



**PREZES  
URZĘDU OCHRONY  
KONKURENCJI I KONSUMENTÓW  
DELEGATURA UOKiK W GDAŃSKU**

---

**RGD.57-11/01/02/HK**

Gdańsk, dnia 31 lipca 2002r.

**DECYZJA NR RGD.20/2002**

Na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2000r., Nr 122, poz. 1319 z późniejszymi zmianami), po przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego wszczętego z wniosku **SPZZOZ w M.** przeciwko **BRANŻOWEJ KASIE CHORYCH DLA SŁUŻB MUNDUROWYCH z SIEDZIBĄ w WARSZAWIE**, nie stwierdza się stosowania przez skarżoną praktyk ograniczających konkurencję, polegających na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku świadczeń zdrowotnych poprzez:

- ✓ narzucenie nieuczciwych warunków zakupu w postaci limitów ilości świadczeń „niezgodnych z prognozą zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne oraz możliwościami przerobowymi wnioskodawcy”,
- ✓ stosowanie w podobnych umowach z osobami trzecimi (innymi świadczeniodawcami) niejednorodnych warunków umów (różnych limitów i cen tego samego rodzaju świadczeń zdrowotnych), powodujących różnicowanie warunków konkurencji,
- ✓ przeciwdziałanie ukształtowaniu się warunków niezbędnych do rozwoju konkurencji wskutek „niestosowania” jednolitych zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych w stosunku do wszystkich świadczeniodawców,
- ✓ narzucenie uciążliwych warunków umów przynoszących nieuzasadnione korzyści wskutek odmowy zapłaty za świadczenia zdrowotne wykonane przez skarżącego ponad limit „narzucony w umowie”,

zakazanych z mocy, odpowiednio, art. 8 ust 2 pkt 1, 3, 5 i 6 ustawy.

**UZASADNIENIE**

Do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wpłynęło wystąpienie SPZZOZ w M. (zwanego dalej Zespołem) wnoszącego o „wydanie opinii i decyzji zaniechania praktyk monopolistycznych oraz o uznanie za nieważne art. 11 pkt 6 i 7 umowy na szpital, jak również art. 11 pkt 12 umowy na szpital na rok 2001”.

W uzasadnieniu swojego pisma wnioskodawca podniósł, iż „nie może się

---

**80-824 GDAŃSK, UL. PODWALE PRZEDMIEJSKIE 30**

**TEL. (058) 346-29-32, TEL/FAX (058) 346-29-33, TEL. CENTRALA (058) 301-50-21**

**E-MAIL: GDANSK@UOKIK.GOV.PL**

*pogodzić z faktem limitowania usług medycznych przez Kasy [tj. Pomorską Regionalną Kasę Chorych z siedzibą w Gdańsku i **BRANŻOWĄ KASĘ CHORYCH DLA SŁUŻB MUNDUROWYCH Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE** – dop. i wyróżnienie Prezesa UOKiK], a co za tym idzie pragnie uniknąć strat z tego tytułu.* Jego zdaniem, przepisy prawa obowiązujące w dniu wystąpienia do organu antymonopolowego „nie przewidują limitowania usług medycznych [...], a także ograniczania ich przez określenie tzw. limitów miesięcznych w umowach zawartych z Kasami Chorych”, tym bardziej, że na Kasach, powołanych do reprezentowania interesu osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, ciąży obowiązek „opłacania wykonania usług zdrowotnych na rzecz tych osób.”

Równocześnie, w konsekwencji „wymuszenia podpisania umów przez Kasy Chorych” Zespół został narażony na straty z tytułu leczenia pacjentów „ponad limit.” I tak, według informacji przekazany przez skarżącego, za usługi ponadlimitowe w zakresie hospitalizacji wykonane przez Zespół (w 1999r. – 318 , a w 2000r. – 421,27 hospitalizacji), nie otrzymał on łącznej zapłaty w kwocie 561.160,99zł, natomiast z tytułu analogicznych usług wykonanych w I kwartale 2001r. (172 hospitalizacji) – kwoty 270.343zł. Podobna sytuacja miała też miejsce w zakresie innych umów zawartych z Kasami, a dotyczących: dializ, pomocy doraźnej, Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego i POZ. Skarżący podniósł też, że pomimo przeprowadzonej „głębokiej restrukturyzacji [...] w latach 1998-1999” i „obniżenia kosztów funkcjonowania do wysokości umów zawartych w 1999r.”, w istniejących okolicznościach, nie jest w stanie „wypracować środków na pokrycie kosztów leczenia pacjenta.”

W uzasadnieniu zakwestionowano także „fakt różnicowania pacjenta”, wskazując na to, że „SP ZOZy z I stopniem referencji mają różne stawki na hospitalizację pacjenta, np.: w naszym zakładzie za jeden osobodzień na oddziale rehabilitacji otrzymujemy 83 złote, a w Gdańsku 100 złotych”.

Organ antymonopolowy, biorąc pod uwagę zarzuty podnoszone przez skarżącego i działając na podstawie art. 43 ust. 2 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2000r., Nr 122, poz. 1319 ze zmianami), wszczął, z dniem 9 maja 2001r., postępowanie wyjaśniające mające na celu ustalenie, czy nie nastąpiło naruszenie przepisów ustawy uzasadniające wszczęcie postępowania antymonopolowego bądź czy miało miejsce naruszenie chronionych prawem interesów konsumentów uzasadniające podjęcie działań określonych w odrębnych przepisach.

W odpowiedzi na wystąpienie Zespołu Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych z siedzibą w Warszawie oświadczyła, pismem z dnia 17 maja 2001r., iż stawiane jej zarzuty „stosowania praktyk monopolistycznych”, nie znajdując uzasadnienia zarówno w okolicznościach faktycznych sporu, jak i obowiązujących przepisach prawa, są – jako takie – „bezpodstawne i nie zasługujące na uwzględnienie”. Argumentując na rzecz swojego stanowiska, skarżona podniosła, iż:

✓ Nie sposób uznać, by umowom o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego, zawartym ze skarżącym, można było przypisać atrybut „bezprawności”, a to dlatego, że w 2001r. Kasa takiej umowy z Zespołem w ogóle nie zawarła. W świetle powyższego, w podobny sposób należałoby traktować również żądanie uznania za nieważne art. 11 pkt 6, 7 i 12 „umowy na szpital”. Równo-

cznie, o ile postanowienia umów zawartych w 2001r. mogłyby być, zdaniem Kasy, przedmiotem postępowania wszczętego na podstawie ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], o tyle – w stosunku do umów z lat 1999 i 2000 – nie znajduje to podstaw, gdyż powołany akt prawny wszedł w życie z dniem 1 kwietnia 2001r.

✓ Jako chybiony należy uznać zarzut odmowy finansowania „usług ponad określone w umowie maksymalne wartości umów”; z pisma Kasy wynika bowiem zarówno to, iż zawierała ona „dodatkowe porozumienia dotyczące sfinansowania usług ponadlimitowych” wykonanych przez Zespół w roku 1999r., jak i to, że kwestia rozliczeń „usług ponadlimitowych” w latach 2000 i 2001 została przez strony uregulowana najpierw w umowie (na rok 2000), a następnie w „Ogólnych warunkach umów” (na rok 2001).

Nawiązując do powyższego, skarżona poinformowała ponadto, że przed Sądem Okręgowym w Gdańsku toczy się, z powództwa Zakładu, postępowanie w sprawie zapłaty za „usługi ponadlimitowe” zrealizowane w 1999r., wskutek tego, że „Szpital nie zgodził się na sfinansowanie tych usług po cenach możliwych do zapłacenia przez Kasę w ramach planu finansowego.”

✓ Nie do przyjęcia są, zdaniem Kasy, zarzuty dotyczące „wymuszania podpisywania umów” oraz „różnicowania pacjenta”.

