

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

---

61-851 Poznań, ul. Zielona 8  
Tel. (0-61) 852-15-17, 852-77-50, Fax. (0-61) 851-86-44  
E-mail: poznan@uokik.gov.pl

---

Poznań, dn. 30.11.2001 r.

RPZ – 54-A/01/2001/D.O./

**Decyzja nr RPZ - 27/2001**

I. Na podstawie art. 104 k.p.a. i art. 11 w zw. z art. 8 ust. 1 oraz art. 8 ust.1 i 2 pkt 2, 4, 5 i 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 122 poz. 1319), po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego wszczętego na wniosek Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z siedzibą w Poznaniu, w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów **nie stwierdza się stosowania przez Wielkopolską Regionalną Kasę Chorych z siedzibą w Poznaniu praktyk ograniczających konkurencję polegających na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonych z terenu województwa wielkopolskiego**, poprzez:

- 1) celowe ograniczanie zapotrzebowania na usługi świadczeniodawców ze szkodą dla konsumentów, zmierzające do obniżenia cen skupu usług poniżej progu ich opłacalności, oraz
- 2) przeciwdziałanie ukształtowaniu się warunków dla rozwoju konkurencji na rynku świadczenia usług medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w drodze:
  - a) ustalenia w budżecie tej Kasy na 2001 rok kwot przeznaczonych na finansowanie świadczeń na poziomie porównywalnym z rokiem 2000,
  - b) przyjęcia systemu obliczania wynagrodzenia w zakresie umów dot. udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, opartego na zmiennej wartości punktu jako podstawowej jednostce rozliczeniowej,
- 3) odmowę skupu usług medycznych w sposób dyskryminujący niektórych świadczeniodawców, w drodze:
  - a) nie opłacania oraz nie opłacania w pełnej wysokości stawki kapitałowej usług wykonywanych przez świadczeniodawców, w sytuacji, gdy usługi te wykraczają ponad ustalony limit pacjentów, którzy zgodnie z umową mogą zostać objęci opieką jednego lekarza,
  - b) nałożenia na świadczeniodawców ograniczeń w zakresie możliwości zatrudnienia dodatkowego lekarza lub skorzystania z pomocy innego świadczeniodawcy,

- 4) uzależniania zawarcia umowy od przyjęcia i spełnienia przez świadczeniodawców warunków, których nie przyjęliby mając zapewnioną możliwość wyboru kontrahenta, w drodze:
  - a) zobowiązania świadczeniodawców do organizowania badań diagnostycznych pacjentów i ponoszenia związanych z tym kosztów,
  - b) pozbawienie ich prawa wskazania pacjentowi jednostki diagnostycznej, w której powinien wykonać zlecone badania,
  
- 5) narzucanie uciążliwych warunków ww. umów, w drodze:
  - a) pominięcia trybu negocjacji w procesie zawierania tych umów,
  - b) zawarcie w ww. umowach postanowień, na mocy których:
    - treść umowy w czasie jej trwania może być jednostronnie przez tę Kasę zmieniana,
    - wprowadzono rozbudowany system kar umownych, obciążających świadczeniodawców, przy nieokreśleniu czytelnych i niezmiennych kryteriów przeprowadzania kontroli,
    - kary umowne ustanowione zostały na zbyt wysokim poziomie,
  - c) przyjęcia postanowień dotyczących możliwości rozwiązania umowy przez świadczeniodawców bez wypowiedzenia w sytuacji, gdy Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych zalegałaby z płatnościami za dwa okresy rozliczeniowe, co gwarantuje tej Kasie kredytowanie jej działalności przez okres 3-4 miesięcy,
  - d) przyjęcia postanowień, na mocy których Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych uzyskała prawo weryfikowania wydatków ponoszonych przez świadczeniodawców oraz nakładają na nich obowiązek zwrotu otrzymanych środków finansowych i zapłacenia kary umownej w przypadku uznania, że są one wydatkowane niezgodnie z umową.

II. Na podstawie art. 104 k.p.a. i art. 9 w związku z art. 8 ust. 1 i 2 pkt 6 ww. ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, **uznaje się** stosowanie przez Wielkopolską Regionalną Kasę Chorych z siedzibą w Poznaniu **praktyk ograniczających konkurencję, polegających na nadużywaniu pozycji dominującej na ww. rynku poprzez narzucenie uciążliwych, przynoszących tej Kasie nieuzasadnione korzyści, warunków umów:**

1) „na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych należących do kompetencji lekarza rodzinnego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”, opracowanych i przyjętych na lata 2001 - 2002, w drodze:

- a) nie opłacania oraz nie opłacania w pełnej wysokości stawki kapitałowej usług wykonywanych przez świadczeniodawców, w sytuacji, gdy usługi te wykraczają ponad ustalony limit pacjentów, którzy zgodnie z umową mogą zostać objęci opieką jednego lekarza,
- b) zobowiązania świadczeniodawców do zwrotu kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą 15% wartości kontraktu a kwotą wydatkowaną na badania diagnostyczne, przy równoczesnym nie zagwarantowaniu świadczeniodawcom refundacji kosztów badań przekraczających kwotę, która zgodnie z umową powinna zostać przeznaczona na finansowanie kosztów tych badań,

2) „na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”, opracowanych i przyjętych na lata 2001 - 2002, w drodze:

- a) przyjęcia, że jednostką rozliczeniową za zamówione i wykonywane świadczenia zdrowotne jest punkt o nieustalonej i zmiennej w czasie trwania umowy wartości, co jest równoznaczne z nieokreśleniem jednostkowych cen usług i w ten sposób wartości kontraktu, w wyniku czego na świadczeniodawców zostało w całości przerzucone ryzyko zmian warunków wpływających na sytuację finansową Wielkopolskiej Regionalnej Kasy Chorych,
- b) zobowiązania świadczeniodawców do ponoszenia kosztów badań diagnostycznych, określonych w umowie z zakresu udzielania specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, przy równoczesnym nie określeniu limitu tych badań oraz średniego kosztu poszczególnych badań i nie uwzględnieniu tej wielkości przy ustalaniu wartości kontraktu, co przy zmiennej jego wartości nie zapewnia świadczeniodawcom zwrotu kosztów wykonania tych badań,

**i nakazuje się zaniechanie ich dalszego stosowania.**

III. Na podstawie art. 104 k.p.a. i art. 10 ust. 1 i 2 w zw. z art. 8 ust. 1 i 2 pkt 6 ww. ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów **uznaje się za praktykę ograniczającą konkurencję postanowienia umów z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego oraz udzielania specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych na mocy których Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych zobowiązała świadczeniodawców wykonujących usługi medyczne do częściowego ponoszenia kosztów transportu sanitarnego pacjentów w przypadkach nie objętych dyspozycją art. 50 ust. 1 i 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przy czym jednocześnie stwierdza się zaniechanie jej stosowania z dniem 26 września 2001 roku.**

### Uzasadnienie

Do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów Delegatura w Poznaniu wpłynął wniosek Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z siedzibą w Poznaniu (zwanej dalej Wnioskodawcą) o wszczęcie postępowania antymonopolowego przeciwko Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych z siedzibą w Poznaniu (zwaną dalej WRKCh). Zdaniem Wnioskodawcy w podpisywanych ze świadczeniodawcami „umowach na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych należących do kompetencji lekarza rodzinnego” oraz w „umowach na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”. WRKCh wprowadziła postanowienia, które godzą w interesy świadczeniodawców i nie gwarantują im możliwości świadczenia usług medycznych na odpowiednim poziomie. Uzasadniając celowość zastosowania w stosunku do kas chorych przepisów ustawy antymonopolowej, Wnioskodawca zarzucił WRKCh, iż stosuje zakazane tą ustawą praktyki ograniczające konkurencję, polegające na:

