagłych przypadkach, świadczeń udziela zakład opieki zdrowotnej, z którym Kasa Chorych, właściwa ze względu na miejsce pobytu ubezpieczonego, zawarła umowę o udzielanie świadczeń.

Cytowane wyżej przepisy wyczerpują stany faktyczne, w których z mocy ustawy na świadczeniodawcy ciąży obowiązek udzielenia świadczenia ubezpieczonemu będącemu członkiem Kasy niezwiązanej umową z tym świadczeniodawcą. W pozostałych przypadkach świadczenia realizowane winny być zatem wyłącznie wg zasad określonych w bezpośrednich umowach zawartych z Kasami w trybie art. 54 ustawy o p.u.z.

Podobne stanowisko zajął także Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych w Warszawie w piśmie z dnia 8 sierpnia 2000 r. skierowanym do Delegatury UOKiK w Krakowie. Urząd ten stwierdził wprawdzie, iż poza przypadkami określonymi w art. 60 ust. 1 pkt 6 oraz w art. 62 ustawy o p.u.z. rozliczenia właściwej dla ubezpieczonego Kasy Chorych ze świadczeniodawcami, z którymi Kasa ta nie zawarła umowy, przeprowadzane za pośrednictwem innej Kasy, nie mogą być dokonywane na podstawie cen określonych w umowach tych świadczeniodawców z Kasą Chorych im właściwą, podkreślił jednak również, iż świadczeniobiorca nie jest stroną kwestionowanego porozumienia i nie ma obowiązku przyjęcia jego ustaleń.

Oznacza to, iż w świetle obowiązujących przepisów prawnych na świadczeniodawcy, który nie jest stroną porozumienia nie ciąży ani obowiązek udzielenia świadczeń ubezpieczonemu kierowanemu przez Kasę, z którą nie zawarł umowy, ani obowiązek wykonania tego świadczenia za wynagrodzeniem przewidzianym w innej umowie zawartej z jemu właściwą Kasą. Oczywiście w takich przypadkach świadczeniodawca może udzielić świadczenia, może również zaakceptować wynagrodzenie zaproponowane przez Kasę w wysokości obowiązującej w rozliczeniach z Kasą właściwą, jednak taki obowiązek na nim nie ciąży.

Z treści kwestionowanego przez Szpital porozumienia nie wynika, aby miało ono zastąpić umowy o świadczenia udzielane przez świadczeniodawców, względnie aby Kasy Chorych uzgodniły, iż każda z nich w negocjacjach warunków umów zawieranych ze świadczeniodawcami spoza im właściwego regionu proponuje i będzie konsekwentnie żądać stawki przewidzianej w umowie zawartej z Kasą właściwą dla danego świadczeniodawcy. Takich zarzutów nie podniósł także Szpital, ani nie potwierdził zebrany w sprawie materiał dowodowy.

Spośród 17 Kas, aż 10 zawarło umowy ze Szpitalem – czy to na rok 1999 czy 2000. W umowie zawartej przez Szpital na rok 2000, jemu właściwa Małopolska Regionalna KCh zobowiązała się do zapłaty za świadczenia realizowane przez oddział ortopedyczny Szpitala w jednostkowej wysokości 6.000 zł, natomiast przez oddział okulistyki dziecięcej w kwocie 1.600 zł.

Z umów przedłożonych przez niektóre Regionalne KCh wynika natomiast, iż za powyższe świadczenia Szpital pobierał w 2000 r. np. od Lubuskiej RKCh – odpowiednio -

6.300 zł i 1.800 zł, od Warmińsko – Mazurskiej RKCh – 6.300 zł za świadczenia ortopedyczne, od Lubelskiej RKCh – 6.250 zł za świadczenia ortopedyczne.

W świetle powyższego po zawarciu porozumienia, znaczna część Kas podpisała ze Szpitalem indywidualne umowy, a co najmniej z trzema Kasami Szpital wynegocjował stawki inne od obowiązujących w rozliczeniach z Małopolską RKCh.

Zdaniem organu antymonopolowego stanowi to dowód, iż świadczeniodawca – nie będąc stroną porozumienia - nie jest zobowiązany do dostosowania się do jego ustaleń, a samo porozumienie nie zawiera mechanizmów, które pozbawiałyby Szpital uprawnień do zawierania z poszczególnymi Kasami umów na warunkach określonych w obowiązujących w tym zakresie przepisach. Szpital, jak każdy inny świadczeniodawca, może przystępować do ogłaszanych przez Kasy konkursów ofert i w przypadku uznania jego oferty za korzystną zawrzeć z daną Kasą umowę. Mając na uwadze, iż Szpital – jak sam podkreśla – świadczy usługi wysokospecjalistyczne można również przyjąć, iż jego pozycja w tych negocjacjach z Kasami będzie wyższa od tej, jaką posiadają podmioty świadczące usługi o niższym stopniu specjalizacji.