I tak, w pierwszym wypadku skarżona wskazała, iż zgodnie z ustawą z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późniejszymi zmianami), jak i treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. Nr 148, poz. 978 z późniejszymi zmianami), działała stosownie do obligujących ją przepisów, tj. „przeprowadzała konkursy ofert, w trakcie których zapraszała oferentów na negocjacje. Nikt nie był przymuszany do zawarcia umowy. Jeżeli strony nie dochodziły do porozumienia w sprawie ceny – spisywały protokół rozbieżności, co następnie brane było pod uwagę przy rozstrzygnięciu konkursu ofert.” Mając na względzie opisane zachowania, należy, zdaniem skarżonej, uznać podniesiony przez Zakład zarzut za „nietrafiony”.

Z kolei, w drugim wypadku podniosła, iż „trudno finansować taką samą usługę, po takiej samej cenie nie uwzględniając [tego, że – dop. Prezesa UOKiK] stawka za usługę uzależniona jest od tego, jaki poziom usług oferuje szpital, jakich specjalistów zatrudnia, jak również na jakim sprzęcie i w jakich pomieszczeniach są one świadczone.”

W wystąpieniu z dnia 12 czerwca 2001r. Zespół, ustosunkowując się do pisma skarżonej, wskazał na następujące okoliczności mające, jego zdaniem, istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sporu prowadzonego przed organem antymonopolowym:

✓ Treść umów zawartych na lata 1999, 2000 i 2001 ze skarżoną zakładała limitowanie ilości świadczeń zdrowotnych, które „strona wnioskująca” mogła wykonać na rzecz pacjentów ubezpieczonych w Kasie, przy czym wielkość ta została wnioskodawcy „narzucona pod groźbą nie zawarcia umowy”. Zdaniem Zespołu takie działania są sprzeczne z:

- art. 68 ust 2 Konstytucji RP gwarantującym równy dostęp obywateli do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, bowiem pacjenta, jako osoby trzeciej, nie mogą dotyczyć limity ustalone

w umowach między świadczeniodawcami i Kasami Chorych,

- art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991r., Nr 91, poz. 408 z późniejszymi zmianami) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1997r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1997r., Nr 28, poz. 152 z późniejszymi zmianami) zobowiązujących wnioskodawcę do udzielenia niezbędnych świadczeń zdrowotnych w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia,
- art. 1a, art. 31c oraz art. 60 ustawy z dnia 7 lutego 1997r. o powszechnym [...], gwarantującej ubezpieczonym wolny wybór lekarza i świadczeniodawcy (w tym szpitala), które zawarły umowę z kasą a niezachowanie powyższych przepisów „*prowadzi do rażącego naruszenia zasad konkurencji i praw konsumentów, w tym poprzez m.in. stworzenie przez Kasy Chorych konsumentom uciążliwych warunków dochodzenia swoich praw wynikających z Konstytucji RP i ustawy o powszechnym [...].*” Równocześnie, w kontekście tych norm, jest oczywiste, że wnioskodawca bez narażenia się na odpowiedzialność cywilną, a nawet odpowiedzialność karną, nie może odmówić przyjęcia ponadlimitowych pacjentów, bowiem oznaczałoby to „*zagrożenie nie tylko zdrowia w wielu przypadkach wręcz życia pacjenta.*”

✓ Z prawnego i ekonomicznego punktu widzenia brak zapłaty za wykonane świadczenia zdrowotne przekraczające określony w umowie limit oznacza dla wnioskodawcy konieczność:

- wykonywania, bez zapłaty przez Kasę, świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych, skutkującą m.in. tym, że wnioskodawca, nie uzyskując przychodów z tytułu udzielonych ponadlimitowych świadczeń nie może uznać kosztów ich wykonania za koszty uzyskania przychodu co oznacza, równocześnie, obciążenie ich podatkiem dochodowym od osób prawnych, bowiem Zespół jest zwolniony z podatku dochodowego od osób prawnych jedynie w wypadku przeznaczenia zysku na działalność statutową,
- zaniechania wykonywania świadczeń poza ilość określoną w umowie, co oznacza naruszenie ww. przepisów prawa, a tym samym „*narażenie się na znaczące dodatkowe straty finansowe w wyniku odpowiedzialności cywilnej z tytułu odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonego pacjenta.*”

✓ Kluczowe znaczenie dla funkcjonowania systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz, w konsekwencji, dla merytorycznego uzasadnienia wniosku Zespołu ma, jego zdaniem, odpowiedź na pytanie „*czy kasa chorych „zakupuje” świadczenia zdrowotne czy też je jedynie „finansuje”?*” oraz – co jest konsekwencją rozstrzygnięcia w tym zakresie – „*czy kasa chorych ma prawo limitować ilość świadczeń wykonywanych przez poszczególnych świadczeniodawców?*”. Zdaniem Zespołu, w istniejącym stanie prawnym, „*Kasa Chorych nie **zakupuje** świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych lecz zobowiązana jest jedynie do ich **sfinansowania***”, a fakt, iż przedmiotem umowy nie jest zakup świadczeń lecz – jedynie – ich finansowanie, prowadzi w sposób jednoznaczny, że Kasa nie ma prawa limitowania ilości świadczeń realizowanych przez poszczególnych świadczeniodawców. Równocześnie, domniemany brak prawa do limitowania ilości świadczeń nie odbiera Kasie „*prawa do weryfikacji zasadności medycznej udzielonych świadczeń [...].*”

✓ Wnioskodawca, uwzględniając konsekwencję założenia różnego stopnia

komplikacji wykonywanych świadczeń zdrowotnych i, wskutek tego, różnego kosztu realizacji odpowiadających im procedur medycznych, zgadza się „w pełni” z zasadą różnicowania cen świadczeń wykonywanych na różnych poziomach referencyjnych, nie znajduje jednak racjonalnych i dostatecznych, jego zdaniem powodów, dla których miałyby następować również różnicowanie „cen i stawek tych samych świadczeń zdrowotnych realizowanych na tym samym poziomie referencyjnym”, bowiem „ich poziom skomplikowania, a tym samym – kosztowności powinien być identyczny z punktu widzenia średniego poziomu kosztu ich wykonania przez poszczególnych świadczeniodawców.”

W kontekście powyższego jako „jedynie pozornie logiczny” określa argument Kasy, iż „stawka za usługę uzależniona jest od tego, jaki poziom usług oferuje szpital, jakich specjalistów zatrudnia, jak również na jakim sprzęcie, w jakich pomieszczeniach są one świadczone, a nie od rodzaju pacjenta” wskazując m.in., iż:

- Kasa finansuje poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych spełniających „minimalne zasady i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych opracowane, na podstawie zalecenia art. 53 ust. 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...], przez nią samą”,
- poprawne różnicowanie cen i stawek, w zależności od poziomu jakości świadczonych usług, byłoby możliwe, gdyby:
  - kryteria różnicowania poddawały się kwantyfikacji (np. poprzez algorytmizację związku między określonym parametrem a sposobem jego oddziaływania na poziom cen i stawek),
  - stosowane kryteria były znane wszystkim świadczeniodawcom i dotyczyły ich w równym stopniu,
- takie przesłanki, jak np. jakość pomieszczeń, nie powinny w ogóle stanowić podstawy różnicowania cen, bowiem należy je zaliczyć do grupy czynników, które warunkują przede wszystkim „zdolność konkurencyjną poszczególnych świadczeniodawców”; dzięki posiadaniu wyższego standardu pomieszczeń, zatrudnieniu renomowanych lekarzy, każdy ze świadczeniodawców „powinien walczyć o pacjenta, tj. aby dokonał on wyboru jego placówki a nie placówki konkurencyjnej”,
- uwzględnienie poziomu nowoczesności wykorzystywanych środków trwałych (w tym budynków i budowli) może prowadzić, paradoksalnie, do (absurdalnej) konkluzji, iż ich koszty eksploatacyjne są dużo niższe niż zakładów wybudowanych kilkadziesiąt lat temu.