- 1) celowym ograniczaniu zapotrzebowania na usługi świadczeniodawców ze szkodą dla konsumentów, zmierzającym do obniżenia cen skupu usług poniżej progu ich opłacalności, co odpowiadało dyspozycji art. 7 ust. 1 pkt 1 obowiązującej do dnia 31 marca 2001 r. ustawy z dnia 24 lutego 1990 r. o przeciwdziałaniu praktykom monopolistycznym i ochronie interesów konsumentów (tekst jednolity: Dz.U. z

1999 r. Nr 52 poz. 547, zm. Dz.U. z 2000 r. Nr 31 poz. 38, zwanej dalej ustawą antymonopolową) oraz na

- 2) przeciwdziałaniu ukształtowaniu się warunków niezbędnych dla rozwoju konkurencji na rynku usługodawców, co odpowiadało dyspozycji art. 5 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy. Jako naruszenie tych przepisów Wnioskodawca wskazał na następujące działania WRKCh:
  - przeznaczanie na realizację świadczeń zdrowotnych w 2001 roku kwot porównywalnych z kwotami zaplanowanymi i wydatkowanymi na ten cel w roku 2000, co powoduje przerzucenie na świadczeniodawców ciężaru inflacji i w rezultacie mają oni ograniczone możliwości inwestowania w infrastrukturę medyczną,
  - przyjęcie systemu obliczania wynagrodzenia w zakresie umów dot. udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, opartego na zmiennej wartości punktu jako podstawowej jednostce rozliczeniowej, co w rezultacie prowadzi do zaniżania cen oraz preferowania podmiotów mogących zaoferować szerszą paletę usług, w tym świadczące równoległe usługi odpłatne i nieodpłatne, a także uniemożliwia świadczeniodawcom prowadzenie racjonalnej gospodarki pozyskiwania środków finansowych ze źródeł zewnętrznych oraz obniża ich wiarygodność kredytową.
- 3) odmowie skupu usług medycznych w sposób ewidentnie dyskryminujący niektórych świadczeniodawców, co wobec braku alternatywnych źródeł zbytu ich usług, naruszało art. 5 ust. 1 pkt 4 ww. ustawy. Jako naruszenie tego przepisu Wnioskodawca wskazał na postanowienia umów dotyczące:
  - określenia limitu pacjentów na listach tworzonych przez lekarzy (par. 5 pkt 1 umów z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego),
  - limitowania ilości pacjentów, za opiekę nad którymi lekarz rodzinny jest opłacany w pełnej wysokości (par. 2 pkt 4 tych umów),
  - ograniczenia w zakresie możliwości zatrudnienia dodatkowego lekarza (par. 5 pkt 2 i 3 ww. umów).
- 4) narzucaniu świadczeniodawcom uciążliwych warunków umów przynoszących WRKCh nieuzasadnione korzyści, co naruszało przepis art.5 ust. 1 pkt 6 tej ustawy.

W oparciu o ten przepis w umowach dot. kompetencji lekarza rodzinnego Wnioskodawca zakwestionował postanowienia dotyczące:

- określenia limitu pacjentów na listach tworzonych przez lekarzy (par. 5 pkt 1 umów),
- limitowania ilości pacjentów, za opiekę nad którymi lekarz rodzinny jest opłacany w pełnej wysokości (par. 2 pkt 4 umów),
- ograniczenia w zakresie możliwości zatrudnienia dodatkowego lekarza (par. 5 pkt 2 i 3 umów),
- zobowiązania świadczeniodawców do organizowania badań diagnostycznych pacjentów i ponoszenia związanych z tym kosztów (par. 18 pkt 4 i 5 umów),
- zobowiązania świadczeniodawców do ponoszenia kosztów badań diagnostycznych, bez względu na ich rozmiar, przy równoczesnym przyjęciu zobowiązania do zwrotu różnicy pomiędzy wartością kwoty równej 15% otrzymanego w ramach kontraktu wynagrodzenia, a kwotą wydatkowaną na badania w sytuacji, gdy badania takie nie zostaną zlecone (par. 18 pkt 8 umów),
- wprowadzenia rozbudowanego systemu kar umownych przy nie określonych jasno kryteriach przeprowadzania kontroli oraz określające wysokość tych kar (par. 30 i 40 umów).

W umowach dotyczących udzielania ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych Wnioskodawca zakwestionował:

- przyjęty przez WRKCh sposób finansowania świadczeń, zgodnie z którym jednostką rozliczeniową jest punkt o zmiennej wartości. Wartość tego punktu ustalana jest na każdy miesiąc przez WRKCh, w oparciu o liczbę punktów wykazanych przez wszystkich świadczeniodawców w miesiącu poprzedzającym (par. 20 pkt 1 i 5 umów). Tym samym, w jego ocenie, wartość punktu nie jest znana i nie jest określona w złotych polskich, w wyniku czego podpisywane są umowy, z treści których nie wynika, jaką świadczeniodawcy otrzymają zapłatę za wykonaną w danym miesiącu usługę medyczną,
- zobowiązanie świadczeniodawców do ponoszenia kosztów badań diagnostycznych (par. 17 pkt 2 umów), których wykonanie lub zlecenie zgodnie z zawartą umową ich obciąża, przy równoczesnym nie określeniu limitu tych badań oraz średniego kosztu poszczególnych badań i nie uwzględnieniu tej wielkości przy ustalaniu wartości kontraktu, co przy zmiennej wartości kontraktu nie zapewnia świadczeniodawcom zwrotu kosztów wykonania tych badań.

W odniesieniu do obu typów umów w oparciu o ten przepis Wnioskodawca zakwestionował:

- pominięcie przez WRKCh trybu ich negocjacji, który to tryb, zgodnie z obowiązującymi przepisami Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych musi stosować, a jego zaniechanie doprowadziło do wymuszenia na świadczeniodawcach przyjęcia zobowiązań, których nie przyjęliby mając możliwość wyboru kontrahenta,
- narzucanie przez WRKCh umów, których postanowienia nie gwarantują stronom równych praw i obowiązków,
- wprowadzenie postanowień dających WRKCh możliwość zmiany umowy w czasie jej trwania (par. 3 umów dot. lekarzy rodzinnych oraz par. 37 umów z zakresu specjalistyki),
- zobowiązanie świadczeniodawców do częściowego finansowania kosztów transportu sanitarnego pacjentów (par. 17 pkt 3 umów dot. kompetencji lekarzy rodzinnych oraz par. 16 pkt 2 umów dot. specjalistyki),
- wprowadzenie rozbudowanego systemu kar umownych przy nie określonych jasno kryteriach przeprowadzania kontroli oraz wysokość tych kar (odpowiednio: par. 30 i 40 oraz par. 27 i 30 umów),
- postanowienia dotyczące obowiązku zwrotu środków otrzymywanych z WRKCh w razie stwierdzenia, iż są one wydatkowane niezgodnie z umową (par. 33 umów dot. lekarzy rodzinnych oraz par. 24 umów z zakresu specjalistyki)
- postanowienia dotyczące możliwości rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym, stawiające w nierównej sytuacji strony umowy i gwarantujące tej Kasie kredytowanie jej działalności przez okres 3-4 miesięcy w sytuacji, gdy zalegałaby ona z płatnościami wobec świadczeniodawców (odpowiednio: par. 38 oraz par. 34 umów).

5) uzależnieniu zawarcia umów ze świadczeniodawcami od przejęcia przez nich niektórych obowiązków WRKCh, których to obowiązków nie przejęliby mając możliwość wyboru, co naruszało art. 5 ust. 1 pkt 7 ww. ustawy, wskazując na obciążenie świadczeniodawców obowiązkiem i kosztami organizowania badań diagnostycznych oraz pozbawienie ich prawa wskazania pacjentowi jednostki diagnostycznej, w której powinien wykonać zleczone badania.

