

**PREZES URZĘDU
OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW
DELEGATURA W ŁODZI**

90-051 Łódź, Al. Piłsudskiego 8
Tel. (0-42) 636-36-89, Tel/Fax (0-42) 636-07-12, Tel. Centrala (0-42) 636-72-11, wew. 259
E-mail: lodz@uokik.gov.pl

Łódź, 3 lipca 2002r.

RŁO 062/02/AL/
(poprzedni numer RŁO 5S/57-1/01/AZ)

D E C Y Z J A R Ł O N r 1 6 / 2 0 0 2

- I. Na podstawie art. 9 w związku z art. 8 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15.12.2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 122, poz. 1319 z późn. zm.) po rozpatrzeniu sprawy wszczętej z urzędu przeciwko Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych w Łodzi ul. Kopcińskiego 58, w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznaje się za praktykę ograniczającą konkurencję nadużycie przez Łódzką Regionalną Kasę Chorych pozycji dominującej na rynku polegające na bezpośrednim narzucaniu Instytutowi Centrum Zdrowia Matki Polki uciążliwych warunków umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji oraz uciążliwych warunków umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej poprzez odmowę renegotjacji tych umów w zakresie wprowadzenia zasad rozliczeń polegających na dokonywaniu przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń między poradniami i klinikami w ramach maksymalnej kwoty kontraktu (tzw. przesunięcia poziome) i nakazuje się jej zaniechania.
- II. Na podstawie art. 10, ust. 1 i 2 w związku z art. 8 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15.12.2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 122, poz. 1319 z późn. zm.) po rozpatrzeniu sprawy wszczętej z urzędu przeciwko Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych w Łodzi ul. Kopcińskiego 58, w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznaje się za praktykę ograniczającą konkurencję nadużycie przez Łódzką Regionalną Kasę Chorych pozycji dominującej na rynku polegające na bezpośrednim narzucaniu Instytutowi Centrum Zdrowia Matki Polki uciążliwych warunków umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji oraz uciążliwych warunków umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej poprzez odmowę renegotjacji tych umów w zakresie wprowadzenia zasad rozliczeń polegających na dokonywaniu przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń na miesiąc następny w ramach maksymalnej kwoty kontraktu (tzw. przesunięcia pionowe) i stwierdza się zaniechanie jej stosowania.
- III. Na podstawie art. 75 w związku z art. 73 w/w ustawy w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanawia się nie obciążać Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych kosztami postępowania.

Uzasadnienie

Do organu antymonopolowego wystąpił Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi (zwany dalej Instytutem) z wnioskiem o wszczęcie postępowania antymonopolowego w sprawie stosowania przez Łódzką Regionalną Kasę Chorych w Łodzi (zwaną dalej Kasą) praktyki ograniczającej konkurencję, polegającej na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku poprzez narzucanie Instytutowi uciążliwych warunków umownych, ustalonych jednostronnie, przynoszących Kasie nieuzasadnione korzyści. W szczególności Instytut zarzucił Kasie:

1/ Kontraktowanie wysoko specjalistycznych świadczeń zdrowotnych poniżej zapotrzebowania po stronie świadczeniobiorców (pacjentów) co oznacza, że Kasa jednostronnie decyduje, czy Instytut poniesie straty, czy odniesie sukces gospodarczy niezależnie od rzeczywistych możliwości Instytutu, jakości oferowanych usług, a także popytu ze strony pacjentów na usługi medyczne świadczone przez Instytut.

Zdaniem Instytutu Kasa przed rozpoczęciem procedury zawierania umów ze świadczeniodawcami nie podjęła działań zmierzających do ustalenia rzeczywistych potrzeb i preferencji pacjentów. Ilość zakontraktowanych przez Kasę usług jest niższa od aktualnego zapotrzebowania pacjentów a także znacznie niższa, niż wykonywana przez Instytut przed wejściem w życie reformy ubezpieczeń zdrowotnych. Instytut uznał, że zgodnie z prawem i umową zawartą z Kasą zobowiązany jest świadczyć usługi zdrowotne wszystkim zgłaszającym się pacjentom. W tej sytuacji Instytut wykonuje świadczenia ponad plan, i finansuje je z własnych środków, a więc ponosi straty. Kasa odmawia bowiem zapłaty za świadczenia nie zakontraktowane (k.4).

2/ Przyjęcie przez Kasę zasad realizacji umowy nieadekwatnych do możliwości wykonawczych Instytutu oraz okresu rozliczeniowego nieadekwatnego do czasu trwania umowy.

Zdaniem Instytutu naganne jest limitowanie przez Kasę świadczeń zdrowotnych na poziomie wewnętrznych jednostek organizacyjnych Instytutu (poradni i klinik). Instytut stwierdził, że z punktu widzenia Kasy nie powinno mieć znaczenia, jak Instytut podzielił posiadane środki finansowe na pokrycie kosztów poszczególnych rodzajów świadczeń. Ważne jest by Instytut zabezpieczył ich udzielanie i nie przekroczył kwoty określonej w umowie z Kasą (wartości kontraktu). W przypadkach przekroczenia limitu świadczeń w jednej poradni i jednocześnie "niedowyołnaniu" w innej poradni Instytut chciałby mieć możliwość dokonywania przesunięć środków finansowych.

Za uciążliwy warunek umowy Instytut uznał przyjęcie przez Kasę okresu rozliczeniowego nieadekwatnego do czasu trwania umowy. Instytut stwierdził, że skoro umowa została zawarta na okres jednego roku to stopień jej wykonania powinien być rozliczony po upływie czasu obowiązywania umowy.

3/ Wykorzystywanie przez Kasę przymusu prawnego, pod jakim działa Instytut dla uzyskiwania korzyści finansowych.