Postanowieniem z dnia 29 sierpnia 2001r. Prezes UOKiK zamknął postępowanie wyjaśniające wskazując SPZZOZ w M., iż jego wyniki nie dały, w zakresie zarzutów sformułowanych w *petitum* wniosku, wystarczających podstaw do wszczęcia postępowania antymonopolowego.

Ustosunkowując się, pismem z dnia 10 września 2001r., do postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego Zespół podniósł m.in. zarówno to, iż – wobec „całkowitego pominięcia [przez organ antymonopolowy – dop. Prezesa UOKiK] analizy argumentów przedstawionych przez wnioskodawcę” oraz tego, że „dokonana przez Urząd wykładnia prawa regulującego funkcjonowanie systemu Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych ma charakter nie wystarczający, a przede wszystkim niekompletny” – nadal podtrzymuje wniosek o wszczęcie postępowania antymonopolowego.

wego (a w raz z nim – wszystkie argumenty przywoływane we wcześniejszych wystąpieniach w przedmiotowej sprawie), jak i to, że jego „*główną intencją jest uzyskanie zgodnej z prawem wykładni przepisów regulujących funkcjonowanie systemu Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych*”. Zdaniem skarżącego, wydaje się to konieczne „*jako warunku gwarantującego zarówno prawidłowy rozwój konkurencji na rynku świadczeń zdrowotnych, jak i dochodzenie praw konsumenckich przez ubezpieczonych pacjentów. W innym przypadku dochodzenie swoich praw przez świadczeniodawców, jak i ubezpieczonych pacjentów jest skazane na kosztowne i czasochłonne postępowanie sądowe.*”

Odpowiadając, pismem z dnia 19 października 2001r., na pismo Zespołu organ antymonopolowy wskazał m.in., iż:

✓ mając na względzie treść art. 26 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], definiującego zakres jego działania, nie znajduje dostatecznych przesłanek upoważniających go do dokonania żądanej wykładni „*przepisów regulujących funkcjonowanie systemu Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych*”, a właściwymi w tej kwestii byłyby, w jego przekonaniu, Ministerstwo Zdrowia i Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych,

✓ w wypadku każdego postępowania antymonopolowego przedmiotem jego decyzji jest rozstrzygnięcie, na gruncie przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], dotyczące stosowania (bądź nie) przez skarżonego przedsiębiorcę praktyk ograniczających konkurencję, a nie nieuprawnione dokonywanie, na użytek wnioskodawcy, wykładni prawa spoza tego zakresu,

✓ z materiałów zgromadzonych w trakcie postępowania wyjaśniającego, a także z pisma Zespołu z dnia 10 września 2001r., wynika zarówno to, że skarżący postrzega swój interes prawny nie tylko w zapewnieniu „*prawidłowego rozwoju konkurencji na rynku świadczeń zdrowotnych*” (do stawiania którego to żądania jest uprawniony), ale i w „*zagwarantowaniu dochodzenia praw konsumenckich przez ubezpieczonych pacjentów*” (do czego nie jest uprawniony), jak i to, że wnioskodawca domniemywając – ogólnikowo – naruszenia przez Kasę przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], nie wskazał, konkretnie, żadnego z nich, który miałby zostać naruszony wskutek kwestionowanych przez niego działań skarżonej.

Przywołując wcześniejszą argumentację Zespół, pismem z dnia 8 listopada 2001r., ponownie podtrzymał wniosek o wszczęcie postępowania antymonopolowego i wskazał, iż – w jego przekonaniu – działania skarżonej prowadzą do „*rażącego naruszenia zasad konkurencji poprzez nadużywanie [...] pozycji dominującej, o których mowa w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. [...], w tym w szczególności naruszenia art. 8 ust. 2 pkt 1, 3, 5 i 6*”.

Zdaniem wnioskodawcy, „*określenie w umowach ilości świadczeń w sposób jednoznaczny determinuje brak możliwości zagwarantowania prawidłowego rozwoju konkurencji na rynku świadczeń zdrowotnych*”, a „*limity świadczeń zdrowotnych dokonują nie tylko pierwotnego ale i ostatecznego podziału rynku [...] pomiędzy poszczególnych zleceńodawców.*” Tym samym, „*proces konkurencji rozumiany jako zestaw działań zmierzających do pozyskania jak największej liczby pacjentów podlega tak znaczącemu ograniczeniu, iż w rzeczywistości staje się fikcją. Fikcją jest bowiem – zdaniem Zespołu – konkurencja, która u swoich podstaw zakłada limitowaną ilość*

*świadczeń, które wnioskodawca może zrealizować na rzecz pacjentów (konsumentów)."*

Mając na względzie powyższe, po wniesieniu przez skarżącego opłaty, o której mowa w art. 77 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], Prezes UOKiK wszczął, postanowieniem z dnia 13 grudnia 2001r., niniejsze postępowanie antymonopolowe.

W odpowiedzi na pismo zawiadamiające o jego wszczęciu, Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych z siedzibą w Warszawie wniosła o wydanie decyzji niestwierdzającej stosowania przez nią praktyk ograniczających konkurencję, a na rzecz swojego stanowiska przytoczyła następującą argumentację:

✓ W 1999r. łączyły skarżoną z wnioskodawcą umowy na leczenie stacjonarne, pomoc doraźną, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne oraz podstawową opiekę zdrowotną, w 2000r. – umowy na podstawową opiekę zdrowotną, hemodializy i pomoc doraźną, natomiast w 2001r. – umowy na podstawową opiekę zdrowotną, nocną stacjonarną pomoc lekarską, pomoc doraźną oraz ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w zakresie: dermatologii, chorób płuc i gruźlicy, opieki okulistycznej, ginekologiczno-położniczej oraz rehabilitacyjnej.

✓ Kwestionowane przez Zespół narzucanie *„limitów świadczeń pod groźbą nie zawarcia umowy”* nie może się odnosić, w żadnym wypadku, do umów dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej, a to dlatego, iż są one finansowane *„poprzez określenie stawki kapitałowej za objęcie opieką jednego pacjenta przez okres jednego roku. Maksymalna wartość umowy zależy więc od liczby pacjentów zapisanych do danego poz i podlega ciągłym zmianom w ciągu roku.”* Równocześnie, w wypadku pozostałych umów brak jakichkolwiek dowodów wnioskodawczyni na to, by w procedurach zawierania umów kwestionowane przez nią działania *„narzucania”* miały miejsce.

✓ O ile podnoszona przez wnioskodawczynię niezgodność zawieranych przez Kasę postanowień umów tak z Konstytucją, jak i z ustawami (innymi niż ustawa z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...]), może być, co najwyżej, przedmiotem postępowania przed sądem cywilnym, o tyle dla bytu praktyk ograniczających konkurencję, wskazanych przez wnioskodawcę, niezbędne byłoby zajmowanie przez skarżoną pozycji dominującej na rynku relevantnym. Jak dotąd, pomimo tego, że to na Zespole spoczywa ciężar przeprowadzenia dowodu na tę okoliczność, takiego dowodu do akt sprawy nie dołączył.

✓ Nie może się ostać, zdaniem Kasy, także zarzut o *„niezakończonymi ilościami świadczeń zgodnie z prognozami oraz możliwościami przerobowymi ZOZ”*, bowiem dowodzi on braku akceptacji dla nowego systemu kontraktowania usług zdrowotnych, w którym, w miejsce dotychczasowego kryterium przyznawania środków finansowych świadczeniodawcom, tj. wielkości placówki (ilości łóżek, personelu), zastosowano kryterium finansowania konkretnych procedur medycznych w ramach posiadanych przez Kasę środków (a nie – *„mocy przerobowych”* znajdujących się w dyspozycji szpitala).