**W odpowiedzi na zawiadomienie o wszczęciu postępowania oraz treść zarzutów WRKCh** wniosła o wydanie decyzji o niestwierdzeniu stosowania przez nią praktyk zakazanych ustawą o ochronie konkurencji i konsumentów, podnosząc, iż zarzuty Wnioskodawcy są bezzasadne.

Ustosunkowując się do treści poszczególnych zarzutów WRKCh wyjaśniła, iż wszelkie jej poczynania mają na celu dobro ubezpieczonych. Dysponując określonymi środkami finansowymi Kasy Chorych mają obowiązek zapewnić ubezpieczonym dostęp do usług medycznych, a ich działanie nie jest nastawione na osiąganie zysku. Tym samym nie można zarzucać jej stosowania praktyk monopolistycznych zakazanych przepisem art. 5 ust. 1 pkt 6 ustawy antymonopolowej, do którego to naruszenia dochodzi w sytuacji, gdy w wyniku zakazanych działań osiągane są nieuzasadnione korzyści. Odnosząc się do zarzutu przeznaczania zbyt niskich kwot na finansowanie świadczeń medycznych, wskazała na przepisy ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28 poz. 153 z późniejszymi zmianami, zwanej dalej ustawą o p.u.z.) regulujące zasady ustalania planu finansowego Kas Chorych oraz na rolę Krajowego Związku Kas Chorych w tych pracach. WRKCh wyjaśniła ponadto, iż przyjęty na 2001 r. plan finansowy został skorygowany, poprzez zwiększenie środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych o kwotę 72 983,38 tys. zł. Za bezpodstawny WRKCh uznała więc zarzut ograniczania skupu usług, poprzez przeznaczanie, przy niezmienionej skali zadań, identycznych środków na zakup usług. WRKCh wyjaśniła, iż rozszerzyła zakres finansowanych usług, przeznaczając na ten cel dodatkowe środki. Podniosła ponadto, iż dokonuje zakupu usług tylko w granicach posiadanych środków, określonych w planie finansowym. Wyjaśniła także zasady przekazywania przez ZUS środków z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne. Podniosła, iż zarzut ten jest bezzasadny, ponieważ Kasa Chorych nie może ograniczać środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń, ponieważ jest instytucją powołaną do gromadzenia środków finansowych, zarządzania nimi i zawierania umów ze świadczeniodawcami w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą, a nadwyżka przychodów nad kosztami może być przeznaczona wyłącznie na spłatę pożyczki oraz zwiększenie zakresu świadczeń zdrowotnych, natomiast ewentualne naruszenie tych zasad podlega kontroli Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, a nie organów antymonopolowych.

W odniesieniu do zakwestionowania przyjętego przez nią systemu finansowania świadczeń udzielanych w ramach „*umów na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych*” WRKCh wyjaśniła, iż każdorazowe zwiększenie przez nią kwoty przeznaczonej na finansowanie świadczeń zdrowotnych, powoduje wzrost kwoty przeznaczonej za zakup świadczeń specjalistycznych. W przypadku realizowania umowy zgodnie z jej postanowieniami, a więc z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania WRKCh oraz liczby zakontraktowanych do wykonania punktów, wartość punktu nie może spaść poniżej pewnego minimum. Minimum to stanowi kwota uzyskana poprzez podzielenie maksymalnej kwoty zobowiązania WRKCh przez maksymalną liczbę punktów wynegocjowaną przez strony. WRKCh podniosła, iż w oparciu o obliczoną w ten sposób wartość punktu lekarze mogą sporządzić i oszacować swoje przychody.

WRKCh nie zgodziła się również z zarzutem przeciwdziałania ukształtowaniu się warunków dla rozwoju konkurencji na rynku świadczeniodawców, wskazując na odnotowywany corocznie wzrost liczby złożonych ofert oraz zakontraktowywanych świadczeń.

Ustosunkowując się do zarzutu odmowy skupu usług medycznych w sposób dyskryminujący niektórych świadczeniodawców, świadczących usługi z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego, WRKCh wyjaśniła, iż określając maksymalną liczbę podopiecznych przypadających na jednego lekarza na 2500 osób, przyjęła standard opracowany przez Ministerstwo Zdrowia oraz oparła się na licznych publikacjach dotyczących tej problematyki. Ograniczanie kwot wypłacanych z tytułu objęcia opieką pacjentów ponad tę liczbę miało na celu zapewnienie pacjentom należytej jakości świadczeń zdrowotnych. Temu celowi ma również służyć uregulowanie możliwości zatrudnienia dodatkowego lekarza. Podkreśliła ponadto, iż w uzasadnionych przypadkach, gdy nie ma możliwości zatrudnienia dodatkowego lekarza, dopuszcza możliwość odstąpienia od tej zasady w drodze stosowania aneksów do umów.

WRKCh nie zgodziła się również z zarzutami odnoszącymi się do organizowania, finansowania i wykonywania badan diagnostycznych. Podniosła, iż koszty tych badań w *umowach z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego* wkalkulowane zostały w stawkę kapitacyjną, jako kwota dodatkowa, wynegocjowana w rozmowach prowadzonych z przedstawicielami Wnioskodawcy. Stąd żądanie zwrotu kwoty wypłaconej na ten cel na każdego pacjenta w sytuacji, gdy badania takie nie zostały zlecone i przeprowadzone, uzasadnione jest dążeniem do wyeliminowania możliwości czynienia przez lekarzy oszczędności kosztem pacjentów. W odniesieniu do *umów z zakresu specjalistyki* WRKCh podniosła, iż badania diagnostyczne stanowią część porady specjalistycznej, stąd koszt ich wykonania wkalkulowany został w koszt porady. Wskazała, iż Kasa finansuje trzy typy porad różniące się stopniem obciążenia diagnostyką, wobec czego zastosowano zróżnicowanie porad w zależności od ponoszonych przez specjalistów kosztów badań diagnostycznych stanowiących element porady.

WRKCh nie zgodziła się również z stwierdzeniem, iż nieuzasadnionych korzyści przysparza jej przerzucanie na świadczeniodawców obowiązków organizacyjnych i administracyjnych związanych z zapewnieniem pacjentom badań diagnostycznych. Argumentowała, iż art. 31 ust. 2 pkt 2 ustawy o p.u.z. nakłada na Kasy Chorych obowiązek zapewnienia ubezpieczonym m.in. badań diagnostycznych, a Kasy mogą realizować ten obowiązek poprzez zawarcie umów bezpośrednio z laboratoriami, bądź pośrednio, przez umowy z lekarzami. WRKCh podniosła ponadto, iż wymienienie badań diagnostycznych w niezamkniętym katalogu świadczeń, które Kasa zapewnia, nie przesądza, iż muszą one być osobno kontraktowane. Podobne zasady stosowane są w przypadku takich świadczeń, jak: opieka nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, opieka prenatalna nad płodem, opieka nad noworodkiem i nikt ich nie kwestionuje.

WRKCh zaprzeczyła także twierdzeniom Wnioskodawcy, iż wprowadziła ograniczenia co do możliwości zatrudnienia przez lekarza rodzinnego innego lekarza, stanowiąc iż lekarz taki może być zatrudniony wyłącznie u jednego lekarza rodzinnego. Wskazała na treść par. 5 umów dot. praktyki lekarza rodzinnego, zgodnie z którym ograniczenia odnoszą się wyłącznie do lekarza z którym Kasa ta zawarła umowę na udzielanie świadczeń (innego świadczeniodawcy), z którego pomocy korzysta dany lekarz rodzinny.

WRKCh podkreśliła, iż umowy zawierane przez Kasy Chorych należą do tzw. umów adhezyjnych, co oznacza, że składając ofertę świadczeniodawcy nie mogą oczekiwać, iż warunki każdej z umów będą z każdym z nich oddzielnie negocjowane.