Zdaniem Instytutu istota tego zarzutu sprowadza się do braku w umowach o wykonywanie świadczeń zdrowotnych klauzuli, iż Kasa zapłaci za świadczenia, których Instytut nie może odmówić zgodnie z art.58 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a także w myśl zapisów umowy zawartej z Kasą, nawet jeśli zostaną wykonane ponad limit. Chodzi o świadczenia zdrowotne związane z wypadkiem, urazem, stanem zagrożenia życia lub porodem. Instytut podkreślił, że jest placówką medyczną udzielającą świadczeń zdrowotnych o specyficznym i wysoko specjalistycznym charakterze na rzecz kobiet i dzieci. Charakter działalności Instytutu i ustawowy obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych powodują, że Instytut musi przyjąć np. zgłaszającą się kobietę w ciąży, nie zważając na ustalone limity. Zdaniem Instytutu powyższe zarzuty wyczerpują przesłanki z art. 8 ust.2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Zgodnie z ww. wnioskiem w dniu 17 maja 2001r. zostało wszczęte postępowanie antymonopolowe w sprawie nadużywania przez Kasę pozycji dominującej na rynku poprzez narzucanie uciążliwych warunków umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji oraz uciążliwych warunków umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej przynoszących Kasie nieuzasadnione korzyści, co mogło stanowić naruszenie art.8 ust.2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

W odpowiedzi na wniosek (pismo z dnia 26.06.2001r., k 166) Kasa wyjaśniła, że podstawa przychodów kas chorych pochodzi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Przychody uzyskiwane z innych źródeł stanowią niewielki procent środków finansowych, którymi może dysponować kasa. Stąd umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierane są do wysokości realnych możliwości finansowych kas chorych, ustalanych corocznie w planach finansowych. Kasa stwierdziła, że wykonanie przez świadczeniodawcę większej ilości świadczeń niż zostało to przewidziane w umowie, nie może zostać uwzględnione przez Kasę, gdyż nie ma ona na to stosownych środków. Na wykonanie świadczeń nie zakontraktowanych (ponad ustalony w umowie limit) świadczeniodawca powinien poszukać innego źródła finansowania. Zdaniem Kasy wprowadzona reforma ubezpieczeń zdrowotnych nie zakłada bowiem konieczności zakupienia przez jedną kasę chorych wszystkich świadczeń zdrowotnych, które mogą zaoferować świadczeniodawcy. Potwierdza to fakt, że Kasa nie jest jedynym źródłem finansowania usług medycznych świadczonych przez Instytut.

Odnosnie drugiego zarzutu Kasa stwierdziła, że nie jest dla niej obojętne jakiego rodzaju świadczenia medyczne zostały wykonane przez świadczeniodawcę. Nadrzędnym bowiem celem kas chorych jest zakupienie określonej ilości poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych dla ubezpieczonych.

Zdaniem Kasy przesunięcie środków finansowych pomiędzy jednostkami organizacyjnymi Instytutu (poradniami, klinikami) stanowi zmianę określonej w umowie struktury rodzajów świadczeń, co w konsekwencji oznaczałoby powiększenie zakresu jednych świadczeń kosztem drugich. Kasa odwołała się do obowiązujących przepisów prawa (rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27.11.1998r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez kasy chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ustawy z dnia 6.02.1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) stwierdzając, że żaden z nich nie przewiduje renegotjacji umów zawieranych przez kasy chorych ze świadczeniodawcami. W ocenie Kasy wniosek świadczeniodawcy o zmianę dotychczasowej umowy jest nową ofertą, której ewentualne uwzględnienie będzie możliwe dopiero po przeprowadzeniu nowego konkursu ofert.

Fakt, że Instytut nie wyczerpał limitów w niektórych rodzajach świadczeń oznacza, że za te usługi "pieniądz poszedł za pacjentem" do innego świadczeniodawcy.

Odnosnie okresów rozliczeniowych, przyjętych w umowach o realizację świadczeń zdrowotnych Kasa stwierdziła, że wynikają one :

1/ z ustawy o rachunkowości, ustalającej miesiąc jako okres sprawozdawczy,

2/ z faktu, że finansowanie kas chorych odbywa się w cyklach miesięcznych i Kasa nie może dać więcej środków finansowych niż w danym miesiącu otrzyma.

Zdaniem Kasy przyjęcie rocznego okresu rozliczeniowego spowodować by mogło sytuację wyczerpania przez świadczeniodawców środków finansowych już np. w połowie roku, na który została zawarta umowa. W tej sytuacji, w pozostałych miesiącach świadczeniodawca nie miałby pieniędzy na dalsze wykonywanie swoich zadań. Kasa uwzględniła jednak postulaty świadczeniodawców i na przestrzeni 2000r., w niektórych umowach wprowadziła system rozliczeń miesięcznie narastający, co umożliwi świadczeniodawcom wykorzystanie w kolejnych miesiącach ilości świadczeń nie wykonanych w miesiącach poprzednich, a tym samym wykorzystanie przyznanych na nie środków finansowych. Z wyjaśnień Kasy wynikało, że powyższe zmiany sposobu rozliczeń zostały uwzględnione również w umowach zawartych z Instytutem.

Ponadto Kasa w złożonych wyjaśnieniach podkreśliła, że nie jest przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, nie prowadzi działalności zarobkowej, ponieważ jest instytucją non profit. Kasa podała, że w 1999r. i w 2000r. wydała na zakup świadczeń zdrowotnych więcej pieniędzy niż otrzymała ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Źródłami finansowania były debet bankowy i fundusz rezerwy. W związku z powyższym Kasa stwierdziła, że nie można mówić o jakichkolwiek jej korzyściach finansowych. Z tych względów uznała zarzuty Instytutu za bezzasadne.

Pismem z dnia 24.10.2001r. (k. 303) organ antymonopolowy poinformował strony o rozszerzeniu z urzędu prowadzonego postępowania o zarzut nadużywania pozycji dominującej przez Kasę, polegający na bezpośrednim lub pośrednim narzucaniu Instytutowi warunków umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej i umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji, co może stanowić naruszenie art.8 ust.2 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego organ antymonopolowy ustalił następujący stan faktyczny :

Praktyki monopolistyczne ujawniają się na rynku. Z tego względu punktem wyjścia dla rozstrzygnięcia każdej sprawy jest określenie rynku - rynku istotnego w sprawie (rynkę relewantnego).

W tej sprawie rynkiem produktu jest zawieranie i finansowanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

System powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego wprowadziła ustawa z dnia 6.02.1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz.153, ze zm.). Na podstawie przepisów ww. ustawy ubezpieczonym przysługują świadczenia służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielane w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i położu oraz w celu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia. Na pokrycie kosztów ww. świadczeń ubezpieczeni wnoszą do kasy chorych składkę na ubezpieczenia zdrowotne. Kasa chorych w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych w ustawie gromadzi środki finansowe, zarządza nimi oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń zdrowotnych np. zakładami opieki zdrowotnej (szpitalami, przychodniami, poradniami, pogotowiem ratunkowym itp.).