W toku czynności wyjaśniających oraz postępowania administracyjnego Szpital nie przedłożył dowodów, z których wynikałoby iż przystąpił do konkursu ofert ogłoszonego przez inne – poza Małopolską – Kasy Chorych. Z dołączonej do wniosku o wszczęcie postępowania administracyjnego korespondencji prowadzonej w 2000 r. przez Szpital z niektórymi Kasami wynika, iż jedynie Śląska i Zachodniopomorska RKCh powoływały się w poszczególnych przypadkach na stawki wynegocjowane przez Szpital z Małopolską RKCh.

W odpowiedzi na zarzuty Śląska RKCh wyjaśniła, iż wzajemne rozliczenia ze Szpitalem w roku 1999 realizowane były w oparciu o dwustronną umowę. Umów takich nie zawarto na kolejne lata, gdyż - zdaniem Kasy - w roku 2000 Szpital zażądał zbyt wysokich cen, natomiast zawarcia umowy na 2001 r. odmówił.

Zdaniem Kas Zachodniopomorskiej i Łódzkiej - które ze Szpitalem umów w powyższym okresie nie zawarły - przyjęcie do wzajemnych rozliczeń stawek wynegocjowanych przez Szpital z Małopolską RKCh jest zasadne, gdyż stawki te są adekwatne do poziomu świadczonych tam usług. Zdaniem Zachodniopomorskiej RKCh, właściwa terytorialnie Kasa Chorych potrafi najlepiej ocenić poziom świadczeń wykonywanych przez świadczeniodawców zlokalizowanych na jej terenie i ma możliwość weryfikacji kosztów świadczeń w ramach prowadzonych przez siebie kontroli. W ocenie Zachodniopomorskiej RKCh żądanie stawek wyższych za te same usługi jedynie dlatego, iż pacjent pochodzi z terenu innej Kasy nie jest uzasadnione.

Z argumentacją tą należy się zgodzić. Odchodząc bowiem od oceny niniejszej sprawy pod kątem art. 4 ustawy o przeciwdziałaniu (...) i przechodząc na grunt art. 5 ust. 1 pkt 6 tej ustawy, który swoim zakresem może obejmować także przypadki indywidualnych cenowych praktyk monopolistycznych - można wskazać, iż cena narzucona przez przedsiębiorcę dominującego na rynku drugiej stronie kontraktu winna być nie tylko dla niej niekorzystna ale także przynosić nieuzasadnione korzyści przedsiębiorcy tę cenę narzucającemu. W rozpatrywanej sprawie należałoby zatem dowieść, że ceny proponowane Szpitalowi przez poszczególne Kasy Chorych są zdecydowanie niższe od powszechnie przyjętych w stosunkach tego rodzaju, a zatem że naruszona została zasada ekwiwalentności wzajemnych świadczeń stron umowy. Uwzględniając specyfikę omawianego rynku produktowego, charakteryzującego się trudnym do zweryfikowania – bez posiadania specjalistycznej wiedzy – zróżnicowaniem poziomu kosztów poszczególnych usług zdrowotnych realizowanych przez poszczególnych świadczeniodawców, należy przyjąć za argumentacją Zachodniopomorskiej RKCh, iż cena wynegocjowana z właściwą

terytorialnie Małopolską RKCh jest ceną odpowiadającą wartości świadczeń realizowanych przez Szpital.

Zdaniem organu antymonopolowego możliwość narzucania świadczeniodawcom stawek za usługi zdrowotne nie jest konsekwencją działań podejmowanych przez Kasy w wyniku zawarcia porozumienia cenowego lecz wynika z przewagi kontraktowej, jaką każda Kasa z osobna posiada w stosunku do świadczeniodawcy. Przewaga ta jest z kolei konsekwencją samej idei kontraktowania świadczeń przewidzianej w ustawie o p.u.z., zgodnie z którą – jak już wcześniej dowiedziono – to wyłącznie Kasy Chorych ostatecznie decydują, który świadczeniodawca i za jakie wynagrodzenie będzie świadczył usługi w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Ocena, czy Kasy Chorych - w ramach posiadanych środków finansowych - mogą zaproponować warunki finansowe spełniające oczekiwania świadczeniodawców nie powinna być dokonywana na gruncie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu (...).

Wprawdzie, jak na wstępie wskazano, wg oceny organu antymonopolowego Kasy Chorych są przedsiębiorcami w rozumieniu art. 2 pkt 1 ww. ustawy, to jednak w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego Kasy Chorych są nie tylko stronami negocjowanych umów cywilnych o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale posiadają w stosunku do świadczeniodawców również pewne uprawnienia nadzorcze, a nawet władcze. Stosownie do art. 61 ustawy o p.u.z. Kasa Chorych może przeprowadzić u świadczeniodawcy szczegółową kontrolę realizacji zawartych uprzednio umów, na podstawie wyników tej kontroli może dokonać weryfikacji wypłacanego wynagrodzenia, a świadczeniodawca powinien wyniki kontroli uwzględnić i stosować się do zaleceń pokontrolnych Kasy. Tego rodzaju uprawnień do władczego a nie rynkowego oddziaływania na swoich kontrahentów nie posiadają i nie są w stanie uzyskać legalnymi metodami inni przedsiębiorcy (w tym również monopoliści), których działalność – podobnie jak w przypadku Kas Chorych - polega na zakupie usług za cenę umowną, tj. uzgodnioną z drugą stroną kontraktu.