Odnosnie zarzutu wprowadzenia nadmiernie rozbudowanego systemu kar umownych, nadmiernej ich wysokości oraz nieokreślenia czytelnych kryteriów przeprowadzania kontroli WRKCh podniosła, iż kary umowne przewidziane w umowach ze świadczeniodawcami nie stanowią narzędzia w zdobywaniu przez Kasę nieuzasadnionych korzyści, lecz są środkiem do spowodowania należytego wykonywania zobowiązań wynikających z umowy. Zwróciła uwagę, iż możliwość ich nałożenia i egzekwowania występuje wyłącznie wówczas, gdy świadczeniodawca z własnej winy nie realizuje tych postanowień umowy, których treść dotyczy praw pacjenta. Wskazała również na treść regulaminu kontroli WRKCh, który stanowi integralną część zakwestionowanych umów i którego postanowienia w sposób wystarczający regulują przeprowadzanie lub zlecenie kontroli realizacji ww. umów. WRKCh podniosła ponadto, iż Wnioskodawca przywołał kary umowne, których umowy nie przewidują, wskazując na błędne odczytanie przez niego treści postanowień dotyczących wysokości kar.

Pismem z dnia 11.10.2001 r. Wnioskodawca wniósł o nadanie decyzji Urzędu **rygoru natychmiastowej wykonalności**. W uzasadnieniu tego wniosku podał, iż brak takiego rygoru spowoduje, iż zakwestionowane postanowienia umowne będą obowiązywać także w 2002 roku, co nie wpłynie pozytywnie na jakość usług świadczonych pacjentom, a spowoduje dalsze ograniczenie dostępu do świadczeń lekarskich.

Wnioskodawca przedłożył również teksty umów opracowanych przez WRKCh na rok kontraktowy 2002. Postanowienia tych umów praktycznie nie różnią się od umów zawartych na 2001 rok, jedynie zmniejszony został limit pacjentów, jaki może zostać objęty opieką w przypadku zatrudnienia dodatkowego lekarza (z 4000 do 3200) oraz poszerzony został katalog kar umownych, jakie WRKCh może egzekwować od świadczeniodawców (w przypadku skierowania pacjenta do szpitala bez wykonanego uprzednio kompletu badań diagnostycznych oraz wystawiania skierowań na drukach innych niż określone w umowie).

Odnosząc się do treści tego pisma WRKCh wniosła o nieuwzględnienie wniosku o nadanie decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności, podnosząc iż Wnioskodawca nie wyjaśnił jaki wyjątkowo ważny interes strony może zostać naruszony w przypadku dalszego funkcjonowania umów, o ile Urząd uzna, że ich postanowienia naruszają przepisy ustawy antymonopolowej, a decyzja nie uprawomocni się na etapie postępowania administracyjnego. Powołując się na orzecznictwo sądów w tym zakresie, WRKCh wskazała, iż ocena rangi interesu należy zarówno do strony, jak również do organu antymonopolowego, który poddaje ją weryfikacji mając na uwadze interesy innych stron oraz konsekwencje materialne i niematerialne natychmiastowego wykonania decyzji. W ocenie WRKCh nadanie decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności może pociągnąć za sobą wprost niewyobrażalne konsekwencje, zwłaszcza w obliczu aktualnej sytuacji finansów publicznych.

**Po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów ustalił, co następuje:**

Z wnioskiem o wszczęcie przeciwko WRKCh niniejszego postępowania antymonopolowego wystąpiła Wielkopolska Izba Lekarska z siedzibą w Poznaniu, ul. Nowowiejskiego 51 (Wnioskodawca). Podstawę prawną istnienia i działania izb lekarskich, Naczelnej oraz okręgowych, stanowią przepisy ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30 poz. 158 z późniejszymi zmianami). Wielkopolską Izbę Lekarską stanowią lekarze wpisani na listę jej członków, przy czym przynależność ta jest dla lekarzy obowiązkowa. Jako organizacja powołana do reprezentowania interesów zawodowych



lekarzy, jest uznawana za związek przedsiębiorców. Ma więc uprawnienie do występowania z wnioskiem o wszczęcie postępowania antymonopolowego (art. 84 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów).

Powszechne obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne zostało wprowadzone wspomnianą wyżej ustawą z dnia 06 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (ustawa o p.u.z.). Ustawa ta w celu realizacji ubezpieczenia zdrowotnego powołała specjalne instytucje – kasy chorych. Kasy chorych, w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą, gromadzą środki finansowe, zarządzają nimi oraz zawierają umowy ze świadczeniodawcami. Kasy Chorych są więc jedynymi dysponentami środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń wykonywanych w ramach ubezpieczenia społecznego. Środki te wypłacane są tym spośród świadczeniodawców, z którymi zawarte zostały umowy na udzielanie świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia społecznego (art. 4 ustawy o p.u.z.). Na obszarze województwa wielkopolskiego organizowanie świadczeń zdrowotnych w oparciu o system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych realizowane jest przez Wielkopolską Regionalną Kasę Chorych z siedzibą w Poznaniu (WRKCh). Terytorialny zasięg działania WRKCh określony został rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 07 grudnia 1998 r. w sprawie utworzenia regionalnych Kas Chorych i ich oddziałów, określenia ich siedzib i obszaru działania oraz nadania im statutów (Dz.U. nr 152 poz. 989).

Zgodnie z art. 54 ustawy o p.u.z. Kasa Chorych zawiera umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych po uprzednim przeprowadzeniu konkursu. Tryb składania ofert w celu zawarcia takich umów, przeprowadzania konkursu ofert oraz zgłaszania skarg i protestów z tym związanych określony został w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998 r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. nr 148 poz. 978 ze zm.). Zgodnie z treścią par. 7 tego rozporządzenia, w przypadku gdy zamawiający (kasa chorych) przygotował wzór oferty lub jej formularz, złożenie oferty powinno nastąpić zgodnie z tym wzorem lub formularzem. WRKCh opracowała i opublikowała przyjęte w dniu 28.07.2000 r. uchwałą Zarządu Kasy „szczegółowe warunki konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przeprowadzanych w powiatach województwa wielkopolskiego”. W dokumencie tym wyszczególnione zostały kryteria, w oparciu o które oferty będą oceniane. W oparciu o ten dokument świadczeniodawcy zamierzający ubiegać się o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązani byli do opracowania swojej oferty. Ww. rozporządzenie MZiOS nie precyzuje, jaka powinna być szczegółowa treść oferty. Jednakże w par.6 pkt 3 nałożony został na zamawiającego (kasy chorych) obowiązek określenia w *ogłoszeniu o konkursie ofert* warunków, jakie oferta powinna spełniać. W konkursie ofert organizowanym przez WRKCh na 2001 rok mogły uczestniczyć wyłącznie oferty opracowane w oparciu o wskazany wyżej dokument.

Po przeprowadzeniu konkursu ofert WRKCh wyłania świadczeniodawców, z którymi zawiera „*umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*”. Treść tych umów również została opracowana przez WRKCh i przyjęta ww. uchwałą jej Zarządu. Przedmiotem umów jest organizowanie i udzielanie przez świadczeniodawcę bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w ściśle określonym zakresie. Przedmiotem wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego były dwa rodzaje umów: „*na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych należących do kompetencji*

lekarza rodzinnego” oraz „na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”.