Rynkiem geograficznym dla wyżej określonego rynku produktu jest rynek krajowy. Nie ma bowiem przeszkód prawnych, aby kasa chorych zawarła i sfinansowała umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych w tej kasie ze świadczeniodawcami z terenu całego kraju. Biorąc jednak pod uwagę charakter świadczeń zdrowotnych, ich dostępność dla ubezpieczonych, na rzecz których kasa chorych zawiera i finansuje umowy ze świadczeniodawcami, koszty transportu oraz siedzibę Kasy, geograficzny rynek relewantny został zawężony do terenu województwa łódzkiego.

Uczestnikami tak zdefiniowanego rynku są:

- 1/ ubezpieczeni, którzy korzystają ze świadczeń zdrowotnych,
- 2/ Kasa, która reprezentuje ubezpieczonych,
- 3/ świadczeniodawcy udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym Instytut.

Zgodnie z art. 65 ust. ustawy o powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych zadania z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego realizują regionalne i branżowe kasy chorych.

Na terenie województwa łódzkiego właściwą do reprezentowania interesów ubezpieczonych jest Kasa, co wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7.12.1998r. w sprawie utworzenia regionalnych kas chorych i ich oddziałów, określenia ich siedzib i obszaru działania oraz nadania im statutów (Dz.U. Nr 152, poz.998). Interesy ubezpieczonych z terenu województwa łódzkiego reprezentuje też Branżowa Kasa Chorych

dla Służb Mundurowych w Warszawie, Oddział w Łodzi. Udział Branżowej Kasy Chorych w wyżej określonym rynku lokalnym jest jednak niewielki (k 377 – 378). Na podstawie zebranego materiału dowodowego ustalono więc, że Kasa na lokalnym rynku świadczeń zdrowotnych posiada pozycję dominującą w rozumieniu art. 4, pkt 9 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Z ustaleń organu antymonopolowego wynika, że Kasa jest jednostką organizacyjną (k 231), posiadającą osobowość prawną (art. 66, ust. 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym), która organizuje usługi o charakterze publicznym. W ramach bowiem posiadanych kompetencji Kasa tworzy strukturę organizacyjną, w której realizowane są świadczenia objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Na podstawie art. 53 ww. ustawy Kasa zawiera i finansuje umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych ze świadczeniodawcami posiadającymi uprawnienia do udzielania świadczeń na podstawie odrębnych przepisów.

Zgodnie z przepisami ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (art. 54) zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych powinno być poprzedzone konkursem ofert. Tryb składania ofert i przeprowadzania konkursu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27.11.1998r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez kasy chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. Nr 148, poz.978, ze zm.). Wyżej wymienione rozporządzenie nie zawiera regulacji dotyczących umowy o świadczenia zdrowotne, a w szczególności elementów umowy, praw i obowiązków stron oraz zasad jej funkcjonowania w obrocie prawnym.

Minimalna treść umowy o świadczenia zdrowotne została określona przez ustawodawcę w art. 53 ust. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Z ustaleń organu antymonopolowego wynika, że w stosunkach umownych ze świadczeniodawcami Kasa stosuje wzory umów zatwierdzone uchwałą Zarządu Kasy (k.195-198, 380 - 381). W związku z tym umowy dotyczące konkretnego rodzaju świadczeń zdrowotnych (np. hospitalizacji, specjalistyki ambulatoryjnej, hemodializ, rehabilitacji itp.) są tej samej treści. Różnią się jedynie ilością zakupionych świadczeń zdrowotnych i ich wartością (k.188).

Posługując się wzorem umowy Kasa zawarła z Instytutem na 2000 rok umowy :

1/ o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej (k 67),

2/ o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji (k 89).

Ad 1/ Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej było udzielanie przez Instytut na rzecz ubezpieczonych w Kasie świadczeń zdrowotnych, których ilość rodzaj i zakres zostały określone w planie rzeczowo – finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy (k 83). W załączniku tym wyliczono poradnie Instytutu oraz rodzaj jednostki kalkulacyjnej (porada lekarska wraz z diagnostyką), którą ma wykonać dana poradnia. Określono też ile jednostek kalkulacyjnych może wykonać dana poradnia i za jaką kwotę w okresie obowiązywania umowy, tj w ciągu 12 miesięcy. Suma wartości świadczeń zdrowotnych przyznanych do wykonania poszczególnym poradniom stanowi roczną wartość umowy określoną w § 32 umowy.

W § 40 umowy Kasa przyznała Instytutowi prawo do samodzielnego dysponowania zakontraktowanymi świadczeniami zdrowotnymi (k 76). Jedynym ograniczeniem tej samodzielności była zasada racjonalnego gospodarowania ilością porad objętych umową (czytaj: załączniku rzeczowo-finansowym), tak aby zapewnić ubezpieczonym ciągłość specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego przez cały okres obowiązywania umowy. W praktyce zapis ten nie miał zastosowania, bowiem w § 41 umowy Kasa wprowadziła miesięczne limity na wykonywane przez Instytut świadczenia zdrowotne i konsekwencje związane z ich przekroczeniem, i wg nich dokonywała rozliczeń.

I tak ilość porad wykonanych w danym okresie rozliczeniowym (§ 33 umowy - okresem rozliczeniowym jest miesiąc) nie może przekraczać ilości równej ilorazowi ilości porad zakupionych przez Kasę w okresie obowiązywania umowy i ilości przyjętych okresów rozliczeniowych (§ 41 ust.1 umowy). Wykonanie w danym miesiącu porad w mniejszej ilości niż wynikałoby to z wyliczonego limitu nie powodowało zwiększenia ilości porad do wykonania w kolejnych miesiącach, o ilości nie wykonane (§ 41 ust.2 umowy). W związku z tym ilość świadczeń zdrowotnych zakontraktowana dla danej poradni, a nie wykorzystana zgodnie z wyliczonym limitem w danym miesiącu przepadała. W przypadku gdy ilość świadczeń zdrowotnych wykonanych w danym miesiącu przekroczyła limit miesięczny ustalony dla danej poradni Kasa nie miała obowiązku zapłaty za porady wykonane z przekroczeniem limitu (§ 41, ust. 3 umowy).

Ad 2/ Podobne regulacje zawierała umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji. W załączniku nr 1 wyliczono kliniki wchodzące w skład Instytutu i ilość świadczeń zdrowotnych jaka ma być wykonana w poszczególnych klinikach w okresie obowiązywania umowy (k 99). Wprowadzono miesięczny okres rozliczeniowy i ilościowe limity świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych klinik (§ 6 umowy).

