



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

Gdańsk, dnia 8 sierpnia 2003r.

**RGD.57-3/02/03**

**DECYZJA NR RGD.13/2003**

**I.**

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) oraz stosownie do art. 28 ust. 6 tej ustawy, a także § 6 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2002r. w sprawie określenia właściwości miejscowej i rzeczowej delegatur Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Dz.U. Nr 18, poz. 172), po przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego wszczętego na wniosek przedsiębiorcy **SZPITAL SPECJALISTYCZNY W G.** przeciwko **NARODOWEMU FUNDUSZOWI ZDROWIA Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE** (w dacie wszczęcia postępowania: **POMORSKIEJ REGIONALNEJ KASIE CHORYCH Z SIEDZIBĄ W GDAŃSKU**), występując w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, nie stwierdza się stosowania przez skarżonego przedsiębiorcę praktyk ograniczających konkurencję, zakazanych z mocy art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie [...], polegających na nadużywaniu przez niego pozycji dominującej zajmowanej na rynku realizacji powszechnych świadczeń zdrowotnych, ograniczonym terytorialnie do obszaru województwa pomorskiego, poprzez umieszczenie w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stacjonarnego (nr 11R/000004/101/2002), procedur terapeutycznych (nr 11R/000004/202/2002) i diagnostycznych (nr 11R/000004/203/2002), a także ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (nr 11R/000004/102/2002), postanowień dotyczących *prawa stron do wypowiedzenia części umowy, w szczególności z powodu zmian systemu kontraktowania lub rozliczania usług zdrowotnych lub zmian w zapotrzebowaniu na usługi zdrowotne*, jak i *prawa do wypowiedzenia umowy bez podania przyczyny*, w drodze trzymiesięcznego wypowiedzenia na koniec miesiąca kalendarzowego.

**II.**

Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2000r., Nr 122, poz. 1319 z późniejszymi zmianami) oraz stosownie do art. 28 ust. 6 tej ustawy, a także § 6 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2002r. w sprawie określenia właściwości miejscowej i rzeczowej

**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**

wej delegatur Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Dz.U. Nr 18, poz. 172), po przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego wszczętego na wniosek przedsiębiorcy **SZPITAL SPECJALISTYCZNY W G.** przeciwko **NARODOWEMU FUNDUSZOWI ZDROWIA Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE** (w dacie wszczęcia postępowania: **POMORSKIEJ REGIONALNEJ KASIE CHORYCH Z SIEDZIBĄ W GDAŃSKU**), występując w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, uznaje się za ograniczającą konkurencję i naruszającą zakaz, o którym mowa w art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie [...], praktykę, polegającą na nadużywaniu przez skarżonego przedsiębiorcę pozycji dominującej zajmowanej przez niego na rynku realizacji powszechnych świadczeń zdrowotnych, ograniczonym terytorialnie do obszaru województwa pomorskiego, poprzez próbę narzucenia, w aneksie nr 2/03 z dnia 13 marca 2003r. do umowy nr 11R/000004/102/2002, zapisu dozwalającego skarżonemu przedsiębiorcy, w wypadku pogorszenia się – wskutek spadku wpływów ze składek– jego sytuacji finansowej, na jednostronną zmianę warunków tej umowy w drodze jednomiesięcznego wypowiedzenia.

### UZASADNIENIE

Do Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Gdańsku wpłynął wniosek przedsiębiorcy Szpital Specjalistyczny w G. zawierający żądanie wszczęcia postępowania antymonopolowego przeciwko Pomorskiej Regionalnej Kasie Chorych z siedzibą w Gdańsku (od dnia 1 kwietnia 2003r.: Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w Warszawie) „*nadużywającej – zdaniem wnioskodawcy – swej pozycji dominującej*” i „*uznanie praktyki [...] za ograniczającą konkurencję*”.

W uzasadnieniu wystąpienia podniesiono, co następuje.

1. Szpital zawarł z Kasą trzy umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, tj. w zakresie:

- ✓ leczenia stacjonarnego (umowa nr 11R/000004/101/2002),
- ✓ procedur terapeutycznych (umowa nr 11R/000004/202/2002),
- ✓ procedur diagnostycznych (umowa nr 11R/000004/203/2002).

2. Wymienione w punkcie 1 umowy, określające w szczególności maksymalną kwotę zobowiązania Kasy wobec Szpitala w roku 2002, zostały zawarte na czas określony. Celem umowy na czas określony oraz zapisu przewidującego maksymalny poziom zobowiązania Kasy jest „*zapewnienie trwałości stosunku prawnego i ochrony stron umowy.*” Tymczasem Kasa, „*nadużywając swojej pozycji dominującej wymusiła na Szpitalu zawarcie umów na warunkach przez nią narzuconych, o wiele mniej korzystnych niżby to wynikało z nieskrępowanych mechanizmów rynkowych, w warunkach istnienia konkurencji.*”

3. Podstawowym przedmiotem zaskarżenia jest wprowadzenie do zawartych umów przepisów umożliwiających Kasie ich wypowiedzenie bądź to na podstawie „*jakiegokolwiek przyczyny*”<sup>1</sup>, bądź nawet „*bez podawania przyczyny*”<sup>2</sup>. Przyzna-

---

<sup>1</sup> W powołanych § 26 i § 28 przedmiotowych umów ust. 1 posiada brzmienie: „*Każdej ze*

nie Szpitalowi praw analogicznych *„zostało uczynione tylko i wyłącznie dla pozoru, aby +na papierze+ nie została złamana zasada równości stron umowy.”* Równocześnie, *„prawo wypowiedzenia umowy po stronie Szpitala jest prawem martwym, albowiem w przypadku wypowiedzenia takiej umowy i jej rozwiązania Szpital utraciłby podstawowe źródło finansowania i rację swojego bytu, wobec dominującej pozycji Kasy.”*

4. Kasa, pismami z dnia 29 lipca 2002r., korzystając z dyspozycji – odpowiednio – § 26 ust. 1, § 28 ust. 1 i § 28 ust. 1, wypowiedziała umowy – odpowiednio – o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: leczenia stacjonarnego (11R/000004/101/2002), procedur terapeutycznych (11R/000004/202/2002) i procedur diagnostycznych (11R/000004/202/2002) w części dotyczącej ceny kontraktowanych świadczeń zdrowotnych oraz wartości maksymalnego poziomu finansowania.

5. Narzucanie w umowach prawa do jednostronnego wypowiedzenia w trakcie ich realizacji, w sytuacji, kiedy stanowią one podstawę konstruowania przez Szpital swojego budżetu, oraz zmiany w poziomie cen i maksymalnej wartości kontraktów stanowią *„ewidentne pogwałcenie zasady równowagi stron kontraktu w następstwie nadużycia pozycji dominującej Kasy Chorych.”*

Zdaniem wnioskodawcy, wymienione wyżej działania skarżonej pozostają w sprzeczności z przepisami ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2000r., Nr 122, poz. 1319 z późniejszymi zmianami) i jako takie powinny być przez organ antymonopolowy zakazane.