Art. 53 ust. 4 ustawy o p.u.z. precyzuje, jaką problematykę powinny regulować umowy zawierane między Kasą Chorych, a świadczeniodawcami. Zgodnie z jego treścią, umowy powinny określać rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, warunki i zasady ich udzielania, zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami, maksymalną kwotę zobowiązania Kasy Chorych wobec świadczeniodawców, zasady kontroli realizacji umów, rozpatrywania kwestii spornych, prowadzenia dokumentacji i jej udostępniania. Wszystkie te elementy zawarte zostały w treści umów dot. świadczeń należących do kompetencji lekarza rodzinnego oraz świadczeń specjalistycznych, opracowanych i przyjętych przez WRKCh na 2001, a także w projektach umów opracowanych i kontraktowanych na 2002 rok, przedłożonych przez Wnioskodawcę w toku postępowania.

W dniu 01 kwietnia 2001 r. weszła w życie ustawa z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 122 poz. 1319). Ustawa ta zastąpiła ww. ustawę antymonopolową, pod rządami której został opracowany i wniesiony wniosek o wszczęcie niniejszego postępowania. Przepis art. 113 nowej ustawy stanowi, iż do postępowań wszczętych i nie zakończonych stosuje się przepisy nowej ustawy, stąd odpowiedniej zmiany wymagała klasyfikacja prawna zarzutów podniesionych wobec WRKCh. W nowej ustawie zarzuty te podlegają ocenie w aspekcie treści przepisu art. 8 ust. 1 i 2.

#### **Urząd zważył, co następuje:**

Rygorom przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów podlegają *wyłącznie* działania przedsiębiorców. Definicja przedsiębiorcy zawarta została w art. 4 ustawy. W świetle tego przepisu przedsiębiorcami są m.in. osoby fizyczne i prawne oraz jednostki organizacyjne nie mające osobowości prawnej, prowadzące działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. Prawo działalności gospodarczej (Dz.U. Nr 101 poz. 1178 ze zm.), a także osoby fizyczne i prawne oraz jednostki organizacyjne nie mające osobowości prawnej, organizujące lub świadczące usługi o charakterze użyteczności publicznej, które nie są działalnością gospodarczą w rozumieniu przepisów o działalności gospodarczej. Pojęcie działalności gospodarczej ukształtowane zostało na gruncie obowiązującej ww. ustawy Prawo o działalności gospodarczej. Działalnością gospodarczą w rozumieniu przepisu art. 2 ust. 1 tej ustawy jest m.in. zarobkowa działalność wytwórcza, handlowa, budowlana i usługowa wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły.

Jak wyżej wspomniano zasady funkcjonowania kas chorych, ich strukturę oraz nadzór nad działalnością regulują przepisy ustawy o p.u.z. Przepis art. 7 tej ustawy stanowi, iż kasa chorych *nie może prowadzić działalności gospodarczej*, co przesądza o niemożności uznania kas chorych, w oparciu o to kryterium, za przedsiębiorcę w rozumieniu przepisów ustawy Prawo działalności gospodarczej. Rozważeniu natomiast podlega, czy kasy chorych *organizują lub świadczą usługi o charakterze użyteczności publicznej*. Zgodnie z art. 4 pkt 1a ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów spełnienie tego kryterium umożliwia uznanie danego podmiotu za przedsiębiorcę podlegającego jej rygorom. Kasy chorych nie zajmują się bezpośrednio świadczeniem usług medycznych, są natomiast *organizatorami* tej działalności. Za przedsiębiorców w rozumieniu ww. przepisu kasy chorych mogą zostać uznane wyłącznie wówczas, gdy przyjmiemy, iż świadczenie usług medycznych jest działalnością *o charakterze*

*użyteczności publicznej*. Definicja usług o charakterze użyteczności publicznej nie została ściśle sprecyzowana. W myśl jednego z poglądów doktryny usługi o charakterze użyteczności publicznej należy zdefiniować poprzez wskazanie celu, któremu ma służyć ich realizacja. W przypadku usług medycznych celem tym jest ochrona zdrowia społeczeństwa. Ponieważ ochrona zdrowia lokalnej społeczności została wymieniona wśród zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego (art. 7 ustawy z dnia 08 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz. U. Z 1996 r. Nr 13 poz. 74 ze zmianami), a zadania własne gmin z reguły traktowane są jako zadania o charakterze użyteczności publicznej, można przyjąć, iż świadczenie usług medycznych należy również do kategorii usług o takim właśnie charakterze. Inny z poglądów łączy działalność o charakterze użyteczności publicznej z realizacją potrzeb o charakterze zbiorowym, brakiem ekwiwalentności świadczeń (odbiorcy ponoszą jedynie część realnych kosztów uzyskanego świadczenia), nie nastawieniem na osiąganie zysku i zasilaniem finansowym ze środków publicznych (por. C. Kosikowski „Polskie Publiczne Prawo Gospodarcze” Wyd. Prawnicze PWN W-wa 1998, str. 293). Wszystkie te kryteria, w ocenie Urzędu, spełniają Kasy Chorych. Ponieważ zgodnie z treścią art. 31 ust. 2 ustawy o p.u.z. Kasy Chorych są zobowiązane do zapewnienia ubezpieczonym szeregu świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego poprzez zawieranie umów o udzielanie świadczeń z zakładami opieki zdrowotnej i osobami wykonującymi zawód medyczny (art. 53 ust. 1 w/w ustawy) oraz kontrolę realizacji tychże umów (art. 61 w/w ustawy), można uznać je za **organizatora usług użyteczności publicznej** na wyznaczonym terenie. Tym samym zasadne jest stwierdzenie, iż **Kasy Chorych są przedsiębiorcą** w rozumieniu art. 4 pkt 1a ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

## I.

Zgodnie z treścią **art. 8 ust. 1** ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów za praktyki ograniczające konkurencję uznaje się nadużywanie pozycji dominującej na rynku. Przez pozycję dominującą, zdefiniowaną w art. 4 pkt 9 ustawy rozumie się pozycję przedsiębiorcy, która umożliwia mu zapobieganie skutecznej konkurencji na rynku właściwym przez stworzenie mu możliwości działania w znacznej mierze niezależnie od konkurentów, kontrahentów oraz konsumentów; domniemywa się, że przedsiębiorca ma pozycję dominującą, jeżeli jego udział w rynku przekracza 40%.

Treść przepisów ustawy o p.u.z., która reguluje funkcjonowanie sektora ubezpieczeń zdrowotnych, rzutuje na wyznaczenie rynku właściwego (relewantnego) w niniejszej sprawie. Rynek ten należy zdefiniować jako **rynek organizowania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonych z terenu województwa wielkopolskiego**. Na tak oznaczonym rynku instytucjami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego uprawnionymi do realizowania ubezpieczeń zdrowotnych są: WRKCh oraz Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych. Na dzień 21.05.2001 r. liczba ubezpieczonych z terenu województwa wielkopolskiego w tej ostatniej Kasie wynosiła 167.463 osoby (dowód: pismo tej Kasy z dnia 21.05. 2001 r. – karta akt 381-382). Porównanie tej wielkości z liczbą osób zamieszkujących teren województwa wielkopolskiego (3.355,300)<sup>1</sup>, a więc *de facto* osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, pozwala stwierdzić, że na wyżej oznaczonym rynku *WRKCh posiada pozycję silnie dominującą, bliską monopolistycznej*. Obliczony w oparciu o ww. dane liczbowe udział WRKCh w rynku wynosi ok. 95%.