Z ustaleń organu antymonopolowego wynika, że w związku z opisanymi wyżej zapisami umów pomiędzy Instytutem i Kasą powstały dwa problemy. Pierwszy problem dotyczy możliwości dokonywania przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń zdrowotnych w pionie tzn. narastająco z miesiąca na miesiąc. Drugi problem dotyczy możliwości dokonywania przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń zdrowotnych w poziomie tzn. pomiędzy poradniami w ramach umowy o świadczenia zdrowotne z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej i pomiędzy klinikami w ramach umowy o świadczenia zdrowotne z zakresu hospitalizacji.

Materiał dowodowy potwierdził, że w trakcie obowiązywania w/w umów Instytut przeprowadzał analizę wykonania zawartych kontraktów (k 132 – 137). Na tej podstawie Instytut kilkakrotnie zwracał się do Kasy z prośbą o renegotiację umów w zakresie zmiany zasad wzajemnych rozliczeń (k 48, 58, 60, 63).

W dniu 31.03.2000r. podpisano aneks do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej i do umowy o hospitalizację (k 85, 100). Na podstawie tych aneksów zmieniono okresy rozliczeniowe wykonanych świadczeń zdrowotnych z miesięcznych na miesięczne narastające.

W odniesieniu do umowy o świadczenia zdrowotne z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej aneks obowiązywał od 1.04.2000r. do 31.12.2000r. (k 87), a w odniesieniu do umowy o hospitalizację zmiana sposobu rozliczeń miała obowiązywać od 1.01.2000r. do 31.12.2000r. (k 120). Tymczasem w grudniu 2000r. do umowy o hospitalizację wprowadzono aneks nr 3 z dnia 14.12.2000r. Na jego podstawie dokonano zmiany w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do w/w umowy. Aneks nr 3 wprowadził nowe limity ilościowe dla poszczególnych klinik, które miały obowiązywać od 1.09.2000r. do 31.12.2000r. W konsekwencji umowę o hospitalizację rozliczono w dwóch okresach rozliczeniowych: w okresie styczeń – sierpień wg limitów miesięcznie narastających, przy czym dokonując rozliczenia wzięto pod uwagę 12 miesięcy (de facto rozliczenie dotyczyło 8 miesięcy) i w okresie wrzesień – grudzień wg limitów miesięcznie narastających, ale bez uwzględnienia nadwykonań z poprzednich miesięcy. Wypracowane więc w okresie ośmiu miesięcy nadwyżki limitów, a co za tym idzie środków finansowych przepadały.

Kasa nie odpowiedziała (k 246) na postulat Instytutu dotyczący możliwości dokonywania przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów pomiędzy poradniami w ramach umowy o świadczenia zdrowotne z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej i pomiędzy klinikami w ramach umowy o świadczenia zdrowotne z zakresu

hospitalizacji. Dopiero na etapie postępowania administracyjnego stwierdziła, że dokonywanie przesunięć środków finansowych pomiędzy poradniami i klinikami nie jest możliwe (k 169, 191, 192). W tej sprawie organ antymonopolowy wystąpił o opinię do Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Pismem z dnia 8.11.2001r. (k 368) Urząd nadzoru Ubezpieczeń zdrowotnych wyraził pogląd, że jeżeli umowa o świadczenia zdrowotne obejmuje co najmniej dwa rodzaje świadczeń zdrowotnych, to świadczeniodawca ma prawo do rozliczenia nadwykonań usług jednego rodzaju wolnymi środkami pochodzącymi z niewykonania drugiego rodzaju świadczeń na zasadach określonych w umowie. Zgodnie bowiem z art. 53, ust. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym umowa pomiędzy kasą chorych a świadczeniodawcą powinna określać w szczególności m.in. zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych uznał, że świadczeniodawca jako właściciel usług może dowolnie nimi gospodarować, a jedynym ograniczeniem jest maksymalna kwota zobowiązania ustalona przez strony w umowie (wartość kontraktu). Urząd Nadzoru Ubezpieczeń zdrowotnych dopuścił możliwość renegotjacji umowy o świadczenia zdrowotne (k 371 – 372).

W umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej i z zakresu hospitalizacji nie uregulowano kwestii zapłaty za świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 58, ust. 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, jeżeli zostaną wykonane przez Instytut z przekroczeniem ustalonego limitu miesięcznego.

Wprowadzone przez Kasę zasady rozliczeń świadczeń zdrowotnych wykonanych przez Instytut oraz odmowa ich renegotjacji spowodowały straty Instytutu, co zostało wykazane w trakcie prowadzonego postępowania (k 38, 48, 245). W materiale dowodowym Instytut przedstawił zestawienie realizacji umów o świadczenia zdrowotne, w tym zestawienie poniesionych strat (k 245). Kasa nie przedstawiła dowodu przeciwnego.

Podobne zasady rozliczeń jak w 2000r. Kasa stosowała w 2001r. posługując się wzorami umów zatwierdzonymi przez Zarząd Kasy (k 246, 382, 392).

Jednym z obowiązków kas chorych jest sporządzanie corocznych planów finansowych w zakresie przychodów i wydatków. Kwoty zobowiązań kas chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów muszą mieścić się w planie finansowym kasy chorych. W związku z powyższym Kasa planując środki na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych musi kierować się wielkością prognozowanych przychodów. Materiał dowodowy potwierdził, że w latach 1999 – 2001r. Kasa sfinansowała świadczenia zdrowotne z następujących źródeł (k 280 – 288):

1. składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego,
2. dotacje z budżetu państwa,
3. przychody finansowe,
4. debet na rachunku bieżącym.