✓ Nie do przyjęcia są również zarzuty stosowania niejednorodnych warunków w umowach z innymi świadczeniodawcami oraz niestosowania jednolitych zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych w stosunku do wszystkich świadczeniodawców.

W pierwszym wypadku Kasa podniosła, iż kontraktuje ilość usług w zależności, co do zasady, od „stopnia koncentracji osób należących do BKCH. W roku 1999, jak w żadnym innym, koncentracja ta była determinowana rozmieszczeniem osób korzystających z tzw. branżowych (wojsk, policja, PKP) ośrodków zdrowotnych.” Kwestionowane przez wnioskodawcę różnice w cenach za usługi tego samego rodzaju są pochodną kilku czynników, w tym: poziomu referencyjnego (wynikającego w 1999r. z ustaleń, na podstawie art. 31c ust. 4 ustawy z dnia 7 lutego 1997r. o powszechnym [...], Ministra Zdrowia), posiadanych kwalifikacji personelu medycznego, oraz posiadanego sprzętu medycznego. Równocześnie, z pism Zakładu nie wynika, „z którym to świadczeniodawcą z tego samego poziomu referencyjnego, funkcjonującym na tym samym, co wnioskujący, rynku właściwym, BKCH zawarła umowę na innych warunkach.”

Nawiązując do drugiego zarzutu Kasa wskazała, iż w stosunku do wszystkich świadczeniodawców funkcjonujących na obszarze działania Oddziału w Gdańsku (obejmującego swym działaniem obszar wspólny z Zespołem) zawierano umowy tej samej treści co do zasad finansowania (w zakresie terminów i formy, ograniczenia miesięcznej płatności do 1/12 całego kontraktu, możliwości dokonania zapłaty z opóźnieniem oraz określenia maksymalnej wartości umowy), zasad sprawozdawczości, zasad udzielania świadczeń ubezpieczonym, a także sposobu i powodów rozwiązywania umowy. Istniejące różnice, jeśli występowały, wynikały wyłącznie z uwzględnienia konsekwencji stosowania kryteriów oceny ofert (o których mowa w ustawie z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...]) oraz odmiennych: ilości kontraktowanych usług i ich ceny.

✓ Trudny do zrozumienia jest zarzut uzyskiwania przez skarżoną, wskutek domniemanego stosowania praktyk ograniczających konkurencję, nieuzasadnionych korzyści, albowiem, zgodnie z art. 131 ustawy z dnia 7 lutego 1997r. o powszechnym [...], kasy chorych są instytucjami *non profit*. Oznacza to, że nie są one nastawione na jakikolwiek zysk, a wszelkie nadwyżki wynikające w „mniejszego wykonania planu finansowego” muszą być przeznaczone na opłacanie świadczeń zdrowotnych. Należy nadmienić, że w 1999r. Kasa poniosła stratę w wysokości 271,5 mln złotych (nadwyżka kosztów nad przychodami wyniosła aż 14%).

✓ Odpowiadając na zarzut dokonania „pierwotnego i ostatecznego podziału rynku świadczeń zdrowotnych pomiędzy poszczególnych świadczeniodawców” Kasa wskazała, iż jest on trudny do utrzymania w świetle choćby tego, iż „już w 2000 i 2001 ZOZ nie zdecydował się na zawarcie umowy z BKCH na usługi szpitalne.” Jej zdaniem, przytoczone okoliczności wskazują raczej na to, że rynek „podlega stałym przemianom restrukturyzacyjnym, podmiotowym i przedmiotowym.”

**MAJĄC NA WZGLĘDZIE ZEBRANY MATERIAŁ DOWODOWY, PREZES URZĘDU OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW ZWAŻYŁ, CO NASTĘPUJE.**



Przedmiotem niniejszego postępowania antymonopolowego jest rozstrzygnięcie, czy kwestionowane przez SPZZOZ w M. działania Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych z siedzibą w Warszawie polegające, zdaniem skarżącego, na:

- ✓ narzuceniu nieuczciwych warunków zakupu w postaci limitów ilości świadczeń „niezgodnych z prognozą zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne oraz możliwościami przerobowymi wnioskodawcy”,
- ✓ stosowaniu w podobnych umowach z osobami trzecimi (innymi świadczeniodawcami) niejednorodnych warunków umów (różnych limitów i cen tego samego rodzaju świadczeń zdrowotnych), powodujących różnicowanie warunków konkurencji,
- ✓ przeciwdziałaniu ukształtowaniu się warunków niezbędnych do rozwoju konkurencji wskutek „niestosowania” jednolitych zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych w stosunku do wszystkich świadczeniodawców,
- ✓ narzuceniu uciążliwych warunków umów przynoszących nieuzasadnione korzyści wskutek odmowy zapłaty za świadczenia zdrowotne wykonane przez skarżącą ponad limit „narzucony w umowie”,

wyczerpują znamiona ogólnego zakazu nadużywania przez jednego lub kilku przedsiębiorców pozycji dominującej na rynku właściwym, wynikającego z art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], uszczegółowionego następnie w art. 8 ust. 2, odpowiednio, w pkt 1, 3, 5 i 6.

W kontekście powyższego, kwestią wymagającą rozważenia jest, w pierwszej kolejności, to, czy kasom chorych, jako takim, przysługuje przymiot przedsiębiorcy – w rozumieniu art. 4 ust. 1 powołanej ustawy – i czy, tym samym, ich działania mogą podlegać ocenie Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów tej ustawy.

Zgodnie z brzmieniem powołanego przepisu, przez przedsiębiorcę rozumie się nie tylko przedsiębiorcę, o którym mowa w ustawie z dnia 19 listopada 1999r. Prawo działalności gospodarczej (Dz.U. z 1999r., Nr 101, poz. 1178 z późniejszymi zmianami), ale również m.in. osoby fizyczne i prawne, a także jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, organizujące lub świadczące usługi o charakterze użyteczności publicznej, które nie wyczerpują przesłanek działalności gospodarczej w rozumieniu tej ustawy.

Kasy chorych, jako instytucje samorządowe, reprezentujące ubezpieczonych, posiadające osobowość prawną (co wynika z brzmienia art. 66 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...]), nie spełniają pierwszego kryterium przytoczonej definicji, tzn. nie prowadzą – wskutek zakazu wynikającego z art. 4 ust. 7 tej ustawy – działalności gospodarczej (w sensie ustawy z dnia 19 listopada 1999r. Prawo działalności gospodarczej).

W ocenie Prezesa UOKiK, kasy chorych spełniają natomiast drugi warunek, tzn. organizują usługi o charakterze użyteczności publicznej. Działalność prowadzona w tym zakresie ma tę własność, iż wiąże się zazwyczaj z brakiem ekwiwalentności świadczeń (odbiorcy ponoszą jedynie część realnych kosztów uzyskanego świadczenia), nie jest nastawiona na osiąganie zysku (aczkolwiek powinna być prowadzona w oparciu o zasady racjonalności gospodarczej) i wymaga zasilania finansowego ze środ-

ków zewnętrznych, publicznych (patrz: Kosikowski C., Prawo gospodarcze publiczne, Warszawa 1994). Świadczenie usług zdrowotnych, wyczerpując powyższe przesłanki, może być zatem uznane za działalność o charakterze publicznym.

Nie budzi wątpliwości, iż podmiotami świadczącymi usługi o charakterze użyteczności publicznej, a więc przedsiębiorcami z punktu widzenia ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], są niewątpliwie zakłady opieki zdrowotnej. Kasy chorych, co oczywiste, nie zajmując się bezpośrednio świadczeniem usług tego rodzaju, są jednak zobowiązane do zapewnienia ubezpieczonym szeregu świadczeń wymienionych w art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...], a obowiązek ten realizują zarówno poprzez zawieranie stosownych umów z zakładami opieki zdrowotnej i osobami wykonującymi zawód medyczny (art. 53 ust. 1 ww. ustawy), uprzednio określając warunki dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych, zapewnienia ich jakości i dostępności, rozliczania kosztów i mechanizmów ograniczania wzrostu tych kosztów (art. 53 ust. 2), jak i kontrolę wykonania zawartych umów (na podstawie art. 61).