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, biorąc pod uwagę zarzuty podniesione przez Szpital Specjalistyczny w G., wszczął na wniosek ww. przedsiębiorcy, postanowieniem z dnia 2 października 2002r., postępowanie antymonopolowe w sprawie nakazania zaniechania przez Pomorską Regionalną Kasę Chorych z siedzibą w Gdańsku (obecnie: Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie) stosowania praktyk ograniczających konkurencję, polegających na nadużywaniu pozycji dominującej zajmowanej przez skarżonego przedsiębiorcę na lokalnym rynku powszechnych świadczeń zdrowotnych wskutek narzucania uciążliwych warunków umów o ich udzielanie, co może wyczerpywać znamiona działań zakazanych z mocy art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie [...].

W odpowiedzi na zawiadomienie o wszczęciu postępowania antymonopolowego Kasa wniosła, pismem z dnia 17 października 2002r., o jego umorzenie ze względu na oczywistą bezprzedmiotowość lub o wydanie decyzji niestwierdzącej

---

*stron przysługuje prawo wypowiedzenia umowy co do jej części w drodze trzymiesięcznego wypowiedzenia dokonanego na koniec miesiąca kalendarzowego, w szczególności jeśli wynika to ze zmian systemu kontraktowania lub rozliczania usług zdrowotnych lub zmian w zapotrzebowaniu na dane usługi zdrowotne.”*, natomiast ust. 2: *„W przypadku nie uzgodnienia przez Strony nowych warunków umowy w zakresie będącym przedmiotem wypowiedzenia umowy, do końca okresu wypowiedzenia umowy, umowa ulega w tym zakresie rozwiązaniu z upływem tego okresu.”*

<sup>2</sup> W powołanych umowach § 27 i § 29 posiadają brzmienie: *„Każdej ze stron przysługuje prawo wypowiedzenia umowy bez podania przyczyn w drodze trzymiesięcznego wypowiedzenia na koniec miesiąca kalendarzowego.”*

naruszenia zakazów określonych w art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie [...].

Na rzecz takiego stanowiska podniesiono, co następuje:

1. Postępowanie należy uznać za bezprzedmiotowe dlatego, że decyzja Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Społecznych, która była przyczyną wypowiedzenia umów zawartych ze Szpitalem, została zmieniona, a w konsekwencji – wypowiedzenia umów cofnięte.

2. Gdyby nawet wypowiedzenia pozostały w mocy, zarzut Szpitala należałoby i tak uznać za „oczywiście bezzasadny” z następujących powodów:

- ✓ Ocena treści umów o świadczenie usług zdrowotnych, zawieranych przez Kasę, nie może abstrahować od tego, że są one „*umowami bardzo specyficznymi i zawieranymi w oparciu o plan finansowy Kasy, który Kasa może być zmuszona zweryfikować.*”
- ✓ Wypowiedzenie umów, nie wynikało ze „*złej woli*”, lecz było spowodowane decyzją Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych z dnia 15 lipca 2002r. zobowiązującą Kasę do zmiany, w terminie 30 dni od jej otrzymania, planu finansowego w zakresie kosztów świadczeń zdrowotnych poprzez przeznaczenie większej kwoty na refundację leków, i, wskutek tego, zmniejszenie o 34,9mln zł wysokości kwoty przeznaczonej na finansowanie pozostałych świadczeń. Tej decyzji Kasa powinna była się podporządkować; dokładając jednakże należytej staranności złożyła wniosek do Prezesa UNUZ o ponowne rozpatrzenie sprawy i po uzyskaniu w tym przedmiocie pozytywnej decyzji – cofnęła wypowiedzenia umów.
- ✓ W związku z tym, iż, z definicji, umowa jest zgodnym oświadczeniem woli dwóch lub więcej stron, za bezpodstawne należy uznać twierdzenie Szpitala, jakoby „*PRKCh, nadużywając swojej pozycji dominującej wymusiła na Wnioskodawcy zawarcie umów na warunkach przez nią narzuconych.*” Kasa nie ma ani możliwości, ani woli, wymuszać czegokolwiek na świadczeniodawcach, a jedynie kierując się dobrem ubezpieczonych dąży do zapewnienia im świadczeń w ramach posiadanych środków.
- ✓ Jako nieuzasadniony należy traktować zarzut, jakoby kwestionowane przez Szpital czyny wyczerpywały znamiona działań zakazanych z mocy art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie [...], tj. nadużywania przez przedsiębiorcę dominującej pozycji zajmowanej przez niego na rynku właściwym poprzez narzucanie uciążliwych warunków umów przynoszących mu nieuzasadnione korzyści, albowiem takich Kasa, nie będąc podmiotem gospodarczym, który działałby kierując się kryterium maksymalizacji zysku, nie osiąga, tym bardziej, że, jak wynika z ustawy, „*ma obowiązek kierować się dobrem ubezpieczonego i tak właśnie postępuje.*”
- ✓ W dostarczonych Kasie przez Ministerstwo Zdrowia ogólnych warunkach umów, które miałyby obowiązywać od roku 2003, znajduje

się postanowienie następującej treści: *„Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.”* Oznacza to, że także Ministerstwo Zdrowia jest świadome ewentualnego wystąpienia zdarzeń, które mogłyby powodować konieczność rozwiązania przez jedną ze stron stosunku zobowiązaniowego, i godzi się na uwzględnienie we wzorcu umowy odpowiedniego zapisu taką sytuację sankcjonującego.

Szpital, ustosunkowując się pismem z dnia 12 listopada 2002r. do argumentów Kasy, oświadczył, co następuje:

- ✓ Zarówno fakt cofnięcia przez skarżoną oświadczeń o wypowiedzeniu umów, jak i przesłanki, którymi się kierowała uprzednio podejmując taką decyzję, pozostają dla niniejszego postępowania bez znaczenia, albowiem ma ono doprowadzić do rozstrzygnięcia, czy działania Kasy będące, zdaniem wnioskodawcy, przejawem nadużywania pozycji dominującej, a polegające na narzuceniu mu wysoce niekorzystnych warunków umów, umożliwiającym Kasie ich wypowiedzenie *„w każdym czasie i na podstawie dowolnej przyczyny”*, ograniczają konkurencję. Podstawą takiego stanowiska skarżącego jest m.in. to, iż nie ma on – w warunkach obowiązywania dotychczasowych zapisów umów – żadnej pewności, czy w przyszłości nie otrzyma kolejnego wypowiedzenia w trybie postanowień wykorzystanych wcześniej. Jego zdaniem, *„taki permanentny stan niepewności uniemożliwia normalne funkcjonowanie Szpitala, nie mówiąc już o planowaniu jakichkolwiek inwestycji.”*
- ✓ Kasa jest podmiotem samorządnym, posiadającym osobowość prawną, działającym w oparciu o uchwalany przez siebie plan finansowy, który powinien obejmować również fundusz rezerwowy przeznaczany, w wypadku zaistnienia takiej okoliczności, na pokrycie nadwyżki kosztów nad przychodami; oznacza to, że skarżona posiada wszelkie atrybuty samodzielnego podmiotu funkcjonującego w otoczeniu rynkowym, osiągającego przychody z określonych źródeł i ponoszącego koszty.
- ✓ Nie do przyjęcia jest pogląd, jakoby Kasa była *„ubezwłasnowolniona przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych”*, a to dlatego, że organ ten kontroluje jedynie zgodność jej działań z przepisami prawa.
- ✓ Szpital nie ma żadnej możliwości zweryfikowania przyczyny wypowiedzenia umowy, o ile ta nie zostanie ujawniona przez Kasę. Równocześnie, *„gdyby przedmiotowe umowy zostały zawarte w nieskrępowanych mechanizmach rynkowych, w warunkach istnienia konkurencji, przez równorzędne podmioty, zapis o wypowiedzeniu umowy przez Kasę, z przyczyn leżących po jej stronie, zostałby obwarowany przynajmniej karami umownymi, nie mówiąc o obowiązku wyrównania szkody Szpitala w pełnej wysokości.”*