Kasa zamknęła wykonanie planu za 1999r. startą bilansową w wysokości 110.821.120, 00 zł (k 288). Taka sytuacja była spowodowana faktem, że Kasa zakupiła dla ubezpieczonych większą ilość świadczeń zdrowotnych niż otrzymała na ten cel przychodów. Dla zachowania płynności finansowej Kasa finansowała nadwyżkę wydatków nad przychodami debetem na rachunku bieżącym na kwotę 90 mln zł. Również 2000r. Kasa zakończyła ze stratą w kwocie 36.701.090, 00 zł (k 282), co daje łączną stratę za dwa lata w wysokości 147.522.210, 00 zł. Z materiału dowodowego wynika, że środki finansowe przeznaczone na świadczenia zdrowotne, a niewykorzystane przez świadczeniodawców, w tym przez Instytut Kasa przeznaczała na pokrycie straty bilansowej. Takie bowiem założenia zostało wprowadzone w planie naprawczym mającym przywrócić równowagę finansową Kasie (k 298). W trakcie postępowania organ antymonopolowy zwrócił się do Urzędu Kontroli Skarbowej w Łodzi i

do Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych w Warszawie – instytucji, które w ramach swoich uprawnień kontrolnych badały m. in. prawidłowość gospodarowania finansami przez Kasę. W piśmie z 17.10.2001r. (k 306) Urząd Kontroli Skarbowej podał, że przyznane Kasie pożyczki i dotacje zostały wydatkowane zgodnie z ich przeznaczeniem i rozliczone. Materiał dowodowy przesłany przez Urząd Kontroli Skarbowej potwierdził trudną sytuację finansową Kasy (k 309 – 351). Prawidłowość wydatkowania środków finansowych przeznaczonych na zakup świadczeń zdrowotnych przez Kasę potwierdził też Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (k 368).

Ustalony stan faktyczny dał podstawę do wydania w dniu 17 grudnia 2001r. decyzji nr RŁO 23/2001 zawierającej następujące rozstrzygnięcie:

na podstawie :

I. art. 9 w związku z art.8 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy z dnia 15.12.2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 122, poz.1319) , po rozpatrzeniu sprawy wszczętej z urzędu przeciwko Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych w Łodzi ul. Kopcińskiego 58, w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznaje się za praktykę ograniczającą konkurencję nadużycie przez Łódzką Regionalną Kasę Chorych pozycji dominującej na rynku polegające na bezpośrednim narzucaniu Instytutowi Centrum Zdrowia Matki Polki warunków zakupu świadczeń zdrowotnych poprzez stosowanie zasad rozliczeń umowy o świadczenia zdrowotne nieadekwatnych do sytuacji rynkowej, w tym odmowę renegocjacji tych zasad i nakazuje się zaniechania jej stosowania,

II. art. 11 ust. 1 w związku z art. 8 ust.2 pkt 6 ustawy z dnia 15.12.2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 122, poz.1319) po rozpatrzeniu sprawy wszczętej na wniosek Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi ul. Rzgowska 281/289 przeciwko Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych w Łodzi ul. Kopcińskiego 58, w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie stwierdza się stosowania przez Łódzką Regionalną Kasę Chorych praktyki ograniczającej konkurencję polegającej na narzucaniu Instytutowi Centrum Zdrowia Matki Polki uciążliwych warunków umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji oraz uciążliwych warunków umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej polegających na:

1/ kontraktowaniu przez Łódzką Regionalną Kasę Chorych świadczeń zdrowotnych poniżej zapotrzebowania świadczeniobiorców i rzeczywistych możliwości Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki,

2/ limitowaniu przez Łódzką regionalną Kasę Chorych świadczeń zdrowotnych,

3/ braku w w/w umowach zapisów o obowiązku zapłaty przez Łódzką Regionalną Kasę Chorych za świadczenia zdrowotne związane z wypadkiem, stanem zagrożenia życia lub porodem,

co przynosi Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych nieuzasadnione korzyści,

III. art. 75 w związku z art. 69 ww. ustawy w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie zasądza się zwrotu kosztów postępowania,

IV. art. 75 w związku z art. 72 i art.73 ww. ustawy w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanawia się nie obciążać Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych kosztami postępowania.

W ustawowym terminie Kasa wniosła odwołanie od pkt I sentencji w/w decyzji. W uzasadnieniu odwołania Kasa wskazała między innymi, że organ antymonopolowy uznał, iż nadużycie pozycji dominującej przez Kasę nastąpiło poprzez odmowę renegocjacji w zakresie zasad rozliczeń. W ocenie Kasy warunki umowy dotyczące zasad rozliczania świadczeń zdrowotnych nie stanowią essentialia negotii umowy i jako nie będące

przedmiotem rokowań w toku konkursu ofert mogą być na zasadach określonych w przepisach kodeksu cywilnego zmieniane przez strony umowy.

Kasa stwierdziła, że wnioski, z którymi Instytut występował do Kasy w przedmiocie renegotjacji systemu rozliczeń dotyczyły dwojakiego rodzaju zagadnień:

- zmiany systemu rozliczeń poprzez dopuszczenie możliwości dokonywania przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń w pionie – narastająco z miesiąca na miesiąc,
- zmiany systemu rozliczeń poprzez dopuszczenie możliwości dokonywania przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń w poziomie tzn. między poradniami (umowa o udzielanie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej) i klinikami (umowa o udzielanie świadczeń z zakresu hospitalizacji).