Mając na względzie wyniki powyższej analizy, organ antymonopolowy przyjął, iż działania Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych z siedzibą w Warszawie, jako osoby prawnej „*kreującej [szeroko rozumiany] rynek usług publicznych*”, a tym samym – przedsiębiorcy, w sensie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], mogą podlegać ocenie z punktu widzenia przepisów tej ustawy.<sup>1</sup>

Ewaluacja dokonywana w tym przedmiocie przez Prezesa UOKiK ma, z konieczności, ograniczony zakres: pomija – z oczywistych względów – nie tylko rozstrzygnięcie zagadnienia poprawności konstrukcji systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz oczekiwania wnioskodawczyni w przedmiocie „*zgodnej z prawem wykładni przepisów regulujących funkcjonowanie [tego – dop. Prezesa UOKiK] systemu*”, ale i odpowiedź na pytanie, czy skarżona, w sposób właściwy, realizuje nałożone na nią ustawowo obowiązki, tj. czy skutecznie zabezpiecza potrzeby osób ubezpieczonych, bowiem ochrona ich interesu należy, z mocy art. 151 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...], do zadań Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, koncentruje się natomiast na analizie wpływu decyzji Kasy, zwłaszcza dotyczących treści umów i procedur związanych z ich zawieraniem, na rynek świadczeń zdrowotnych oraz przedsiębiorców na nim funkcjonujących (kas chorych, świadczeniodawców) i zgodności (bądź niezgodności) działań skarżonej z treścią art. 8 ust. 2 pkt 1, 3, 5 i 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...].

Wypełnienie postulatu zapewnienia poprawności metodologicznej tak określonego obszaru oceny wymaga łącznego przeprowadzenia, co najmniej, następujących działań:

- ✓ delimitacji rynku relewantnego (istotnego, właściwego w sprawie),
- ✓ ustalenia, czy na tak zdefiniowanym rynku skarżony przedsiębiorca

---

<sup>1</sup> Godzi się zauważyć, iż trafność takiego podejścia potwierdza m.in. wyrok Sądu Antymonopolowego z dnia 13 sierpnia 2001r., sygn. akt XVII Ama 114/00; patrz też w tej sprawie: Fedorowicz H., Pielęgniarki mogą samodzielnie świadczyć usługi. Monopolistyczne praktyki Małopolskiej Kasy, Rzeczpospolita z dnia 17 sierpnia 2001r.

zajmuje pozycję dominującą,

✓ zbadania, czy – w wypadku pozytywnego rozstrzygnięcia tej kwestii – pozycja ta została przez niego nadużyta.

Praktyki ograniczające konkurencję w każdym wypadku ujawniają się na rynku, a władza rynkowa przedsiębiorcy nie realizuje się na rynku pojętym ogólnie lecz na rynku istotnym w konkretnej sprawie (w wymiarach, co najmniej, przedmiotowym, przestrzennym i czasowym), z właściwymi mu relacjami konkurencyjności, obejmującymi tych „uczestników gry rynkowej”, w stosunku do których toczy się postępowanie antymonopolowe. Delimitacja rynku relewantnego i ustalenie pozycji zajmowanej na nim przez Kasę stanowi zatem kluczowy punkt dalszych rozważań odnośnie naruszenia (bądź nie) przez skarżoną przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], a w szczególności jej art. 8 ust 2 pkt 1, 3, 5 i 6.

Dla potrzeb ustalenia rynku relewantnego, odnoszącego się do przedsiębiorcy, w stosunku do którego toczy się postępowanie antymonopolowe i zarazem wskazującego, czy i w jakim stopniu jest on poddany współzawodnictwu ze strony konkurentów, tj. przedsiębiorców działających w porównywalnych warunkach, konieczna jest analiza tych wszystkich elementów, które mają decydujące znaczenie dla treści relacji konkurencyjnych. W świetle powołanej definicji widać, że określenie rynku relewantnego nie może zostać ograniczone do wymiaru przedmiotowego (towaru lub świadczonej usługi) lecz powinno zawierać również inne składniki, m.in. terytorialny i czasowy.

W okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy szeroko rozumiany wymiar przedmiotowy rynku wynika wprost z zapisów ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...], wprowadzającej w art. 1 „*powszechne obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne*”, i zlecającej czynności z nimi związane, zgodnie z brzmieniem art. 4 ust. 1, instytucjom ubezpieczenia zdrowotnego, zwanym kasami chorych. Oznacza to, iż na rynku przedmiotowym, zdefiniowanym jak wyżej (realizacja powszechnych świadczeń zdrowotnych), instytucje te uzyskały szczególną pozycję: wyłącznie one – w warunkach przyznanego im ustawowo „*monopolu*” i w granicach wskazanego przez ustawodawcę obszaru działania – „*gromadzą środki finansowe służące realizacji świadczeń zdrowotnych, zarządzają nimi oraz zawierają umowy na udzielanie tych świadczeń*” (art. 4 ust. 2).

Poczynione uwagi organ antymonopolowy odnosi, w szczególności do skarżonej, tj. Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych z siedzibą w Warszawie, utworzonej na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998r. (Dz.U. z 1998r., Nr 148, poz. 969 ze zmianami), oraz Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych z siedzibą w Gdańsku, którą powołano na podstawie § 1 punkt 1 i 2 ppkt 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 grudnia 1998r. w sprawie utworzenia regionalnych Kas Chorych i ich oddziałów, określenia ich siedzib i obszaru działania oraz nadania im statutów (Dz.U. z 1998r., Nr 152, poz. 989), które – od momentu ich powołania, tj. od dnia 1 stycznia 1999r. – stały się jedynymi, na obszarze objętym działalnością Zespołu, instytucjami uprawnionymi do zawierania i finansowania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych.

Wyjaśnieniu, czy i w jakim stopniu Branżowa Kasa Chorych, funkcjonując

na rynku świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz ubezpieczonych na obszarze objętym działalnością skarżącego przedsiębiorcy, „*była i jest poddana współzawodnictwu ze strony innych konkurentów*” (tu: Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych), a w konsekwencji – ustaleniu, jaką na tym rynku pozycję zajmowała i zajmuje, służy, zdaniem Prezesa UOKiK, w pierwszym rzędzie, analiza przepisów regulujących w latach 1999-2002 procedury pozyskiwania przez kasy chorych członków, na rzecz których miałyby działać.

I tak, zgodnie z treścią art. 168a ust. 1 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...], osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego stały się, z jej mocy, z dniem 1 stycznia 1999r., członkami regionalnej kasy chorych właściwej dla ich miejsca zamieszkania, z wyłączeniem, na podstawie art. 168a ust. 2, osób odpowiadających warunkom określonym w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998r. w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych, które, po złożeniu do dnia 31 grudnia 1998r. pisemnej deklaracji członkostwa, stały się, również z dniem 1 stycznia 1999r., członkami tej Kasy. Równocześnie, jak wynika z brzmienia art. 168b powołanej ustawy wniosek ubezpieczonego o zmianę członkostwa w kasie chorych mógł zostać uwzględniony nie wcześniej niż z dniem 1 stycznia 2000r. (z wyjątkiem przypadku zmiany miejsca zamieszkania poza obszar działania kasy chorych, której ubezpieczony był dotychczas członkiem).

Z kolei, z mocy § 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 stycznia 2000r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych (Dz.U. z 2000r., Nr 2, poz. 16), jej członkami mogły być już nie tylko osoby z tzw. „*uprawnieniami mundurowymi*”, ale, po złożeniu deklaracji przystąpienia do Kasy bądź wniosku o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, również inne osoby.