- ✓ Ministerstwo Zdrowia nie jest prawodawcą w porządku prawnym Rzeczypospolitej Polskiej, stąd proponowane przez nie ogólne warunki umów mogą być badane pod kątem nadużywania pozycji dominującej przez Kasy Chorych.

W odpowiedzi na pismo Szpitala, skazony przedsiębiorca podniósł następujące kwestie, które mają, jego zdaniem, znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszego sporu:

- ✓ Trudno zgodzić się z twierdzeniem, jakoby zarówno cofnięcie przez Kasę oświadczeń o wypowiedzeniu umów, jak i przesłanki, którymi się kierowała wypowiadając sporne umowy, pozostawały bez znaczenia dla przedmiotu postępowania, a to dlatego, że właśnie wypowiedzenie umów było, jej zdaniem, głównym zarzutem podnoszonym we wniosku i *„bezsprzecznym jest, że gdyby powyższe wypowiedzenia nie miały miejsca, Szpital [...] nie wystąpiłby z przedmiotowym wnioskiem.”*
- ✓ Tak Szpital, jak i Kasa nie mają żadnej pewności, czy w przyszłości każda ze stron nie skorzysta z możliwości wypowiedzenia umowy, a w wypadku Kasy – czy, w takiej sytuacji, zdoła zapewnić świadczenia zdrowotne ubezpieczonym. Jak dotąd, Kasa *„nigdy nie korzystała z tych zapisów umowy, które umożliwiają jej wypowiedzenie bez uzasadnionego powodu.”*
- ✓ Nie jest prawdą, jakoby w stosunkach między stronami sporu panował *„permanentny stan niepewności uniemożliwiający normalne funkcjonowanie Szpitala, nie mówiąc o planowaniu jakichkolwiek inwestycji”*, albowiem o możliwości wystąpienia konieczności podjęcia decyzji o wypowiedzeniu umów, w związku z poleceniem zmiany planu finansowego otrzymanym od Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, szpitale zostały poinformowane wcześniej, na spotkaniu Związku Zawodowego Pracodawców i przedstawicieli Kasy.
- ✓ Kasa ani *„nie jest ubezwłasnowolniona przez UNUZ”*, ani nigdy takiego poglądu nie prezentowała. Jej zdaniem, w piśmie Szpitala *„widoczny jest brak znajomości rzeczywistych funkcji pełnionych przez Urząd”*, a stwierdzenie to dotyczy w szczególności tezy, iż *„UNUZ kontroluje jedynie zgodność działania Kasy z przepisami prawa.”* Tymczasem, kompetencje tego organu są dużo szersze, a z nich wynikają szczegółowe obowiązki Kasy, która m.in. nie może odmówić *„podporządkowania się poleceniom organu przełożonego”* (to wskutek tej przyczyny nastąpiło wypowiedzenie spornych umów).
- ✓ Niezrozumiałe dla Kasy jest twierdzenie Szpitala, jakoby zapis o prawie wypowiedzenia umów został mu w negocjacjach, wbrew jego woli, narzucony. Według Kasy, *„umowa to porozumienie stron z natury swej dobrowolne”*, zatem po przeprowadzeniu negocjacji kontrahent miał możliwość nie tylko zapoznania się z treścią umowy przed jej podpisaniem, ale i odstąpienia od niej w wypadku braku

zgody na zawarte w niej zapisy.

- ✓ Zarzut zawarty w piśmie Szpitala, że ten nie posiada możliwości zweryfikowania przyczyny wypowiedzenia umowy, wskazuje na błędne rozumienie przez skarżącego tej konstrukcji, albowiem tak Kasa, jak świadczeniodawca korzystający z tego zapisu nie mają ani obowiązku podawania przyczyny wypowiedzenia, ani powodu domagania się jej podania przez drugą stronę. Fakt, iż Kasa tę przyczynę wskazała, jest tylko dowodem na jej dobrą wolę, albowiem z samej natury wypowiedzenia umowy bez podania przyczyny wynika, iż strona korzystająca z tej instytucji nie musi podawać przyczyn będących podstawą wypowiedzenia.
- ✓ Nawet skarżącemu trudno jest wskazać nieuzasadnione korzyści, które miałyby odnieść Kasa wypowiadając umowy.
- ✓ Kasa nigdy nie twierdziła, by Ministerstwo Zdrowia było ustawodawcą, nie może jednak nie wskazać, iż Minister Zdrowia, na podstawie stosownych delegacji ustawowych, wydaje akty prawne powszechnie obowiązujące, w tym m.in. rozporządzenia.

Odpowiadając na zapytanie organu antymonopolowego z dnia 31 marca 2003r., będące m.in. konsekwencją wejścia w życie, z dniem 1 kwietnia 2003r., ustawy z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003r., Nr 45, poz. 391), a dotyczące oczekiwań związanych z merytorycznym rozstrzygnięciem sporu, Szpital podtrzymał swoje wcześniejsze żądania, wskazując, iż dokonujące się zmiany prawne w żaden sposób nie wpłyną na stan faktyczny niniejszego postępowania, a to dlatego, że, zgodnie z art. 198 ust 1 ww. ustawy, Narodowy Fundusz Zdrowia „*wstępuje w prawa i obowiązki kas chorych wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych przed dniem wejścia w życie ustawy*” (umowy te zachowują swoją aktualność do czasu zawarcia nowych na warunkach wynikających z ustawy po powszechnym ubezpieczeniu w [...]), a zatem w dalszym ciągu będą obowiązywały narzucone Szpitalowi „*wyjątkowo niekorzystne warunki umów, umożliwiające Narodowemu Funduszowi Zdrowia ich wypowiedzenie w każdym czasie i na podstawie dowolnej przyczyny.*”

Równocześnie, zdaniem skarżącego, działania podejmowane już przez NFZ nie odbiegają od wcześniejszych działań Kasy kwestionowanych we wniosku o wszczęcie niniejszego postępowania antymonopolowego, a dowodem na rzecz tak sformułowanej tezy miałyby być reakcja skarżonego przedsiębiorcy na odmowę przyjęcia przez Szpital zaproponowanego mu aneksu nr 2/03 z dnia 13 marca 2003r. do umowy nr 11R/000004/102/2002 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, zawartej w dniu 2 lipca 2002r., w którym zapisano m.in. umożliwienie NFZ, w wypadku „*pogorszenia się sytuacji finansowej [...], na skutek obniżenia wpływów ze składek należnych do poziomu uniemożliwiającego finansowanie na dotychczasowych warunkach*”, jednostronnej zmiany warunków finansowych umowy w drodze jednomiesięcznego wypowiedzenia, polegająca na wypowiedzeniu, z dniem 30 kwietnia 2003r., w trybie § 34 (tj. bez podania przyczyny), umowy w całości (ze skutkiem na dzień 31 lipca 2003r.).