Dalej Kasa podała, że odpowiadając na wnioski Instytutu o zmianę systemu rozliczeń wyraziła zgodę jako strona umowy na jej renegotjowanie w zakresie systemu rozliczeń. W wyniku tego podpisano aneksy do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zarówno z zakresu hospitalizacji jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Aneksy te wprowadziły w zakresie zasad rozliczeń – system miesięczny narastający, który pozwolił na dokonywanie przez świadczeniodawcę – Instytut tzw. przesunięć pionowych. Ze względu na wyżej wskazaną argumentację odwołania, w sytuacji gdy pkt I sentencji zaskarżonej decyzji za praktykę ograniczającą konkurencję uznaje odmowę renegotjacji zasad rozliczeń umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie wskazując o jaki rodzaj rozliczeń chodzi, organ antymonopolowy uznał, że należy dokonać ponownej oceny stanu faktycznego będącego przedmiotem rozstrzygnięcia decyzji w zaskarżonej części. W konsekwencji w dniu 10 maja 2002r. organ antymonopolowy wydał decyzję nr RŁO 14/2002 na mocy której na podstawie art. 78, ust. 4 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów uchylił pkt I sentencji zaskarżonej decyzji nr RŁO 23 / 2001 z dnia 17 grudnia 2001r. i pismami z dnia 10 maja 2002r. powiadomił Instytut i Kasę o dalszym prowadzeniu postępowania antymonopolowego w związku z uchyleniem decyzji z dnia 17 grudnia 2001r., nr RŁO 23 / 2001. Strony zostały wezwane także do złożenia wyjaśnień w przedmiotowej sprawie, w szczególności wyjaśnienia czy doszło między nimi do renegotjacji zawartych umów o udzielanie świadczeń medycznych w zakresie tzw. przesunięć poziomych i pionowych. W piśmie z dnia 15 maja 2002r. Instytut poinformował, że do chwili obecnej Kasa nie uregulowała zapłaty za wykonane świadczenia medyczne ponad limit za rok 1999 i 2000, odmawia podjęcia rozmów na temat zapłaty mimo, że wartości wykonanych ponadlimitów mieściły się w maksymalnych kwotach zawartych z Kasą umów na rok 1999 oraz 2000. W konsekwencji w ocenie Instytutu Kasa poczyniła oszczędności środków finansowych, natomiast Instytut z powodu nie otrzymania zwrotu kosztów poniesionych na leczenie pacjentów ma zobowiązania, których nie jest w stanie spłacić do tej pory. Instytut stwierdził, że za rok 2001 Kasa po zakończeniu trwania umowy zapłaciła za tzw. świadczenia ponad limitowe (tzn. ponad zakontraktowane roczne ilości), a odmówiła zapłaty za świadczenia długoterminowe czy szczególnie kosztowne (wielokrotnie droższe niż cena z umowy) na kwotę ponad 1 800 000 zł, chociaż mieściła się ona w maksymalnej kwocie umowy na hospitalizację. Instytut podał także, iż Kasa nie wyraziła zgody na jakiegokolwiek zmiany w umowie na rok 2002 dotyczące sposobu rozliczeń pacjentów zgłoszone podczas negocjacji i po podpisaniu umowy. Natomiast w piśmie z dnia 27 maja 2002r. Instytut stwierdził, że nikt nie kwestionuje, że Kasa zawarła z Instytutem aneksy do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zmiany systemu z miesięcznego na miesięczny narastający. Jednak kasa konsekwentnie nie dopuszcza do dokonywania przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń w poziomie tj. między poradniami i klinikami. Zdaniem Instytutu takie stanowisko Kasy nie znajduje oparcia w obowiązujących przepisach prawnych regulujących umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych – art. 53, ust. 4, pkt 1 – 7 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. z 1997r., Nr 28, poz. 153 z późn. zm.), który zawiera otwarty katalog elementów takiej umowy, co oznacza, że

mogą być do niej wprowadzone także inne elementy o ile nie są sprzeczne z brzmieniem art. 353¹ kc. Takim elementem umownym jest w ocenie Instytutu ilość zakontraktowanych świadczeń. W ocenie Instytutu żadne przepisy rangi ustawowej nie nakładają na strony obowiązku sztywnego ustalania ilości świadczeń jako essentialia negotii umowy o zawieranie świadczeń zdrowotnych lub tym bardziej nie określają, że Kasa ma ustawowe prawo do kształtowania ilości świadczeń. Jedyne ograniczenie swobody kontraktowania umów zawiera art. 53, ust. 3, pkt 1 i 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, który nakazuje kasie równoważyć koszty z przychodami oraz to, iż suma kwot zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawców musi mieścić się w planie finansowym kasy chorych. Instytut stwierdził także, iż nie można zapominać, że Kasa reprezentuje interesy ubezpieczonych dysponując środkami finansowymi pochodzącymi z ich składek. Jeżeli więc po stronie ubezpieczonych wzrasta popyt na niektóre świadczenia zdrowotne, co sygnalizuje świadczeniodawca, Kasa obowiązana jest zareagować na zmianę warunków wykonywania umowy dokonując stosownej jej zmiany, tak aby spełnić potrzeby ubezpieczonych. Dodatkowo Instytut stwierdził, że Kasa nadużywa swojej pozycji dominującej na rynku usług medycznych odmawiając Instytutowi prawa renegotjacji umów o realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie przesunięć poziomych pomiędzy świadczeniami. Taka praktyka po stronie Kasy prowadzi do systematycznego pogarszania się sytuacji finansowej Instytutu.

Natomiast Kasa w piśmie z dnia 27 maja 2002r. stwierdziła, że w podniesionej przez Instytut sprawie nie uregulowania przez Kasę należności za wykonane ponad limit świadczenia zdrowotne w roku 1999 i 2000 Instytut skierował w tej sprawie pozew do Sadu Okręgowego w Łodzi. Kasa stwierdziła także, iż w roku 2001 zapłaciła za wszystkie świadczenia wykonane i wykazane w sprawozdaniach przedstawionych wraz z fakturami przez Instytut. Umowy z zakresu hospitalizacji (I i II półrocze), specjalistyki i hemodializ były renegotjowane w zakresie ilości świadczeń przy zachowaniu maksymalnej kwoty zobowiązania, co spowodowało aneksowanie umowy i zmianę planu rzeczowo – finansowego na korzyść świadczeniodawcy. Natomiast w umowach na 2002r. jest zapis gwarantujący wypłatę przez Kasę całej rocznej wartości zobowiązania wynikającej z kontraktu, na podstawie dodatkowej faktury, którą świadczeniodawca ma prawo złożyć w pierwszych tygodniach 2003r. za świadczenia wykonane w roku 2002r.

Organ antymonopolowy zważył :

Art. 8 ust.2 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów uznaje za praktykę ograniczającą konkurencję nadużywanie pozycji dominującej na rynku poprzez bezpośrednie lub pośrednie narzucanie nieuczciwych cen, w tym cen nadmiernie wygórowanych albo rażąco niskich, odległych terminów płatności lub innych warunków zakupu albo sprzedaży towarów.

Kasa jest osobą prawną organizującą usługi o charakterze użyteczności publicznej, które nie są działalnością gospodarczą w rozumieniu przepisów o działalności gospodarczej, co zostało wcześniej wykazane. Zgodnie z art.4, pkt 1, lit. a ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów jest ona zatem przedsiębiorcą.

Na rynku właściwym Kasa posiada pozycję dominującą, co również zostało w tym postępowaniu udowodnione. Fakt posiadania pozycji dominującej nie stanowi jednak naruszenia przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Zakazane jest nadużywanie tej pozycji w następstwie stosowania praktyk ograniczających konkurencję.

W ocenie organu antymonopolowego Kasa narzuciła świadczeniodawcom, w tym Instytutowi zasady rozliczeń o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Instytut bowiem nie miał możliwości wyboru kontrahenta. Jak dowiodło prowadzone postępowanie konkurencja po stronie popytu

na świadczenia zdrowotne była ograniczona. Jedynym przedsiębiorcą liczącym się na lokalnym rynku świadczeń zdrowotnych, któremu Instytut mógł sprzedać pełną ofertę swoich świadczeń zdrowotnych była Kasa.