Zarzuty podniesione przez Wnioskodawcę dotyczą warunków umów przyjętych do kontraktowania przez WRKCh odnośnie kompetencji lekarza rodzinnego oraz udzielania

świadczeń specjalistycznych, w zakresie nałożonych na świadczeniodawców obowiązków, zasad finansowania i rozliczania za wykonane przez nich usługi, zakresu ingerencji WRKCh w działalność świadczeniodawców oraz kontroli wykonania umów. Urząd wszczął i prowadził postępowanie antymonopolowe pod zarzutem naruszenia przepisów **art. 8 ust. 2 pkt 2, 4, 5, 6 oraz art. 8 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów**. Art. 8 ust. 1 tej ustawy zakazuje nadużywania pozycji dominującej na rynku. Art. 8 ust. 2 konkretyzuje przejawy nadużywania tej pozycji. Z uwagi na otwarty katalog praktyk ograniczających konkurencję, nie ma formalnych przeszkód, aby został on poszerzony o działania przedsiębiorców, noszące znamiona bezprawnego zachowania ograniczającego konkurencję lub eksploatującego pozycję zajmowaną na rynku lub godzącego w interesy konsumentów. Zgodnie z treścią wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego, działania WRKCh zakwestionowane zostały w oparciu o punkty 2, 4, 5 i 6 tego przepisu oraz dodatkowo w oparciu o przepis art. 8 ust. 2, jako odmowę skupu usług medycznych w sposób dyskryminujący niektórych świadczeniodawców, w sytuacji gdy nie mają oni alternatywnych możliwości zbytu świadczonych przez siebie usług.

Przepis **art. 8 ust. 2 pkt 2** ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów zakazuje ograniczania produkcji, zbytu lub postępu technicznego ze szkodą dla kontrahentów lub konsumentów.

Zdaniem Wnioskodawcy WRKCh naruszyła ten przepis nie uwzględniając w budżecie przyjętym na 2001 rok wzrostu wpływów z tytułu zwiększonej ściągłości składek i w rezultacie przeznaczając na finansowanie świadczeń kwot na poziomie zbliżonym do 2000 r. oraz przyjmując, iż w umowach z zakresu specjalistyki jednostką rozliczeniową jest punkt o zmiennej wartości. W jego ocenie WRKCh w ten sposób świadomie ogranicza skup usług, pomimo iż posiada możliwość finansowania ich rozszerzenia, co prowadzi do obniżenia cen usług poniżej progu ich opłacalności. Przyjęte rozwiązania preferują w jego ocenie podmioty mogące zaoferować szerszą paletę usług, w tym świadczące równolegle usługi odpłatne i nieodpłatne. Obniżają także zdolność kredytową świadczeniodawców, ograniczając ich w możliwości pozyskania środków finansowych z obcych źródeł.

Odnosząc się do zarzutu dot. **konstrukcji budżetu WRKCh** Urząd podziela w tym zakresie stanowisko WRKCh, iż kwestia oceniania prawidłowości konstruowania budżetu kas chorych nie należy do kompetencji organu antymonopolowego, a powinna być przeprowadzana w oparciu o przepisy ustawy o p.u.z. przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ). Zdaniem Urzędu w odniesieniu do instytucji kas chorych ocenie organów antymonopolowych nie może podlegać kwestia podziału środków finansowych, jakimi kasy te dysponują, w tym również kwestionowanie wielkości środków przeznaczonych na finansowanie poszczególnych zadań. Stąd rozpatrując zarzut skonstruowania budżetu na 2001 rok w oparciu o zaniżone szacunki oraz przeznaczenia zbyt niskich kwot na realizację świadczeń, Urząd nie mógł weryfikować treści zakwestionowanego planu finansowego WRKCh.

Ponieważ zarzut Wnioskodawcy odnosił się do skutków, jakie zakwestionowana konstrukcja budżetu wywołuje w sferze funkcjonowania zakładów świadczeniodawców (wielkość kwot przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych wpływa na warunki funkcjonowania świadczeniodawców), Urząd rozpatrywał go jako ewentualne naruszenie przepisu art. 8 ust. 2 pkt 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Oceniając w tym zakresie działania WRKCh Urząd przeanalizował *Roczne plany finansowe WRKCh na 2000 oraz 2001 rok* (karty akt: 205-208 oraz 210-213), wyjaśnienia WRKCh (karty akt: 151-153,

243-244) oraz uwzględnił treść przepisów regulujących zasady konstruowania i uchwalania budżetu kas chorych (art. 82 oraz rozdział 7 ustawy o p.u.z.). Treść tych materiałów pozwala uznać zarzuty Wnioskodawcy, dotyczące świadomego ograniczania skupu usług i w rezultacie obniżenia cen usług poniżej progu ich opłacalności, za bezpodstawne. I tak, budżet WRKCh na 2001 rok skonstruowany został z uwzględnieniem danych i informacji przekazanych przez Krajowy Związek Kas Chorych (KZKCh), a więc jednostki która dysponowała wiarygodnymi informacjami o splywie składek do centrali ZUS w Warszawie i której dane wykorzystywane są przez wszystkie kasy chorych oraz nie są kwestionowane przez UNUZ. Nie można więc stwierdzić, iż WRKCh nieprawidłowo oszacowała wielkość przychodów ze składek, przez co w sposób celowy ograniczyła możliwość skupu świadczeń medycznych. Ponadto WRKCh każdorazowo reagowała na zmiany wpływów z tytułu lepszej ściągalności składek, dwukrotnie nowelizując swój budżet na 2001 rok i zwiększając kwoty przeznaczone na kontraktowanie świadczeń dowód: karty akt 214-217). Zwiększona została również ilość zadań ciężących na Kasie, co również spowodowało, iż kwoty przeznaczone na realizację świadczeń nie mogły wzrosnąć w sposób odczuwalny (dowód: wyjaśnienia WRKCh – karta akt: 152). Z tych względów zarzuty Wnioskodawcy co wielkości środków przeznaczonych na realizację świadczeń z zakresu podstawowej opieki medycznej i specjalistyki oraz celowego ograniczania skupu usług oferowanych przez świadczeniodawców i obniżenia cen usług poniżej progu ich opłacalności, nie zostały uwzględnione. Powyższe okoliczności, zdaniem Urzędu, pozwalają stwierdzić, iż w zakresie podnoszonym przez Wnioskodawcę WRKCh nie naruszyła przepisu art. 8 ust. 2 pkt 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

W oparciu o ww. przepis Wnioskodawca zakwestionował również postanowienia par. 20 *umów z zakresu udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych*, który stanowi, iż jednostką rozliczeniową jest punkt o zmiennej wartości. Zdaniem Urzędu w odniesieniu do tej kwestii przyjęta przez Wnioskodawcę konstrukcja prawna, w myśl której przyjęty mechanizm wynagradzania prowadzi do wymuszenia skupu usług po obniżonych cenach, co prowadzi do ograniczenia skupu usług ze szkodą dla świadczeniodawców (wniosek - karta akt 6), jest nieprawidłowa. System rozliczania świadczeniodawców zawarty w par. 20 ww. umów może być zakwestionowany wyłącznie w oparciu o przepis art. 8 ust. 2 pkt 6 (narzucanie uciążliwych warunków umów – przepis ten powołał również Wnioskodawca, kwestionując to postanowienie umowy), co zostanie rozpatrzone w dalszej części uzasadnienia decyzji.

W ocenie Urzędu nie można również stwierdzić, iż w rezultacie zakwestionowanych przez Wnioskodawcę działań WRKCh preferuje podmioty mogące zaoferować szerszą paletę usług, a w szczególności podmioty, które równolegle świadczą usługi odpłatne i nieodpłatne. Brak bowiem podstaw do stwierdzenia, iż WRKCh w sposób celowy i zawiniony prowadzi taką politykę finansową, której skutkiem w rezultacie ograniczania globalnej kwoty świadczeń oraz obniżania cen jest eliminowanie z rynku podmiotów najsłabszych.

Stąd orzeczono jak w punkcie I.1 sentencji decyzji.

Ww. zachowania WRKCh Wnioskodawca zakwestionował również w oparciu o przepis **art. 8 ust. 2 pkt 5** ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Przepis ten zakazuje przeciwdziałania ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji.