Ponadto, wobec faktu, iż pierwotna treść postanowień § 33 i § 34 umowy

nr 11R/000004/102/2002 nie odbiega od podobnych zapisów znajdujących się w umowach stanowiących podstawę wniosku o wszczęcie przedmiotowego postępowania<sup>3</sup>, również one zostały przez Szpital zakwestionowane i uznane za ograniczające konkurencję, tym bardziej, iż podjęta poprzez wykorzystanie jednego z nich, tj. § 34, *„próba narzucenia [...] tak niekorzystnego [...] zapisu, uniemożliwiającego zarządzanie jednostką i robienie jakichkolwiek planów wykraczających poza 1 miesiąc, jest rażącym i oczywistym przejawem nadużycia przez NFZ swej pozycji dominującej, przynoszącym mu nieuzasadnione korzyści w postaci przerzucenia ryzyka finansowego własnej działalności na Szpital”*.

NFZ, ustosunkowując się do przedstawionych przez Szpital nowych materiałów dowodowych, podniósł, w piśmie z dnia 5 maja 2003r., iż system finansowania służby zdrowia opiera się *„w głównym stopniu na środkach finansowych pozyskanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych jako składka z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego (w 2003 roku w wysokości 8% podstawy wymiaru).”*

Zważywszy na to, iż kontrakty ze świadczeniodawcami powinny być zawierane w taki sposób, by zapewniały równowagę dochodów i kosztów świadczeń, NFZ uznał, wobec *„obserwowanego zmniejszonego splotu składki należnej”*, iż taka sytuacja wymaga *„płynnego reagowania”*, a w konsekwencji – wprowadzenia do umowy nr 11R/000004/102/2002, w drodze aneksu, uzupełnienia § 33 o ustęp 3, pozwalający na jednostronne jej wypowiedzenia przez skarżonego przedsiębiorcę, w terminie jednego miesiąca, w każdym wypadku pojawiającego się w *„systemie ochrony zdrowia”* niedoboru środków pieniężnych; proponowana zmiana miałaby umożliwić zatem *„szybkie i elastyczne dostosowanie wartości zawartych kontraktów ze świadczeniodawcami do zmiany planu finansowego na 2003 rok w zakresie kosztów świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych, a także do możliwości finansowych [...] uwzględniających splot składki należnej.”*

Równocześnie, wobec tego, iż w niepodpisanym przez Szpital aneksie nr 2/03 z dnia 13 marca 2003r. zaproponowano również zmianę maksymalnego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych objętych umową, konieczne stało wypowiedzenie całej umowy, tak, aby *„dostosować ją do aktualnego planu finansowego na rok 2003r.”*

Po zapoznaniu się ze stanowiskiem NFZ, Szpital podniósł m.in., iż *„szybkie i elastyczne dostosowanie własnego planu [przez NFZ – dop. Prezesa UOKiK] do aktualnie posiadanych [...] środków”*, jako uzasadnienie propozycji wprowadzenia do łączącej strony umowy nr 11R/000004/102/2002 zmian m.in. w § 33, stanowi, w istocie, narzędzie pozwalające na przerzucenie całego ryzyka działalności skarżonego przedsiębiorcy na Szpital, a to dlatego, że *„nawet nie wiadomo przy jak nieudolnym zarządzaniu gospodarką finansową skarżonego, nigdy nie wykaże on straty, zawsze jego przychody będą się bilansowały z wydatkami, ponieważ w ostateczności wypowie umowy kilku szpitalom, co szybko przywróci stabilność planu finansowego.”* Ponadto, kwestionowane w aneksie postanowienia nie sprzyjają także podejmowaniu przez NFZ starań o egzekwowanie wpływów składek z ubezpieczenia zdrowotnego, więcej, *„wręcz tolerują [...] całkowitą bierność NFZ, który, niezależnie od tego, jakie*

---

<sup>3</sup> Treść § 33 umowy nr 11R/000004/102/2002 jest analogiczna do treści § 26 i 28 (patrz przypis 1), podobnie jak treść § 34 – do treści § 27 i § 29 (patrz przypis 2)



*osiągnie wpływu z tego tytułu, [...] i tak nie poniesie żadnej straty."*

Odnosząc się do stanowiska NFZ odnośnie możliwości rozpatrywania stawianych skarżonemu zarzutów w świetle art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie [...], skarżący wskazał m.in., iż:

- ✓ Narzucenie warunku umowy ma miejsce wówczas, gdy dominant, wykorzystując sytuację przymusową kontrahenta, wynikającą z braku rzeczywistych alternatyw na rynku (szpitale nie mają żadnej alternatywy poza NFZ), wymusza na nim określone działania; za narzucenie uważa się również odmowę zaakceptowania żądań kontrahenta zawarcia w umowie postanowień uwzględniających słuszny jego interes na tle danego stosunku umownego, z tym, że w każdym z ww. przypadków bez znaczenia jest to, że w sferze cywilnoprawnej dochodzi do zgodnego złożenia oświadczenia woli stron, a to dlatego, że brak jest wewnętrznej zgodności stron dla treści umowy, która obiektywnie jest umową nierównoprawną.
- ✓ Nieuzasadnione korzyści nie muszą być korzyściami materialnymi, albowiem ustawa o ochronie [...] takiego wymogu nie nakłada. Korzyści można uznać za nieuzasadnione, jeżeli na tle umowy stwarzają przedsiębiorcy sytuację korzystniejszą aniżeli taka, która odzwierciedla ekwiwalentność w danym i podobnych stosunkach umownych. Należy dodać, że korzyści te powinny być osiągnięte kosztem kontrahenta i pozostawać w normalnym związku przyczynowym z narzuconymi kontrahentowi uciążliwymi warunkami umowy. Nieuzasadnione korzyści, które przynoszą Szpitalowi zapisy o sposobie wypowiedzenia umowy, to *„choćby brak jakichkolwiek konsekwencji finansowych dla Skarżonego w przypadku wypowiedzenia takiej umowy, z przyczyn leżących po jego stronie, oraz przerzucenie ryzyka działalności NFZ na Skarżący Szpital."* Ponadto, gdyby przedmiotowe umowy zostały zawarte w *„nieskrępowanych mechanizmach rynkowych, w warunkach istnienia konkurencji, przez równorzędne podmioty, zapis o wypowiedzeniu umowy przez NFZ, z przyczyn leżących po jego stronie, zostałby obwarowany przynajmniej karami umownymi, nie mówiąc już o obowiązku wyrównania szkody Szpitalowi w pełnej wysokości."*