Należy też pamiętać, że Kasa podejmując decyzję o uchwaleniu wzorów umów o świadczenia zdrowotne i wprowadzając je w życie jednostronnie zdecydowała o warunkach tych umów, w tym o zasadach rozliczeń. Ustawodawca co prawda określił elementy umowy o świadczenia zdrowotne, ale nigdzie nie przyznał prawa do jednostronnego ich ukształtowania przez Kasę. W świetle powyższego należy więc uznać, że warunki umowy o świadczenia zdrowotne z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej i z zakresu hospitalizacji zostały Instytutowi narzucone. Istotą praktyki ograniczającej konkurencję stanowi nadużycie siły rynkowej przedsiębiorcy, które prowadzi do ograniczenia samodzielności pozostałych uczestników rynku (np. kontrahentów) oraz wymuszenia uczestnictwa w rynku na zasadach narzuconych, z reguły mniej korzystnych, niżby to wynikało z działania mechanizmów rynkowych w warunkach istnienia konkurencji. Przy czym konkurencji nie należy rozumieć wąsko, jako dążenia wielu przedsiębiorców do osiągnięcia takiego samego celu na wspólnym rynku. Konkurencja, to także mechanizm rynkowy przejawiający się w samodzielności podejmowania decyzji gospodarczych. Samodzielność ta może być ograniczona jedynie przepisami prawa, ale nigdy siłą rynkową monopolisty lub podmiotu o pozycji dominującej. Naruszenie tego mechanizmu rynkowego w granicach konkurencji powoduje zastosowanie przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Zgodnie z przepisami prawa Kasa reprezentuje interesy swoich członków – ubezpieczonych. Reprezentacja interesów ubezpieczonych polega w szczególności na podejmowaniu decyzji co do ilości i rodzaju świadczeń, z których mogą korzystać ubezpieczeni, a w konsekwencji do zawierania umów o świadczenia zdrowotne. W umowach tych Kasa zobowiązywała się zapłacić świadczeniodawcy za zamówioną ilość i rodzaj świadczeń zdrowotnych. Realizacja umowy o świadczenia zdrowotne wymagała odpowiedniego przygotowania ze strony świadczeniodawcy (utrzymanie w ciągłej gotowości sprzętu, środków i materiałów medycznych, personelu), wiązało się to więc z kosztami. W związku z tym ryzyko niewykonania takiej umowy powinno być rozłożone równomiernie na obie strony kontraktu. Tymczasem Kasa przerzucała ryzyko nietrafnych decyzji gospodarczych (co do ilości i rodzaju zamówionych świadczeń zdrowotnych) na świadczeniodawcę – Instytut. Przerzucenie ryzyka na cały obszar rynku prowadziło do strat świadczeniodawców, rosnących kosztów ich działalności a w konsekwencji do zmniejszenia ich konkurencyjności. Ceny wykonywanych przez nich świadczeń medycznych muszą bowiem wzrosnąć.

W ocenie organu antymonopolowego powodem takiej sytuacji był brak elastyczności Kasy w prowadzonej działalności i brak reakcji na zmieniającą się sytuację na rynku. W szczególności przejawiało się to w jednostronnym narzuceniu przez Kasę Instytutowi warunków umowy, polegających na wprowadzeniu sztywnych limitów ilości wykonywanych w danym miesiącu świadczeń i odmowie zmiany tego warunku umownego poprzez zastąpienie go możliwością dokonywania przesunięć niewykonanych w danym miesiącu świadczeń zdrowotnych na miesiąc następny (przesunięcia pionowe) i tzw. przesunięć poziomych polegających na możliwości dokonywania przesunięć niewykonanych świadczeń w danym miesiącu w danej poradni lub klinice do innych poradni i klinik Instytutu. Odmowa Kasy wprowadzenia tych warunków umownych była uciążliwa nie tylko dla świadczeniodawców, ale także dla świadczeniobiorców czyli ubezpieczonych – konsumentów, którzy nie mogli otrzymać świadczeń zdrowotnych na które w danym momencie było zapotrzebowanie. Za warunki uciążliwe należy uznać takie warunki, które są uciążliwe zarówno w znaczeniu subiektywnym, jak i w znaczeniu obiektywnym. Z subiektywnego punktu widzenia warunki umów o świadczenia zdrowotne były dla Instytutu uciążliwe. Instytut mimo braku przeszkód prawnych nie mógł podejmować decyzji, co do racjonalnego gospodarowania świadczeniami zdrowotnymi i środkami finansowymi w ramach zawartych kontraktów, właśnie z powodu zakazu dokonywania w/w przesunięć

wykonywanych świadczeń zdrowotnych w pionie i poziomie. Swoboda podejmowania decyzji w tym zakresie została ograniczona przez limity wprowadzone przez Kasę. W konsekwencji Instytut nie był w stanie dostosować swojej oferty do potrzeb rynku wyrażających się w zmianach w zapotrzebowaniu świadczeniobiorców na poszczególne świadczenia zdrowotne. Oceniając tę przesłankę w kategoriach obiektywnych należy pamiętać, że każdy racjonalnie działający przedsiębiorca planuje działalność gospodarczą, liczy koszty i zyski, określa ryzyko podejmowanych decyzji. W tej sprawie Kasa działając w granicach ryzyka gospodarczego zamówiła określoną ilość i rodzaj świadczeń zdrowotnych i zobowiązała się za nie zapłacić. W rzeczywistości Kasa nie wywiązywała się z tego zobowiązania, nie wykonywała więc postanowień umowy. Prawdą jest, że świadczenia zdrowotne nie zostały wykonane w zamówionej wysokości, bo nie było na nie zapotrzebowania, ale z drugiej strony ryzykiem planowanych działań gospodarczych Kasa nie mogła obciążać świadczeniodawcy. Zdaniem organu antymonopolowego umowy zawierane przez Kasę były uciążliwe dla świadczeniodawców, w tym dla Instytutu, ponieważ za niewykonanie przez Kasę umowy odpowiedzialność ponosił świadczeniodawca.

Przedstawione wyżej zachowanie Kasy spełniało nie tylko przesłanki praktyki ograniczającej konkurencję określonej w art. 8, ust. 2, pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, ale także naruszyło interes publiczny polegający na zapewnieniu właściwych warunków funkcjonowania rynku. Antykonkurencyjne zachowanie Kasy wobec Instytutu naruszyło interes publiczny poprzez zakłócenie konkurencji (blokowanie Instytutowi możliwości reagowania na sygnały napływające z rynku dotyczące zapotrzebowania na dany rodzaj usług medycznych) oraz naruszyło interes publiczny poprzez blokowanie nieograniczonej liczbie konsumentów – odbiorców usług medycznych możliwości otrzymania świadczeń zdrowotnych na jakie w danym momencie było zapotrzebowanie.