Procedurę zmiany kasy chorych uregulowano, w sposób kompleksowy, w ustawie z dnia 20 lipca 2001r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2001r., Nr 88, poz.961). W aktualnym stanie prawnym, obowiązującym od dnia 27 września 2001r., zgodnie z postanowieniami art. 16 ust. 12 i 13 znowelizowanej ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...], osoby, zainteresowane zmianą mogą ją zrealizować poprzez złożenie wniosku o ubezpieczenie za pośrednictwem płatnika ich składki, który przekazuje ten wniosek do 15 dnia następnego miesiąca wskazanej kasie. Kasa chorych, do której skierowany został wniosek, ubezpiecza wnioskodawcę od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wniosek został przekazany.

Zdaniem Prezesa UOKiK, przywołane wyżej przepisy nie pozostawiają wątpliwości, iż w latach 1999-2002, wobec faktu zróżnicowanego podejścia ustawodawcy do kwestii swobody wyboru kasy chorych przez ubezpieczonych, skarżona znajdowała się w dwóch odmiennych sytuacjach:

✓ w okresie pomiędzy dniem 1 stycznia 1999r. i dniem 4 stycznia 2000r. była jedyną instytucją „*gromadzącą* – na rzecz osób odpowiadających warunkom określonym w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998r. w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych – *środki finansowe służące realizacji świadczeń zdrowotnych, zarządzającą nimi oraz zawierającą umowy na*

*udzielanie tych świadczeń*,

✓ w okresie pomiędzy dniem 4 stycznia 2000r. a datą wszczęcia niniejszego postępowania (i w czasie jego prowadzenia) pozostawała, w zakresie utrzymywania i pozyskiwania nowych członków z terenu działania SPZZOZ w M., w „*relacjach konkurencyjnych*” z Pomorską Regionalną Kasą Chorych.

Poszerzenie procesu delimitacji rynku relewantnego o kryterium czasowe, stanowiące wyróżnik tych sytuacji, powoduje, iż uczestników tego samego rynku przedmiotowego, zlokalizowanego w określonej przestrzeni geograficznej (tu: rynku świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz ubezpieczonych na obszarze objętym działalnością skarżącego przedsiębiorcy), tj. skarżoną i Pomorską Regionalną Kasą Chorych, należy przypisać:

✓ w okresie do dnia 4 stycznia 2000r. – do odrębnych, rozłącznych, rynków relewantnych, na których, działając na rzecz wskazanych im, z mocy prawa, grup ubezpieczonych (i tylko tych grup), zajmowali pozycję monopolistyczną,

✓ w okresie od dnia 4 stycznia 2000r. – do wspólnego rynku relewantnego, na którym pozostają w „*relacji konkurencyjności*”.

Biorąc pod uwagę fakt, iż stawiane Branżowej Kasie Chorych zarzuty dotyczą domniemanego nadużycia pozycji dominującej (monopolistycznej), którą z woli ustawodawcy zajmowała, bez wątpienia, w okresie do dnia 4 stycznia 2000r., ale posiadanie której po tej dacie nie może już być wywiedzione z ww. przesłanki, Prezes UOKiK, w kolejnym kroku, niezbędnym dla rozstrzygnięcia niniejszego sporu, zbadał, czy skarżonej, funkcjonującej od dnia 4 stycznia 2000r. na rynku relewantnym, właściwym dla tego okresu czasu, taką pozycję również można przypisać.

W celu identyfikacji „*sily przetargowej*” uczestników tak zdefiniowanego rynku organ antymonopolowy posłużył się estymatorem w postaci poziomu miernika określającego udział ilości osób ubezpieczonych w Branżowej Kasie Chorych znajdujących się pod opieką SPZZOZ w M. w stosunku do łącznej ilości osób ubezpieczonych, należących do skarżonej i Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych, objętych opieką tego Zespołu (por. tablicę 1).

Tablica 1

Osoby ubezpieczone, należące do Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych z siedzibą w Warszawie i Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych z siedzibą w Gdańsku, korzystające z usług świadczonych przez SPZZOZ w M. w latach 2000-2002

<b>STAN NA DZIEŃ</b>	<b>ILOŚĆ OSÓB NALEŻĄCYCH DO BKCHdSM*</b>	<b>ILOŚĆ OSÓB NALEŻĄCYCH DO PRKCH**</b>	<b>ŁĄCZNA ILOŚĆ OSÓB NALEŻĄCYCH DO BKCHdSM I PRKCH</b>	<b>(2/4) * 100%</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
31.01.2000				4,07%
29.02.2000				3,52%
31.03.2000				3,55%
30.04.2000				3,55%

31.05.2000				3,55%
30.06.2000				3,30%
31.07.2000				3,36%
31.08.2000				3,36%
30.09.2000				3,42%
31.10.2000				3,35%
30.11.2000				3,37%
31.12.2000				3,36%
31.01.2001				3,42%
28.02.2001				3,48%
31.03.2001				3,60%
30.04.2001				3,33%
31.05.2001				3,42%
30.06.2001				3,17%
31.07.2001				3,33%
31.08.2001				3,22%
30.09.2001				3,40%
31.10.2001				3,10%
30.11.2001				3,03%
31.12.2001				7,79%
31.01.2002				7,26%
28.02.2002				7,40%

\* *Branżowa kasa Chorych dla Służb Mundurowych z siedzibą w Warszawie*

\*\* *Pomorska Regionalna Kasa Chorych z siedzibą w Gdańsku*

Mając na względzie zarówno to, iż stosownie do treści art. 4 ust. 9 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], przez pozycję dominującą rozumie się „*pozycję przedsiębiorcy, która umożliwia mu zapobieganie skutecznej konkurencji na rynku właściwym przez stworzenie mu możliwości działania w znacznym zakresie niezależnie od konkurentów, kontrahentów oraz konsumentów; domniemywa się, że przedsiębiorca ma pozycję dominującą, jeżeli jego udział w rynku przekracza 40%*”, jak i to, że w badanym okresie, tj. pomiędzy styczniem 2000r. i lutym 2002r. udział Branżowej Kasy Chorych w rynku relewantnym nie przekraczał nawet 8% (wobec ponad 92% Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych), Prezes UOKiK uznał, iż w tych okolicznościach nie sposób przypisać jej, żadną miarą, posiadania, w tym czasie, takiej pozycji. Zebrany w aktach sprawy materiał dowodowy oraz przeprowadzona, na jego podstawie, analiza „*zdolności konkurencyjnej*” obu Kas Chorych pozwalają zatem na stwierdzenie, iż zarzuty Zakładu mogą dotyczyć tylko i wyłącznie okresu od dnia 1 stycznia 1999r. do dnia 4 stycznia 2000r., bowiem po tej dacie skarżona, wskutek utraty uprzywilejowanej pozycji na rynku relewantnym, nie mogła już jej nadużyć, a w konsekwencji – naruszyć, w zakresie wynikającym z wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego, przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...].

Mimo, iż w świetle dokonanych ustaleń, zajmowanie przez Branżową Kasę Chorych uprzywilejowanej pozycji w okresie do 4 stycznia 2000r. nie budzi wątpliwo-

ści, to należy podnieść, iż ustawodawca nie zakazuje jej posiadania, sankcjonowaniu podlegają natomiast wszelkie działania dominanta zmierzające do wykorzystania władzy rynkowej w sposób sprzeczny z prawem konkurencji.

W kontekście poczynionych uwag, jak i zebranego w trakcie postępowania antymonopolowego materiału dowodowego, zarzut kierowany pod adresem Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych przez SPZZOZ w M., tj. podejmowania przez nią działań niezgodnych z ustawą z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], polegających m.in. na „wymuszaniu” zgody skarżącego na wprowadzanie, „pod groźbą nie zawarcia”, do umów z lat 1999-2002 zapisów określających ilości świadczeń „niezgodnych z prognozą zapotrzebowania [...] oraz możliwościami przerobowymi wnioskodawcy”, a także na odmowie zapłaty za wykonanie świadczeń ponad „limit wykonany w umowie”, nie może się ostać.