#### **ORGAN ANTYMONOPOLOWY ZWAŻYŁ, CO NASTĘPUJE:**

Przedmiotem niniejszego postępowania antymonopolowego jest rozstrzygnięcie, czy kwestionowane przez Szpital Specjalistyczny w G. działania Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych z siedzibą w Gdańsku, a od dnia 1 kwietnia 2003r. – Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie, polegające, zdaniem skarżącego, na nadużywaniu przez skarżonego przedsiębiorcę pozycji dominującej zajmowanej na rynku właściwym poprzez narzucenie bądź próbę narzucenia kontrahentowi określonych zapisów (odpowiednio: § 33 i § 34 oraz uzupełnienia § 34 o ust. 3), *„wysoce dla niego niekorzystnych"*, w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego, procedur terapeutycznych i procedur diagnostycznych, a także w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, wyczerpują znamio-

na praktyk zakazanych z mocy art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie [...].

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

Odpowiednio do treści ww. 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 z mocy art. 66 ust. 1 i 2 ustawy o powszechnym [...] – osobowość prawną, nie spełniały pierwszego kryterium przytoczonej definicji, tzn. nie prowadziły – wskutek zakazu wynikającego z art. 4 ust. 7 tej ustawy – działalności gospodarczej (w sensie ustawy Prawo działalności gospodarczej), spełniały jednak bezsprzecznie drugi warunek, tzn. organizowały 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 ich uzyskania), nie jest nastawiona na osiąganie zysku (aczkolwiek powinna być prowadzona w oparciu o zasady racjonalności gospodarczej) i wymaga zewnętrznego zasilania finansowego ze środków 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 o ochronie [...], są niewątpliwie publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Kasy Chorych, co oczywiste, nie zajmując się bezpośrednio świadczeniem usług tego rodzaju, były jednak zobowiązane do zapewnienia ubezpieczonym szeregu świadczeń wymienionych w art. 31 ust. 2 ustawy o powszechnym [...], a obowiązek ten realizowały 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 (art. 61).

Mając na względzie wyniki powyższej analizy, Prezes UOKiK, przyjął, iż działania Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych, jako osoby prawnej „*kreującej [szeroko rozumiany] rynek usług publicznych*”, a tym samym – przedsiębiorcy, w sensie art. 4 ust. 1 o ochronie [...], mogły – w okresie jej istnienia, tj. do dnia 31 marca 2003r. – podlegać ocenie z punktu widzenia przepisów tej ustawy.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Por. w tej kwestii: Modzelewska-Wąchal E., Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów. Komentarz, Warszawa 2002, s. 34.

Podobne stanowisko organ antymonopolowy zajmuje *mutatis mutantis* w odniesieniu do Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie, utworzonego – z dniem 1 kwietnia 2003r. – z mocy ustawy z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003r., Nr 45, poz. 391 z późniejszymi zmianami), który, będąc państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną (art. 36 ust. 1), wykonuje nie tylko zadania związane z *„zabezpieczeniem ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu oraz w celu zapobiegania chorobom”* (art. 39 ust. 1 pkt 1) oraz z *„przeprowadzaniem konkursów ofert, rokowań i zawieraniem umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych”* (art. 39 ust. 1 pkt 2), ale także *„zapewnia ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, w szczególności wstępuje w prawa i obowiązki kas chorych wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych przed dniem wejścia w życie ustawy między kasami chorych a świadczeniodawcami”* (art. 198 ust. 1), a w konsekwencji – staje się podmiotem wszelkich praw i obowiązków dotychczasowych Kas Chorych (art. 202 ust. 1).

Ewaluacja zachowań skarżonego przedsiębiorcy, kwestionowanych przez Szpital, ma, z konieczności, ograniczony zakres: pomija, z oczywistych względów, odpowiedź na pytanie, czy w sposób właściwy realizuje nałożone na niego ustawowo obowiązki, tj. czy skutecznie zabezpiecza potrzeby osób ubezpieczonych, w których imieniu występuje, bowiem kompetencje w tym zakresie posiadał do dnia 31 marca 2003r. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Społecznych, a od 1 kwietnia 2003r. minister właściwy dla spraw zdrowia, koncentruje się natomiast na analizie wpływu czynności podejmowanych przez Kasę, a w następstwie zmian w stanie prawnym – Narodowy Fundusz Zdrowia, w obszarze procedur związanych z zawieraniem umów z podmiotami świadczącymi usługi związane z ochroną zdrowia i realizacją tych umów, na stan konkurencji na rynku właściwym oraz zgodnością (niezgodnością) tych czynności z treścią odpowiednich przepisów ustawy o ochronie [...].

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

- ✓ delimitacji rynku relewantnego (istotnego, właściwego w sprawie),
- ✓ ustalenia, czy na tak zdefiniowanym rynku można skarżonemu przedsiębiorcy przypisać pozycję dominującą,
- ✓ zbadania, czy, w wypadku pozytywnego rozstrzygnięcia poprzedniej kwestii, pozycja ta została przez niego nadużyta, w szczególności poprzez narzucenie kontrahentowi uciążliwych warunków w zawieranych przez strony umowach, przynoszących mu nieuzasadnione korzyści.

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 uczestników toczącej się na nim *„gry rynkowej”*. Delimitacja rynku relewantnego i ustalenie pozycji zajmowanej na nim najpierw przez Kasę, a następnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowi zatem kluczowy punkt dalszych rozważań odnośnie naruszenia (bądź nie) przez skarżonego przedsiębiorcę przepisów ustawy o

ochronie [...].

Dla potrzeb ustalenia rynku relewantnego, odnoszącego się do podmiotu, w stosunku do którego toczy się postępowanie antymonopolowe i zarazem wskazującego, czy i w jakim stopniu jest on poddany współzawodnictwu ze strony konkurentów, tj. innych podmiotów 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 należy wywieść, zdaniem Prezesa UOKiK, wprost z zapisów ustawy o powszechnym [...], obowiązującej do dnia 31 marca 2003r. (tj. w czasie, kiedy miały miejsce działania kwestionowane przez Szpital), a wprowadzającej w art. 1 „*powszechne obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne*” i zlecającej czynności z nimi związane, zgodnie z postanowieniem art. 4 ust. 1, instytucjom ubezpieczenia zdrowotnego, zwanym Kasami Chorych.

Oznacza to, iż na rynku przedmiotowym, obejmującym realizację powszechnych świadczeń zdrowotnych, a na użytek niniejszego postępowania ograniczonym do świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego, procedur terapeutycznych i procedur diagnostycznych oraz ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, instytucje te uzyskały szczególną pozycję: wyłącznie im – w warunkach przypisanego ustawowo „*monopolu*” i w granicach wskazanego przez ustawodawcę obszaru działania – przyznano uprawnienie do „*gromadzenia środków finansowych służących realizacji świadczeń zdrowotnych, zarządzania nimi oraz zawierania umów na udzielanie tych świadczeń*” (art. 4 ust. 2 ustawy o powszechnym [...]).