W wyniku kontynuowania postępowania antymonopolowego, wskutek uchylenia pkt I sentencji decyzji nr RŁO 23/2002 z 17 grudnia 2001r. organ antymonopolowy poczynił ustalenia, potwierdzające zarzut odwołania, że Kasa zgodziła się na renegotiację umów w zakresie tzw. przesunień pionowych. Jest to okoliczność bezsporna, potwierdzona także przez Instytut. Wprowadzono stosowne zmiany do następujących umów:

- 1/ Aneks nr 1 z dnia 16 lutego 1999r. wprowadzono możliwość przesunień pionowych do umowy z dnia 3 stycznia 1999r., nr O5R/PZ/1045 obowiązującej w 1999r. (121),
- 2/ Aneksami nr 1 z dnia 31 marca 2000r. (k 85, 100) wprowadzono do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej i do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji obowiązujących w roku 2000 system rozliczeń miesięczny narastający,
- 3/ Aneks nr 1 z dnia 28 marca 2001r. wprowadzono przesunięcia pionowe ilości wykonywanych świadczeń do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji obowiązującej w roku 2001 od stycznia do czerwca,
- 4/ Aneks nr 1 z dnia 9 sierpnia 2001r. wprowadzono przesunięcia pionowe ilości wykonywanych świadczeń do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji obowiązującej w roku 2001 od lipca do grudnia,
- 5/ Aneks nr 1 z dnia 28 marca 2001r. wprowadzono przesunięcia pionowe ilości wykonywanych świadczeń do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego obowiązującej w roku 2001,
- 6/ Umowa z dnia 27 grudnia 2001r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji, obowiązująca w roku 2002 przewiduje w swojej treści (§ 6, pkt 2), przesunięcia pionowe wykonywanych świadczeń,
- 7/ Umowy z dnia 31 grudnia 2001r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego obowiązujące w roku 2002 przewidują w § 6, pkt 2 przesunięcia pionowe wykonywanych świadczeń.

Art. 9 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów stanowi, że Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zwany dalej „Prezesem Urzędu”, wydaje decyzję o uznaniu praktyki za ograniczającą konkurencję i nakazującą zaniechania jej stosowania, jeżeli stwierdzi naruszenie zakazu określonego w art. 5, w zakresie nie wyłączonym na podstawie art. 6 i 7, lub naruszenie art. 8.

Art. 10, ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów stanowi, że nie wydaje się decyzji, o której mowa w art. 9, jeżeli zachowanie rynkowe przedsiębiorcy przestało naruszać zakazy określone w art. 5 lub w art. 8, w szczególności z powodu trwałego zmniejszenia udziału w rynku.

Art. 10, ust. 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów stanowi, że w przypadku określonym w ust. 1 Prezes Urzędu wydaje decyzję o uznaniu praktyki za ograniczającą konkurencję i stwierdzającą zaniechanie jej stosowania.

W niniejszej sprawie, ustalony stan faktyczny wskazuje, że zachowanie Kasy polegające na odmowie renegotjacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Instytutem w zakresie wprowadzenia zasad rozliczeń polegających na dopuszczeniu dokonywania przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń na miesiąc następny (tzw. przesunięcia pionowe) oraz zasad rozliczeń polegających na dokonywaniu przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń między poradniami i klinikami w ramach maksymalnej kwoty kontraktu (tzw. przesunięcia poziome), spełnia przesłanki praktyki ograniczającej konkurencję określonej w art. 8, ust. 2, pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Jednak przedstawione wyżej ustalenia poczynione w postępowaniu wskazują, że Kasa zaniechała stosowania praktyki ograniczającej konkurencję z art. 8, ust. 2, pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów polegającej na odmowie renegotjacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Instytutem w zakresie wprowadzenia zasad rozliczeń polegających na dopuszczeniu dokonywania przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń na miesiąc następny (tzw. przesunięcia pionowe).

W konsekwencji organ antymonopolowy w pkt I sentencji decyzji, na podstawie art. 9 w związku z art. 8, ust. 2, pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów uznał za praktykę ograniczającą konkurencję odmowę renegotjacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Instytutem w zakresie wprowadzenia zasad rozliczeń polegających na dopuszczeniu dokonywania przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń między poradniami i klinikami w ramach maksymalnej kwoty kontraktu (tzw. przesunięcia poziome) i nakazał jej zaniechania. Natomiast w pkt II sentencji decyzji na podstawie art. 10, ust. 1 i 2 w związku z art. 8, ust. 2, pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów uznał za praktykę ograniczającą konkurencję odmowę renegotjacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Instytutem w zakresie wprowadzenia zasad rozliczeń polegających na dopuszczeniu dokonywania przesunięć niewykorzystanych w danym miesiącu środków finansowych i limitów świadczeń na miesiąc następny (tzw. przesunięcia pionowe) i stwierdził zaniechanie jej stosowania.

Art. 73 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów stanowi, że w szczególnie uzasadnionych przypadkach Prezes Urzędu może nałożyć na stronę przegrywającą obowiązek zwrotu tylko części kosztów albo nie obciążać jej kosztami.

Organ antymonopolowy uznał trudną sytuację finansową Kasy za szczególnie uzasadniony przypadek i w związku z tym postanowił nie obciążać Kasy kosztami postępowania.

Mając na uwadze powyższe orzeka się jak na wstępie.

Od decyzji przysługuje stronom odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Antymonopolowego w terminie dwutygodniowym od dnia jej doręczenia, za pośrednictwem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów Delegatura w Łodzi.

Na postanowienie rozstrzygające o kosztach postępowania służy zażalenie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Antymonopolowego w terminie tygodnia od dnia doręczenia postanowienia, za pośrednictwem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów Delegatura w Łodzi.

Z upoważnienia Prezesa
Urzędu Ochrony Konkurencji
i Konsumentów
Dyrektor Delegatury

Iwona Bielska

Otrzymują :

1. Radca Prawny
Michał Kulesza
Pełnomocnik Instytutu
Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Biuro Doradztwa Prawnego
Kulesza i Kamiński sp.jawna
ul. Chocimska 28
Warszawa 00-791

2. Łódzka Regionalna Kasa Chorych
ul. Kopcińskiego 58
Łódź 90-057