Aby określone działanie uznane zostało za przeciwdziałające ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji na rynku, musi w sposób

bezpośredni naruszać reguły konkurencji na tym rynku, lub wywoływać skutki, które prowadzą do takiego naruszenia. Przykładem takich zachowania jest np. stwarzanie nierównoprawnych warunków działania przedsiębiorców czy uniemożliwianie lub ograniczanie możliwości wejścia na rynek, który powinien być konkurencyjny. W takich przypadkach przedsiębiorcy albo mają różne warunki działania, przez to nie są względem siebie konkurencyjni, albo interesującej ich działalności gospodarczej nie mogą podjąć, co uniemożliwia powstanie jakiegokolwiek konkurencji na rynku. Zdaniem Urzędu kwestionowane działania WRKCh w odniesieniu do treści tego przepisu nie mają takiego charakteru. Podstawowym zadaniem kas chorych oraz przeprowadzanej reformy zdrowia jest zapewnienie ubezpieczonym jak najlepszego dostępu do usług medycznych, przy ograniczonych środkach finansowych.. W celu realizacji tego zadania kasy chorych podejmują działania o charakterze administracyjnym, w wyniku których na rynku świadczenia usług w ramach p.u.z. pozostaną świadczeniodawcy, których oferta jest najkorzystniejsza (służy temu konkurs ofert). W ocenie Urzędu nie można twierdzić, iż kasy chorych celowo przeciwdziałają rozwojowi konkurencji na tym rynku. W interesie kas chorych (które reprezentują interesy ubezpieczonych) jest, aby rynek ten był konkurencyjny. Dysponując ograniczonymi środkami kasy chorych nie są w stanie przeznaczać na finansowanie świadczeń kwot satysfakcjonujących wszystkich świadczeniodawców. Wobec stwierdzenia braku podstaw do uznania, iż WRKCh świadomie ogranicza skup usług, pomimo posiadanych możliwości finansowania ich rozszerzenia, co mogłoby prowadzić do obniżenia cen usług poniżej progu ich opłacalności, nie znaleziono również podstaw do uznania, iż w kwestionowanym przez Wnioskodawcę zakresie WRKCh narusza przepis art. 8 ust. 2 pkt 5 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Stąd orzeczono jak w punkcie I.2. sentencji decyzji.

Kwestionując wprowadzone przez WRKCh w umowach z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego ***ograniczenia dot. liczby pacjentów przypadających na jednego lekarza rodzinnego, limitowania liczby pacjentów, co do których lekarz rodzinny ma wypłacaną stawkę kapitacyjną w pełnej wysokości oraz ograniczeń w zakresie skorzystania z pomocy innego lekarza lub innego świadczeniodawcy*** (par. 5 pkt ww. umów) Wnioskodawca przywołał ***przepis art. 5 ust. 1 pkt 4*** obowiązującej w dacie wniesienia wniosku ustawy o przeciwdziałaniu praktykom monopolistycznym i ochronie interesów konsumentów. Przepis ten zakazywał odmowy skupu usług, dyskryminującą niektórych przedsiębiorców, przy braku alternatywnych źródeł zaopatrzenia lub zbytu. Przepis taki nie został zawarty w art. 8 ust. 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Ponieważ katalog zakazanych działań zawarty w tym przepisie ma charakter otwarty, w sytuacji, gdy kwestionowane zachowanie nie zostało w nim wymienione, a może stanowić przejaw nadużywania pozycji dominującej, można je zakwalifikować w oparciu o ***art. 8 ust. 1 i 2 tej ustawy***, jako nadużywanie pozycji dominującej na rynku, polegające na odmowie skupu usług medycznych, dyskryminujące niektórych świadczeniodawców, przy braku alternatywnych możliwości zbytu oferowanych przez nich usług. Przepis ten miał zapobiec dyskryminacyjnym odmowom zawarcia umowy, które wypaczają reguły konkurencji na rynku relevantnym. Do jego naruszenia dochodzi więc w sytuacji, gdy podmiot dominujący stosuje różne kryteria w doborze kontrahentów.

W oparciu o ten przepis Wnioskodawca zakwestionował postanowienia umów z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego, dotyczące przyjętych przez WRKCh limitów w zakresie liczby pacjentów podlegających opiece jednego lekarza rodzinnego oraz związany z tym system rozliczeń (par. 5 oraz 25 pkt 4). Zdaniem Urzędu również w odniesieniu do tych zarzutów kwalifikacja przyjęta przez Wnioskodawcę nie jest właściwa. WRKCh nie

odmawia bowiem zawarcia umowy, a w stosunku do wszystkich kontrahentów WRKCh stosuje takie same warunki w zakresie limitów i stawek wynagrodzenia. Nie można więc kwalifikować tych zarzutów jako odmowy skupu świadczonych przez nich usług, w sposób dyskryminujący niektórych kontrahentów.

Stąd w tym zakresie, w punkcie I.3 sentencji decyzji, nie stwierdzono wyżej opisanego nadużycia przez WRKCh pozycji rynkowej, a zarzuty dot. tych kwestii rozpatrywane były jako naruszenie art. 8 ust. 1 pkt 6 ustawy (narzucanie uciążliwych warunków umów), analizowane w dalszej części uzasadnienia niniejszej decyzji.

Kwestionując ***zobowiązanie świadczeniodawców do organizowania badań diagnostycznych pacjentów i ponoszenia związanych z tym kosztów oraz pozbawienie ich prawa wskazania pacjentowi jednostki diagnostycznej, w której powinien wykonać zleczone badania*** Wnioskodawca wskazał na naruszenie przez WRKCh przepisu art. 8 ust. 2 pkt 4 ustawy. Przepis ten zakazuje uzależniania zawarcia umowy od przyjęcia lub spełnienia przez drugą stronę innego świadczenia, nie mającego rzeczowego ani zwyczajowego związku z przedmiotem umowy.

Warunkiem stwierdzenia naruszenia przepisu art. 8 ust. 2 pkt 4 jest konieczność wykazania *braku związku* pomiędzy przedmiotem umowy a wymuszonym świadczeniem. Zdaniem Urzędu w odniesieniu do ww. postanowień umów zawieranych przez WRKCh ze świadczeniodawcami nie można stwierdzić, iż obowiązki w nich określone nie mają związku z przedmiotem umowy, bowiem zarówno przedmiot tej umowy, jak i wspomniane obowiązki, związane są z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Stąd zarzut naruszenia przez WRKCh tego przepisu jest nieuzasadniony, a w oparciu o normę w nim zawartą nie można zakwestionować ww. postanowień badanych umów.

W związku z powyższym orzeczono, jak w punkcie I.4 sentencji decyzji.

Zdaniem Urzędu większość postawionych przez Wnioskodawcę zarzutów powinna być rozpatrywana w oparciu o przepis **art. 8 ust. 2 pkt 6** ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Przepis ten zakazuje narzucania uciążliwych warunków umów, przynoszących przedsiębiorcy narzucającemu takie warunki nieuzasadnione korzyści. Do jego naruszenia dochodzi wówczas, gdy spełnione zostają *łącznie* trzy przesłanki: zakwestionowane warunki umów są uciążliwe, zostają narzucone i przynoszą nieuzasadnione korzyści. Narzucanie uciążliwych warunków umów musi mieć charakter przymusowy, wymuszony przez podmiot dominujący posiadaną siłą rynkową.

W przedmiotowej sprawie jest poza sporem, iż WRKCh jest instytucją powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego uprawnioną do realizowania ubezpieczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonych z terenu województwa wielkopolskiego. Posiadana przez WRKCh siła rynkowa oraz przepisy ustawy o p.u.z. pozwalają jej na przedstawienie świadczeniodawcom warunków umów, których w warunkach konkurencji nie byłaby w stanie wynegocjować. Umowy te mają *quasi* adhezyjny charakter, utrudniający negocjowanie ich treści. W przypadku zawierania tego rodzaju umów swoboda kontrahenta (świadczeniodawcy) w kształtowaniu ich treści jest ograniczona. Może on albo zawrzeć umowę o treści wskazanej przez jego kontrahenta, albo w ogóle zrezygnować z zawarcia umowy. Treść umowy jest tu więc w istocie podyktowana przez jedną stronę. Stąd zarzut narzucenia przez WRKCh zakwestionowanych umów Urząd uznał za uzasadniony, tym bardziej, iż strony zgodnie podnosiły ich adhezyjny charakter.