Na rzecz stanowiska Prezesa UOKiK przemawiają m.in. następujące przesłanki:

✓ Jest między stronami niesporne, iż w 1999r. łączyły je „umowy na leczenie stacjonarne, pomoc doraźną, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne oraz podstawową opiekę zdrowotną”, z kolei w 2000r. – „umowy na podstawową opiekę zdrowotną, hemodializy i pomoc doraźną”, natomiast w 2001r. – „umowy na podstawową opiekę zdrowotną, nocną stacjonarną pomoc lekarską, pomoc doraźną oraz ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w zakresie: dermatologii, chorób płuc i gruźlicy, opieki okulistycznej, ginekologiczno-położniczej oraz rehabilitacyjnej”, jak i to, że z wyjątkiem umów dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej, wszystkie pozostałe „zakładały limitowanie świadczeń zdrowotnych, które strona wnioskująca mogła wykonać na rzecz pacjentów ubezpieczonych w Kasie”.

✓ Zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...]:

- kasa chorych, w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą, działając po myśli art. 4 ust. 2, gromadzi środki finansowe służące realizacji świadczeń zdrowotnych, zarządza nimi oraz zawiera umowy na udzielanie tych świadczeń,
- świadczenia zdrowotne są, odpowiednio do treści art. 4 ust. 3, udzielane w ramach środków finansowych znajdujących się w posiadaniu kasy (w taki jednak sposób, by – jednocześnie – odpowiadały zarówno aktualnej wiedzy, jak i praktyce medycznej),
- zawieranie przez kasę umów o udzielanie świadczeń odbywa się, zgodnie z brzmieniem art. 54 ust. 1, po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert, którego procedury reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. z 1998r., Nr 148, poz. 978 z późniejszymi zmianami),
- zawierając umowę kasa jest zobowiązana do przestrzegania zarówno zasady zrównoważenia kosztów z przychodami (art. 53 ust. 3 pkt 1), jak i zasady, że suma kwot jej zobowiązań wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w planie finansowym

kasy (art. 53 ust. 3 pkt 2),

- zawierane przez kasę umowy powinny określać nie tylko rodzaj i zakres udzielanych świadczeń (art. 53 ust. 4 pkt 1), warunki i zasady ich udzielania (pkt 2), zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami (pkt 3), ale także – maksymalną kwotę zobowiązania kasy wobec świadczeniodawcy (pkt 4).

✓ Wymienione zobowiązania i powinności nałożone przez ustawodawcę na kasy chorych, aczkolwiek nie jedyne w tej mierze<sup>2</sup>, nie pozostawiają wątpliwości, iż ich zamierzonym celem jest stymulowanie dokonywania przez te instytucje – w ramach uruchamianych przez nie procedur konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych – racjonalnych wyborów, tak, aby uwzględniały one zarówno ich rzeczywistą zdolność płatniczą (zdolność do ponoszenia określonych wydatków w ramach planu finansowego), jak i zapewniały ubezpieczonym możliwość wyboru świadczeniodawcy oraz odpowiedni poziom świadczeń i ich dostępność.

✓ Dokonując tych wyborów kasy nie mogą abstrahować, co oczywiste, od prognoz zapotrzebowania na usługi zdrowotne, ale z woli ustawodawcy zarówno tym prognozom, jak i „*posiadany* – przez świadczeniodawców – *moc* *przerobowym*” nadano znaczenie co najwyżej informacyjne, bowiem, jak to słusznie podniosła skarżona – „*w miejsce dotychczasowego kryterium przyznawania środków finansowych [...], tj. wielkości placówki (ilości łóżek, personelu), zastosowano kryterium finansowania konkretnych procedur medycznych w ramach posiadanych przez Kasę środków (a nie „mocy przerobowych” znajdujących się w dyspozycji szpitala)*”.

✓ Wolno sądzić, iż w tak skonstruowanym systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych podstawą relacji między kasą chorych a świadczeniodawcami jest, co do zasady, umowa cywilnoprawna, której integralną część stanowi, z mocy art. 53 ust. 4 pkt 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...], obligatoryjny zapis określający „*maksymalną kwotę zobowiązania kasy wobec świadczeniodawcy*”. Równocześnie, nie można jednak pominąć faktu, iż treść tego zapisu stanowi przedmiot sporów prowadzonych zarówno przed sądami cywilnymi, jak i – w wypadku niniejszego postępowania – przed Prezesem UOKiK.

✓ Wiele wskazuje na to, że w kształtującej się linii orzeczniczej sądów cywilnych przeważa pogląd, zgodnie z którym „*maksymalne zobowiązanie kasy*” uznaje się za wiążące w rozliczeniach między stronami.<sup>3</sup> Kształtowanie się takiego stanowi-

---

<sup>2</sup> Jak podnosi się w piśmiennictwie, „*Należy także mieć na względzie zasady gospodarki finansami publicznymi, jako że kasy w 2000r. zostały włączone do sektora finansów publicznych. Oprócz zwiększenia kontroli państwa nad systemem oznacza to dodatkowe ograniczenia w dysponowaniu środkami publicznymi, jakimi są składki na ubezpieczenia zdrowotne. W razie zaś przekroczenia planu finansowego zarząd kasy może ponosić odpowiedzialność za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Na straży dyscypliny finansów kas chorych stoi także Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ). [...] Jeżeli kasa prowadzi gospodarkę finansową sprzecznie z prawem, a więc w sposób zawiniony uparczywie przekracza plan finansowy, UNUZ może ingerować poczynając od nałożenia kary pieniężnej na członków zarządu kasy, kończąc na ustanowieniu zarządu komisarycznego.*” (por. Pawłowski I., Limitowanie świadczeń zdrowotnych. Spory sądowe kas chorych ze szpitalami, Rzeczpospolita z dnia 11 lipca 2002r.)

<sup>3</sup> Teza ta może znaleźć uzasadnienie w dziewięciu wyrokach, w tym trzech sądu apelacyjnego wydanych w gdańskim okręgu apelacyjnym, oddalających roszczenia zakładów opieki zdrowotnej w zakresie zapłaty z tytułu wykonanych przez nie „*świadczeń ponadlimitowych*” (por. Pawłowski I., Limitowanie ...)



ska jest *implicite* przyzwoleniem na to, by kasy, zgodnie z literą ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...], poprzez limitowanie wielkości środków finansowych przeznaczanych na realizację kontraktów uzyskały *de facto* możliwość limitowania ilości wykonywanych przez świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych.

✓ W istniejącym stanie faktycznym, zarzut odmowy finansowania przez Branżową Kasę Chorych usług zrealizowanych przez Zespół, ponad ustalone w umowach limity, jest o tyle chybiony, iż Kasa, tak w roku 1999, jak i w latach następnych podejmowała starania zmierzające do rozwiązania tego problemu, albo poprzez dążenie do zawarcia „*dodatkowych porozumień*” (w 1999r.), albo poprzez wprowadzenie zasad finansowania „*usług ponadlimitowych*” do umów zawieranych w 2000r. oraz do obowiązujących w 20001r. „*Ogólnych warunków umów*”. Godzi się jednocześnie zauważyć, iż zawisłe przed Sądem Okręgowym w Gdańsku, z powództwa Zespołu, postępowanie w sprawie zapłaty za „*usługi ponadlimitowe*” zrealizowane w 1999r., wskutek tego, że „*Szpital nie zgodził się na sfinansowanie tych usług po cenach możliwych do zapłacenia przez Kasę w ramach planu finansowego*” zakończyło się oddaleniem pozwu skarżącego.