Poczynione uwagi organ antymonopolowy odnosi w szczególności do Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych z siedzibą w Gdańsku, którą powołano na podstawie § 1 i § 2 pkt 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), i która, od tego momentu, stała się *de facto* jedyną, na lokalnym rynku województwa pomorskiego, instytucją uprawnioną do zawierania i finansowania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych, w tym – w zakresie będącym przedmiotem zaskarżenia przez Szpital.

Ta, nadana jej, z mocy prawa, pozycja, wyczerpywała znamiona, o których mowa w art. 4 ust. 9 ustawy o ochronie [...], i powodowała, iż działania Kasy, podejmowane do dnia 31 marca 2003r., mogą być rozpatrywane pod kątem ewentualnego niewłaściwego wykorzystania tej pozycji, w szczególności poprzez sprzeczne z prawem – jej „*nadużycie*”.

Podobnie, ze względu na fakt, iż Narodowy Fundusz Zdrowia wstąpił – z mocy art. 198 ust. 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia – w „*prawa i obowiązki kas chorych wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych przed dniem wejścia w życie ustawy między kasami chorych a świadczeniodawcami*”, również jego zachowania, poczynając od dnia 1 kwietnia 2003r., mogą być, zdaniem Prezesa UOKiK, badane w

kontekście ich zgodności z ustawą o ochronie [...].

Biorąc pod uwagę powyższe, organ antymonopolowy rozważył następnie, czy Kasa, poprzez umieszczenie w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego (nr 11R/000004/101/2002), procedur terapeutycznych (nr 11R/000004/202/2002) i diagnostycznych (nr 11R/000004/203/2002), a także ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (nr 11R/000004/102/2002), postanowień dotyczących prawa stron do wypowiedzenia części umowy, w szczególności z powodu zmian systemu kontraktowania lub rozliczania usług zdrowotnych lub zmian w zapotrzebowaniu na usługi zdrowotne, jak i prawa do wypowiedzenia umowy bez podania przyczyn, a także próbę narzucenia, w aneksie nr 2/03 z dnia 13 marca 2003r. do umowy nr 11R/000004/102/2002, m.in. zapisu dozwalającego jej, w wypadku pogorszenia się, wskutek spadku wpływów ze składek, sytuacji finansowej, na jednostronną zmianę warunków tej umowy w drodze jednomiesięcznego wypowiedzenia, nadużyła uprzywilejowanej pozycji na rynku właściwym.

Rozstrzygając tę kwestię Prezes UOKiK wziął pod uwagę m.in. następujące okoliczności:

1. Rynek relewantny, będący przedmiotem analizy w niniejszym postępowaniu (realizacja powszechnych świadczeń zdrowotnych, w szczególności z zakresu leczenia stacjonarnego, procedur terapeutycznych i procedur diagnostycznych oraz ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych), posiada tę immanentną cechę, iż „*gra rynkowa*” prowadzona pomiędzy jego uczestnikami, tj. świadczeniodawcami i zamawiającym usługi, nie ma, jak w wypadku tradycyjnych rynków, charakteru ciągłego, przejawiającego się w permanentnych fluktuacjach popytu, podaży i cen oraz wielokrotnych zachowaniach dostosowawczych „*graczy*”, lecz ogranicza się do – w zasadzie – jednorazowego, w dłuższym, najczęściej rocznym lub kilkuletnim, okresie czasu, zetknięcia się zapotrzebowania zgłaszanego przez Kasy (Narodowy Fundusz Zdrowia) i ofert jego zaspokojenia przedstawianych przez przedsiębiorców posiadających zdolność świadczenia pożądaných usług, ubiegających się, w wypadku akceptacji dla tych ofert, o podpisanie w tym przedmiocie stosownych umów.

Pochodną takiej struktury i organizacji rynku jest to, że oceny treści umów zawieranych przez Kasę z jej kontrahentami nie sposób ograniczyć wyłącznie do, jak chciałby tego skarżący, kontekstu „*nieskrepowanych mechanizmów rynkowych, w warunkach istnienia konkurencji*”, a to dlatego, że z woli ustawodawcy, aktywna i ciągła konkurencja wewnątrzrynkowa, została zastąpiona jednorazową (w określonym przedziale czasowym) konkurencją przedsiębiorców o dostęp do rynku, z uprzywilejowaną, z mocy prawa, pozycją Kasy – jako „*regulatora*” tego rynku.

2. Ustawodawca, przyznając skarżonemu przedsiębiorcy wyłączne uprawnienia do kształtowania przedmiotowego rynku i ukierunkowując jego aktywność, m.in. z powodu tego, że powinien działać na rzecz i w dobrze pojętym interesie ubezpieczonych, na zapewnienie odpowiedniej efektywności ponoszonych wydatków, postanowił (art. 54 ust. 1 ustawy o powszechnym [...]), iż zwieranie przez niego umów o udzie-

lanie świadczeń zdrowotnych będzie każdorazowo poprzedzone konkursem ofert, procedury i sposoby rozstrzygnięcia którego określiło rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998r. w sprawie konkursu ofert [...].

3. Powołane rozporządzenie nie wskazuje *explicite* kryteriów, jakimi zamawiający powinien kierować się przy wyborze świadczeniodawców, w § 13 ust. 1 i 2 stanowi jednak, że komisja konkursowa może: wybrać najkorzystniejszą ofertę, dokonać wyboru większej liczby ofert, jeżeli wykonanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu przez jednego oferenta jest niemożliwe lub utrudnione, względnie wybrać kilka ofert w celu wykonania całości zadania. Równocześnie, przepis § 13 ust. 1 dopuszcza, choć takiego obowiązku na komisję nie nakłada, by ta – przed rozstrzygnięciem konkursu i zawarciem umów z przedsiębiorcami, którzy złożyli najkorzystniejsze oferty – przeprowadziła rokowania w celu ustalenia ilości i ceny planowanych do udzielenia świadczeń zdrowotnych
4. Pomimo, iż akty prawne mające zastosowanie w niniejszym postępowaniu nie definiują pojęcia „*oferty najkorzystniejszej*”, to przepisy ustawy o powszechnym [...] zalecały, aby (co najmniej):
  - ✓ świadczenia zdrowotne udzielane były ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez Kasę i odpowiadały aktualnej wiedzy i praktyce medycznej oraz nie przekraczały granic koniecznej potrzeby (art. 4 ust. 3 ustawy),
  - ✓ Kasy Chorych przestrzegały przy zawieraniu umów zasady równoważenia wydatków z przychodami oraz aby suma ich zobowiązań wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów mieściła się w planie finansowym (art. 53 ust. 3).
5. Aczkolwiek w art. 53 ust. 4 ustawy o powszechnym [...] zostały zdefiniowane *essentialia negotii* każdej umowy o świadczenie usług zdrowotnych, które obejmują m.in.: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, warunki i zasady udzielania świadczeń, zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami, maksymalną kwotę zobowiązania Kasy Chorych wobec świadczeniodawcy, to należy zauważyć, że nie objęto nimi uregulowań dotyczących trybu i sposobów ewentualnego wypowiedzenia umów, pozostawiając uzgodnienie tych kwestii decyzji stron.
6. W dacie zaistnienia zdarzeń będących przedmiotem niniejszego postępowania nadzór nad działalnością Kas Chorych związaną z realizacją powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego sprawował, na podstawie przepisów rozdziału 10 ustawy o powszechnym [...], Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, który – wypełniając swoje obowiązki – kierował się, w odniesieniu do gospodarki finansowej Kas Chorych – kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym.