Z drugiej strony gospodarka finansowa Kas Chorych w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego poddana została rygorom, jakim nie podlegają inni przedsiębiorcy. Kasy Chorych działają nie dla zysku, a w celu zapewnienia ubezpieczonym - w ramach posiadanych środków - świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy i praktyce medycznej oraz nie przekraczających granic koniecznej potrzeby (art. 4 ust. 2 i 3 ustawy o p.u.z.). Zawierając umowy ze świadczeniodawcami Kasy Chorych zobowiązane są do równoważenia wydatków z przychodami tak, aby suma zobowiązań Kasy wobec świadczeniodawców mieściła się w jej planie finansowym (art. 53 ust. 3). Nadzór nad gospodarką finansową Kas Chorych, a zatem również i nad wydatkowaniem środków, sprawuje Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (art. 151 a ust. 5 ustawy o p.u.z.).

W tym stanie rzeczy ewentualne rozstrzygnięcie przez organ antymonopolowy w drodze decyzji administracyjnych, czy Kasy Chorych – w ramach posiadanych środków - w sposób wystarczający wynagradzają świadczeniodawców, stanowiłoby naruszenie przewidzianego wyżej trybu oraz nieuprawnioną, zbyt daleko idącą ingerencję w samodzielność Kas.

Ingerencja ta nie powinna mieć miejsca niezależnie od tego, czy ceny proponowane świadczeniodawcom wynikają ze strategii działania poszczególnych Kas, czy też są konsekwencją działań podejmowanych przez Kasy w porozumieniu. **Porozumienie będące przedmiotem niniejszej decyzji stanowiło w ocenie organu antymonopolowego wyraz koordynacji działań Kas Chorych w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych i nie miało na celu wyeliminowania, ograniczenia lub naruszenia w inny sposób konkurencji na rynku świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.**

**Mając na uwadze cały przedstawiony wyżej kontekst prawny oraz ekonomiczny sprawy należy stwierdzić, iż porozumienie z dnia 23.02.1999 r. nie naruszyło także interesu publicznego, a jego celem było zapewnienie świadczeń ubezpieczonym, w przypadkach nieuregulowanych dotychczas w ustawie o p.u.z.** O niezbędności ustanowienia zasad rozliczeń w tych przypadkach świadczą proponowane zmiany w art. 60 ustawy, które – jak wynika z przedłożonego w toku postępowania projektu - idą w tym samym co porozumienie kierunku i przewidują, iż koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez świadczeniodawcę nie związanego umową z Kasą „kierującą” ubezpieczonego, są rozliczane bezpośrednio pomiędzy właściwymi kasami chorych w wysokości wynikającej z umowy zawartej przez tego świadczeniodawcę z Kasą sobie właściwą.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji.

Od niniejszej decyzji przysługuje stronom odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Antymonopolowego, w terminie dwutygodniowym od dnia jej doręczenia, za pośrednictwem Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Krakowie.

Z up. Prezesa Urzędu Ochrony  
Konkurencji i Konsumentów  
Barbara du Vall  
Dyrektor Delegatury

Otrzymują:

1. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr CM UJ w Zakopanem  
reprezentowany przez adwokata - Pana Stanisława Machajewskiego  
Kancelaria Adwokacka ul. Kościuszki 2 34-500 Zakopane
2. Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Joannitów 6, 50-525 Wrocław
3. Kujawsko-Pomorska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Mickiewicza 15, 85-071 Bydgoszcz
4. Lubelska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Szkolna 16, 20-124 Lublin
5. Lubuska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Podgórna 98 65-057 Zielona Góra
6. Łódzka Regionalna Kasa Chorych  
ul. Żeligowskiego 32-34 90-643 Łódź
7. Małopolska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Ciemna 6 31-053 Kraków
8. Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych  
ul. Sienkiewicza 3 00-033 Warszawa

pełnomocnik: Jerzy Brzeziński – radca prawny

9. Opolska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Głogowska 37 45-082 Opole
10. Podkarpacka Regionalna Kasa Chorych  
ul. Targowa 1 35-900 Rzeszów
11. Podlaska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Pałacowa 3 15-042 Białystok
12. Pomorska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Podwale Staromiejskie 69 80-844 Gdańsk
13. Śląska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Gen. Jankego 15 A 40-615 Katowice5  
pełnomocnik: Janusz Siwczyński - radca prawny
14. Świętokrzyska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Targowa 18 25-520 Kielce
15. Warmińsko-Mazurska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Żołnierska 16 10-516 Olsztyn
16. Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Piekary 14/15 60-947 Poznań
17. Zachodniopomorska Regionalna Kasa Chorych  
ul. Moniuszki 20 71-430 Szczecin
18. Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych  
ul. Wołoska 137 00-911 Warszawa