Biorąc pod uwagę powołane przesłanki, Prezes UOKiK uznał, iż w ich świetle nie sposób stwierdzić, odmiennie niż chciałby tego skarżący, stosowania przez Kasę praktyk ograniczających konkurencję, zakazanych z mocy art. 8 ust. 2 pkt 1 i 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...].

Zdaniem organu antymonopolowego, gdyby nawet przyjąć, iż, ze względu na pozycję zajmowaną przez skarżoną w okresie do dnia 4 stycznia 2000r., kwestionowane postanowienia umowne zostały Zespołowi „*narzucone*” (choć, jak twierdzi Kasa, w każdym wypadku „*przeprowadzała konkursy ofert, w trakcie których zapraszała oferentów do negocjacji. Nikt nie był przymuszany do zawarcia umowy. Jeżeli strony nie dochodziły do porozumienia w sprawie ceny – spisywały protokół rozbieżności.*”), to nie można im przypisać ani atrybutu „*nieuczciwość*”, ani, tym bardziej, „*uciążliwość*”, a to dlatego, że są one, w istocie, związane bezpośrednio z wykonaniem obowiązku nałożonego na Kasę zarówno mocą art. 53 ust. 4 pkt 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...], tj. ustalenia, dla każdego kontraktu, „*maksymalnej kwoty zobowiązania [...] wobec świadczeniodawcy*”, jak i obowiązku wynikającego z treści art. 53 ust. 3 pkt 3, stanowiącego, iż łączna wartość kwot jej zobowiązań wobec świadczeniodawców, ze wszystkich zawartych umów, musi się mieścić w planie finansowym.

W tych okolicznościach, jeżeli nawet skarżony odczuwa, subiektywnie, dolegliwość „*rygorystycznych*” warunków kontraktowania (przejawiających się w postaci zaniżonych, w stosunku do potrzeb ubezpieczonych i jego możliwości „*przerobowych*”, ilości zamawianych świadczeń, jak i zbyt niskich stawek oferowanych za ich wykonanie), to i tak brak jest wystarczającego uzasadnienia dla wiązania jej z domniemanym nadużyciem przez Kasę pozycji dominującej zamiast z konsekwencjami wynikającymi z ograniczonej ilości środków pieniężnych, którymi jest zasilany system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych (a w konsekwencji – kasy chorych).

Zdaniem Prezesa UOKiK, nie sposób również uznać, by Branżowa Kasa Chorych nadużyła posiadanej pozycji dominującej bądź to poprzez stosowanie w podobnych porozumieniach z osobami trzecimi (innymi świadczeniodawcami) niejednoli-

tych warunków umów, powodujących nieuzasadnione zróżnicowanie warunków konkurencji, bądź to poprzez „niestosowanie” jednolitych zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych w stosunku do wszystkich świadczeniodawców, naruszając w ten sposób przepisy art. 8 ust. 2 pkt 3 i art. 8 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...].

Jest poza sporem, iż działania Kasy w przedmiocie zawierania i treści umów wynikają wprost z zapisu art. 54 ust 1 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...] oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. z 1998r., Nr 148, poz. 978 z późniejszymi zmianami). Przywołane akty prawne określają zarówno tryb przeprowadzenia konkursu oraz kryteria porównywania ofert, jak i reguły wyboru ofert kwalifikowanych do realizacji.

Stosownie do tych postanowień, Kasa, uruchamiając procedurę konkursową, przygotowuje szczegółowy opis przedmiotu konkursu, a jednym z jego elementów jest każdorazowo jednolity wzór umowy dla poszczególnych rodzajów świadczeń, podpisywanej po rozstrzygnięciu konkursu z wybranymi świadczeniodawcami. Równocześnie, z mocy postanowienia § 13 ust. 3 wspomnianego rozporządzenia, dopuszczalny zakres zróżnicowania treści umów może być wyłącznie pochodną rokowań między stronami co do ilości i ceny nabywanych przez kasy chorych od świadczeniodawców usług zdrowotnych.

Jak wynika z akt sprawy, Branżowa Kasa Chorych tym wymogom nie uchybiła, albowiem zawiera ze wszystkimi świadczeniodawcami funkcjonującymi na obszarze działania jej oddziału w Gdańsku umowy tej samej treści *„co do zasad finansowania (w zakresie terminów i formy, ograniczenia miesięcznej płatności do 1/12 całego kontraktu, możliwości dokonania zapłaty z opóźnieniem oraz określenia maksymalnej wartości umowy), zasad sprawozdawczości, zasad udzielania świadczeń ubezpieczonym, a także sposobów i powodów rozwiązania umowy.”* Istniejące różnice w zakresie postanowień umów (dotyczących tego samego rodzaju świadczeń) ograniczały się jedynie do ilości i ceny kontraktowanych świadczeń, czyli nie przekraczały zakresu dopuszczonego przez ustawodawcę. Należy nadmienić, że uzasadnienie tego zróżnicowania nie budzi zastrzeżeń Prezesa UOKiK, bowiem jest oczywiste, iż – jak podniosła skarżona – *„trudno finansować taką samą usługę, po takiej samej cenie nie uwzględniając [tego, że – dop. Prezesa UOKiK] stawka za usługę jest uzależniona od tego jaki poziom usług oferuje szpital, jakich specjalistów zatrudnia, jak również na jakim sprzęcie i w jakich pomieszczeniach są one świadczone.”*

Jeżeli zatem Kasa, zawierając ze świadczeniodawcami umowy, nie działała bezprawnie albo w zakresie organizacji konkursu ofert, albo w trakcie procesu wyboru oferentów (a brak na to dowodów), to nie sposób uznać, by posiadana przez siebie pozycję dominującą nadużyła i – w ten sposób – naruszyła swoim działaniem przepisy ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...].

Mając na względzie powyższe, orzeczono, jak w sentencji.

W zakończeniu Prezes UOKiK chciałby podnieść, iż gdyby nawet zebrany w niniejszej sprawie materiał dowodowy uzasadniał wydanie decyzji uznającej kwestionowane przez Zespół działania Kasy za ograniczające konkurencję i nakazującej zaniechanie ich stosowania, to mogłaby ona dotyczyć wyłącznie okresu od dnia 1 stycznia 1999r. do dnia 4 stycznia 2000r., w którym to okresie skarżona zajmowała, na odpowiednim dla przedmiotu jej działania rynku relewantnym, z mocy prawa, pozycję monopolistyczną, a którą to pozycję utraciła po dniu 4 stycznia 2000r., w sposób trwały (jej udział w rynku spadł, jak wynika z danych zawartych w tablicy 1, do poziomu poniżej 10%), wskutek umożliwienia przez ustawodawcę wyboru przez ubezpieczonego przynależności do określonej kasy, i w związku z tym, dopuszczenia konkurencji pomiędzy kasami w zakresie pozyskiwania nowych członków. W tej jednak sytuacji Prezes UOKiK, mając na względzie zmiany, które nastąpiły, mógłby, co najwyżej, uznać, iż wypełniona została dyspozycja art. 10 ust. 1 ustawy i wydać, po myśli art. 10 ust. 2, decyzję o uznaniu zachowania Kasy za praktykę ograniczającą konkurencję w okresie od 1 stycznia 1999r. do dnia 4 stycznia 2000r., oraz stwierdzić jej zaniechanie po dniu 4 stycznia 2000r.

O kosztach niniejszego postępowania Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów rozstrzygnie w drodze odrębnego postanowienia, co dopuszcza treść art. 75 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...].

**POUCZENIE:** Od decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów służy odwołanie do Sądu Okręgowego – Sądu Antymonopolowego za pośrednictwem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów Delegatury w Gdańsku w terminie 14 dni od daty jej doręczenia.

Z upoważnienia Prezesa UOKiK  
Dyrektor Delegatury UOKiK w Gdańsku  
Roman Jarząbek