I tak, jeżeli uchwała podejmowana przez uprawnione do tego organy Kasy Chorych naruszała prawo lub stwarzała zagrożenie wystąpienia ujemnego wyniku finansowego, Urząd Nadzoru stwierdzał jej nieważ-

ność w całości lub w części; w szczególności – w wypadku uznania za nieważną, w całości lub w części, uchwały dotyczącej planu finansowego wyznaczał termin usunięcia nieprawidłowości, a po jego przekroczeniu sam ustalał plan finansowy Kasy w całości lub w części uznanej za nieważną.

Ponadto, do uprawnień Urzędu Nadzoru należało m.in. przeprowadzanie „w każdym czasie” kontroli działalności Kasy i jej stanu majątkowego, a w wypadku stwierdzenia nieprawidłowości – wydawanie, w trybie decyzji administracyjnej, zaleceń mających na celu ich usunięcie i dostosowanie działalności kontrolowanego podmiotu do obowiązujących przepisów prawa.

Rozpatrując działania skarżonego przedsiębiorcy w świetle przepisów ustawy o ochronie [...], Prezes UOKiK uwzględnił także następujące przesłanki:

1. Jest poza sporem to, iż Kasa, przedstawiając kontrahentom wybranym po wcześniejszym przeprowadzeniu czynności, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998r. w sprawie konkursu ofert [...], w tym – Szpitalowi, warunki umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego, procedur terapeutycznych i diagnostycznych oraz ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych – wykorzystała, w każdym z tych przypadków, uprzywilejowaną, „z woli ustawodawcy”, pozycję zajmowaną na rynku relewantnym, dyskusyjne jest jednak to, wbrew stanowisku Szpitala, czy tej pozycji nadużyła – bądź to poprzez wprowadzenie do ww. umów, zawieranych na czas określony, postanowień dotyczących prawa stron do wypowiedzenia „co do ich części”, w szczególności z powodu zmian systemu kontraktowania lub rozliczania usług zdrowotnych lub zmian w poziomie zapotrzebowaniu na nie, jak i prawa do wypowiedzenia bez podania przyczyn, bądź to poprzez próbę narzucenia, w odniesieniu do umowy nr 11R/000004/102/2002, zapisu dozwalającego jej, w wypadku pogorszenia się – wskutek „zmniejszonego splotu składki należnej” – sytuacji finansowej, na jednostronną zmianę warunków tej umowy w drodze jednomiesięcznego wypowiedzenia.
2. Analiza tak sformułowanego zagadnienia nie może abstrahować od faktu, iż umowę o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego podpisano w dniu 26 czerwca 2001r., w zakresie procedur terapeutycznych – w dniu 17 czerwca 2002r., w zakresie procedur diagnostycznych – w dniu 17 czerwca 2002r., natomiast w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych – w dniu 2 lipca 2002r., tj. przed datami odpowiednich wystąpień skarżącego do organu antymonopolowego, czyli, w wypadku trzech pierwszych umów – przed dniem 2 września 2002r., a w wypadku czwartej umowy – przed dniem 8 kwietnia 2003r. Jeżeli tak, to oznacza to, że Szpital nie tylko wiedząc, iż ww. umowy zawiera na czas określony, ale i znając ich postanowienia, w szczególności te, które stały się przedmiotem zaskarżenia w niniejszym postępowaniu antymonopolowym, nie postrzegali ich wcześniej jako niezgodnych z przepisami ustawy o ochronie [...] –

tak przed zawarciem umów, jak i w okresie pomiędzy datą ich zawarcia i datami interwencji kierowanych do organu antymonopolowego (powodowanych wykorzystaniem przez Kasę jednego z tych zapisów jako podstawy wypowiedzenia).<sup>5</sup>

Powyższe pozwala domniemywać, i w tym zakresie Prezes UOKiK podziela stanowisko skarżonego przedsiębiorcy, iż rzeczywistym powodem kwestionowania spornych w niniejszym postępowaniu zapisów dotyczących trybu rozwiązania umów, i uznania ich za „uciążliwe” (w rozumieniu ustawy o ochronie [...]), była nie tyle ich obiektywna i trwała dolegliwość dla skarżącego (skoro tego nie podnosił przed przekazaniem mu oświadczeń Kasy z dnia 29 lipca 2002r. o wypowiedzeniu umów w części oraz aneksu nr 2/03 z 13 marca 2003r., dotyczącego umowy nr 11R/00004/102/2002), ile raczej okoliczności faktyczne związane z ich uruchomieniem.

3. Nie budzi wątpliwości, co do zasady, teza Szpitala, iż *„celem umowy na czas określony oraz zapisu przewidującego maksymalny poziom zobowiązania Kasy jest +zapewnienie trwałości stosunku prawnego i ochrony stron umowy+”*, jednakże byłoby istotnym błędem metodologicznym oderwanie jej, w niniejszym postępowaniu, od uwarunkowań strukturalno-organizacyjnych rynku właściwego, charakteryzującego się zarówno ograniczoną swobodą podejmowania decyzji przez świadczeniodawców, jak i przez zamawiającego usługi, tj. Kasę (NFZ).

Aczkolwiek jest prawdą, iż skarżony przedsiębiorca nigdy nie był *„ubezwłasnowolniony przez UNUZ”*, to jednak funkcje tego organu wobec niego nie ograniczały się, jak błędnie podnosił Szpital, wyłącznie do badania *„zgodności działania Kasy z przepisami prawa”*, ale obejmowały także możliwość wydawania wiążących decyzji, w tym, co istotne w niniejszym postępowaniu, dotyczących konieczności wprowadzenia zmian w planie finansowym, oraz – w wypadku uchylania się od ich wprowadzenia lub wprowadzenia po wyznaczonym terminie – zmieniających plan Kasy w części bądź nawet w całości.

W tych okolicznościach twierdzenia skarżonego przedsiębiorcy, iż zawierane przez niego umowy o świadczenie usług zdrowotnych są *„umowami bardzo specyficznymi i zawieranymi w oparciu o plan finansowy Kasy, który Kasa może być zmuszona zweryfikować”*, nie można określić jako pozbawionego podstaw, tym bardziej, że również z powodu obligujących go przepisów art. 4 ust. 3 oraz art. 53 ust. 3 pkt 2 ustawy o powszechnym [...], nakazujących, odpowiednio, by świadczenia zdrowotne były udzielane ubezpieczonym w ramach dostępnych środków finansowych, a także by suma kwot zobowiązań wobec kontrahentów ze wszystkich zawartych umów mieściła się w planie fi-

---

<sup>5</sup> Konstatacja ta nie jest jednak równoznaczna z tym, by Szpital nie podnosił tej kwestii w kontaktach z Kasą, przynajmniej w odniesieniu do wypowiedzenia umowy bez podania przyczyny (por. pismo z dnia 19 marca 2002r., zawierające uwagi dotyczące umowy nr 11R/000004/203/2002, w tym propozycję skreślenia w niej § 29, motywowaną tym, że w umowach zawartych na czas określony wypowiedzenie może nastąpić w przypadkach szczególnych, określonych w umowie).



nansowym – nie mógł on w sposób dowolny tego planu kształtować.

4. Wprowadzenie do czterech umów objętych niniejszym postępowaniem postanowień uprawniających obie strony do ich wypowiedzenia bądź to na podstawie wskazania określonych przyczyn, bądź bez podania przyczyny, w drodze trzymiesięcznego wypowiedzenia, nawet wtedy, gdy są to umowy na czas określony, które powinny gwarantować, co do zasady, stabilność warunków współpracy stron, a zwłaszcza ceny zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych oraz wartości maksymalnego zobowiązania Kasy wobec Szpitala, było, zdaniem Prezesa UOKiK, konsekwencją opisanego wyżej stanu rzeczy, tj. obiektywnych, systemowych ograniczeń swobody podejmowania decyzji przez Kasę, a także niepewności co do kierunków zmian w systemie ubezpieczeń zdrowotnych<sup>6</sup>, i konieczności uwzględnienia tych czynników w zawieranych przez nią kontraktach, a nie jej „złej woli” lub – w kategoriach ustawy o ochronie [...] – nadużycia przez nią uprzywilejowanej pozycji na rynku właściwym poprzez narzucanie kontrahentowi uciążliwych warunków umów, tj. działania zakazanego z mocy art. 8 ust. 2 pkt 6 powołanej ustawy.

Gdyby intencją Kasy było takie nadużycie, o jakim wspomina we wniosku Szpital, to ta, otrzymawszy decyzję Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych z dnia 15 lipca 2002r., zobowiązującą ją do zmiany, w terminie 30 dni od daty otrzymania, planu finansowego, nie poczyniłaby zapewne żadnych starań zmierzających do jej uchylecia lub neutralizacji skutków dla świadczeniodawców, lecz biernie wprowadziłaby ją w życie; tymczasem Kasa, „dokładając należytej staranności”, złożyła wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy i po otrzymaniu pozytywnej decyzji UNUZ z dnia 30 września 2002r., cofnęła wypowiedzenia umów.

Formułując powyższą ocenę zachowań Kasy (NFZ) organ antymonopolowy wziął pod uwagę i to, że wbrew twierdzeniu Szpitala, jakoby przyznanie kontrahentom takich samych praw, w zakresie wypowiedzenia umów na podstawie kwestionowanych przez skarżącego zapisów, „zostało uczynione tylko i wyłącznie dla pozorów, aby +na papierze+ nie została złamana zasada równości stron umowy”, istnieją przesłanki by sądzić, iż prawa te były jednak wykorzystywane także przez świadczeniodawców.<sup>7</sup>

5. Odmienne niż w wypadku analizowanych wyżej postanowień już będących składnikami umów obowiązujących strony, próba wprowadzenia przez skarżonego przedsiębiorcę aneksem nr 2/03 z dnia 13 marca 2003r. do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie am-

---

<sup>6</sup> Jak podniosła Kasa w piśmie z dnia 17 października 2002r., „*Nie sposób [...] przewidzieć wszelkich powodów, które [...] w okresie zmian w systemie opieki zdrowotnej będą zmuszały Kasę i Świadczeniodawcę do wypowiedzenia części lub całości umowy.*”

<sup>7</sup> Stwierdzenie to odnosi się do wypowiedzeń umów bez podania przyczyny, a jego podstawą jest materiał dowodowy znajdujący się w aktach sprawy o sygn. RGD.57-8/02/03/HK, prowadzonej przez Prezesa UOKiK przeciwko temu samemu przedsiębiorcy, jak w niniejszym postępowaniu.

bulatoryjnych świadczeń specjalistycznych nr 11R/000004/102/2002 zapisu o treści „*W przypadku pogorszenia się sytuacji finansowej Kasy, na skutek obniżenia wpływów ze składek należnych do poziomu uniemożliwiającego finansowanie na dotychczasowych warunkach należności wynikających z niniejszej umowy, Kasa Chorych zastrzega sobie prawo do jednostronnej zmiany warunków finansowych umowy w drodze jednomiesięcznego wypowiedzenia, dokonanego na koniec miesiąca kalendarzowego.*” nie tylko nie znajduje, w przekonaniu Prezesa UOKiK, żadnego racjonalnego usprawiedliwienia, ale, nadto, wyczerpuje znamiona praktyki zakazanej z mocy art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie [...].

Najpierw dlatego, że cel, któremu cytowany zapis miałby służyć, tj. dostosowanie warunków finansowych umowy uprzednio zawartej do rzeczywistej, aktualnej sytuacji ekonomicznej Kasy, mógłby być, co do zasady, osiągnięty również za pomocą postanowień już w tej umowie umieszczonych, tj. § 33 ust. 1 bądź § 34, choć nie w okresie krótszym niż 3 miesiące. Następnie dlatego, iż nowa regulacja dopuszczałaby, odmiennie niż dotychczasowe, tak formalną, jak i realną jednostronność oddziaływań oraz niczym nie skrepowaną swobodę działań skarżonego przedsiębiorcy w zakresie ewentualnych zmian dotyczących „*warunków finansowych umowy*”, i powodowałaby całkowite „*przerzucenie [przez niego] ryzyka finansowego własnej działalności na Szpital*”, a wskutek tego – uzyskanie niczym nie uzasadnionej korzyści w postaci działania w warunkach niemożliwych do osiągnięcia w każdej innej sytuacji. Wreszcie i dlatego, że proponowany przez skarżonego przedsiębiorcę jednomiesięczny okres wypowiedzenia uniemożliwiłby w praktyce, jak słusznie podniósł to *Szpital*, „*zarządzanie jednostką i robienie jakichkolwiek planów wykraczających poza 1 miesiąc*”.

Biorąc pod uwagę powyższe, orzeczono, jak w sentencji.

**POUCZENIE:**

Stosownie do art. 78 ust. 1 ustawy o ochronie [...], w związku z art. 479<sup>28</sup> § 2 K.p.c., od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w terminie 14 dni od daty jej doręczenia, za pośrednictwem Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Gdańsku.

Z upoważnienia Prezesa UOKiK  
Dyrektor Delegatury UOKiK w Gdańsku  
Roman Jarzabek