Osiągane przez przedsiębiorcę stosującego praktykę ograniczającą konkurencję z art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów **nieuzasadnione korzyści** są odpowiednikiem uciążliwych warunków umów narzuconych kontrahentowi. Nieuzasadnione korzyści są osiągane kosztem kontrahenta i pozostają w normalnym związku przyczynowym z narzuconymi kontrahentowi uciążliwymi warunkami umów (*por. Stanisław Gronowski „Ustawa antymonopolowa. Komentarz” Wyd. BECK wyd 2, W-wa 1999, str. 218*).

Odnosząc treść tego przepisu do przyjętego przez WRKCh trybu przeprowadzania konkursu ofert, zawierania umów oraz zakwestionowanych przez Wnioskodawcę postanowień dotyczących: możliwości zmiany treści umowy w czasie jej trwania jednostronnie przez tę Kasę, wprowadzenia rozbudowanego systemu kar umownych, obciążających świadczeniodawców, przy nieokreśleniu czytelnych i niezmiennych kryteriów przeprowadzania kontroli oraz ustanowienia tych kar na zbyt wysokim poziomie, Urząd nie znalazł podstaw do stwierdzenia, iż działania te mają charakter bezprawny i przynoszą WRKCh nieuzasadnione korzyści.

W ocenie Urzędu brak jest podstaw do zakwestionowania przyjętego przez WRKCh **trybu przeprowadzania konkursu i zawierania umów** na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Przepisy ustawy o p.u.z. oraz wydanego w tej sprawie rozporządzenia MZiOS uzasadniają w tym zakresie działanie WRKCh. Przepisy te nakładają na Kasy Chorych obowiązek zapewnienia ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych, m.in. poprzez zawieranie umów na udzielanie świadczeń. Na 2001 r. umów takich WRKCh zawarła ponad 3000. Negocjowanie postanowień umów z każdym z świadczeniodawców byłoby więc praktycznie niewykonalne, także ze względu na krótki okres czasu przeznaczony na przeprowadzenie konkursu i zawarcie umów. Z tych względów WRKCh przygotowała wzorzec umowy, który następnie zastosowała przy zawieraniu umów z wybranymi w drodze konkursu oferentami. Zdaniem Urzędu zakwestionowany przez wnioskodawcę tryb przeprowadzania konkursu ofert oraz podpisywania umów na świadczenia zdrowotne, wyłączający negocjowanie treści podpisywanych umów ma oparcie w przepisach ustawy o p.u.z. i jako taki nie może zostać uznany za bezprawny (*vide* wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19.11.2001 r., sygn. K3/2000). Stąd nie można uznać, iż działanie WRKCh w tym zakresie narusza przepisy ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Znalazło to swoje odzwierciedlenie w punkcie I.5a sentencji decyzji.

Również w odniesieniu do postanowień zawartych w par. 35 umów z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego oraz par. 31 umów z zakresu specjalistyki (karty akt 34-35, 63-64), dotyczących **zmian warunków umowy**, nie została spełniona przesłanka dot. uzyskiwania przez WRKCh nieuzasadnionych korzyści. Przede wszystkim postanowienie te umożliwiają wystąpienie z propozycją zmian umowy obu stronom umowy (odpowiednio. par. 35. 1, par. 31.1). Nie można więc twierdzić, iż WRKCh jednostronnie zastrzega sobie możliwość zmian warunków umowy. Zgodnie z zasadą swobody umów strony kształtują treść łączącego je stosunku prawnego. Postanowienia ww. paragrafów co prawda nie określają, co nastąpi w przypadku gdy propozycję zmiany umowy zgłosi świadczeniodawca, lecz jednocześnie umowa odsyła w sprawach nieuregulowanych do przepisów k.c. (j.w. par. 43, par. 39). Po drugie, w odniesieniu do zmian spowodowanych zmianą Statutu, w zakresie nie obejmujących spraw dot. zasad rozliczeń, świadczeniodawca może ich nie zaakceptować, co skutkuje rozwiązaniem umowy (j.w.: par.35.3, par. 31.3). Statut WRKCh (Dz.U.1998 nr 152 poz. 989) obok zadań i zasad funkcjonowania Kasy i jej organów, reguluje także zasady udzielania niektórych świadczeń. Zmiana tych postanowień może więc skutkować koniecznością zmiany treści umów zawartych ze świadczeniodawcami. Ponieważ WRKCh



wyłączyła sprawy obejmujące zasady wzajemnych rozliczeń i w tym zakresie umowa w trybie przewidzianym dla zmiany Statutu nie ulega zmianie, zmiany te mogą co najwyżej dotyczyć spraw nie wpływających na istotną zmianę sytuacji prawnej świadczeniodawców. Stąd nieuzasadnione są obawy Wnioskodawcy, iż w ten sposób WRKCh może zastrzegać sobie prawo zmiany umowy w kwestiach zasadniczych dla funkcjonowania zakładów świadczeniodawców. Wnioskodawca zakwestionował również prawo WRKCh do zmiany treści umowy w przypadku zmiany przepisów regulujących kwestie udzielania świadczeń uczniom oraz studentom ubezpieczonym w innych kasach chorych (odpowiednio: par. 2 pkt 6 i 7 oraz par. 3 pkt 3 i 4). Zdaniem Urzędu, także w odniesieniu do tego uregulowania, zarzuty Wnioskodawcy nie mogą zostać uwzględnione. WRKCh w tym zakresie współdziała z innymi kasami. Uregulowanie zasad udzielania opieki osobom uczącym się może ulegać zmianie, chociażby wobec różnych cen tych usług w poszczególnych kasach chorych oraz zawieranych w tym przedmiocie porozumień. Świadczeniodawcy rozliczani są w oparciu o zawarte z WRKCh umowy. Kasa ta więc wzięła na siebie obowiązek pokrycia kosztów tych usług, nie mając pewności czy w porozumieniach z zainteresowanymi kasami wynegocjuje na ten cel kwoty odpowiadające wydatkom przez siebie poniesionym. Nie można więc uznać, iż w sytuacji, gdy uzyskane od innych kas środki nie gwarantowałyby zwrotu kwot wypłacanych świadczeniodawcom, nie może ona renegecjować w tym zakresie zawartych umów, tym bardziej, że zmiana miałaby dotyczyć wyłącznie świadczeń przyszłych, a nie już wykonanych. Również przyjęty przez WRKCh tryb dokonania zmiany umowy nie budzi zastrzeżeń na gruncie przepisu art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy. Świadczeniodawcy zostają bowiem poinformowani o zmianie listem poleconym na miesiąc przed terminem jej wprowadzenia.

W ocenie Urzędu także postanowienia umów dotyczące *kar umownych* (par. 40 umów z zakresu kompetencji lekarzy rodzinnych oraz par. 30 umów z zakresu specjalistyki – karty akt 37, 62-63) zredagowane zostały zgodnie z obowiązującymi przepisami kodeksu cywilnego. WRKCh wprowadziła do zakwestionowanych umów postanowienia dające jej prawo nałożenia kar umownych w sytuacjach, gdy w wyniku zaniedbań ze strony świadczeniodawców, pacjenci nie będą należycie obsługiwani. Kary umowne ze swej istoty są sankcją cywilnoprawną, zastrzeżoną na wypadek niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania. Są więc surogatem odszkodowania, przysługującego stronie umowy z tytułu poniesionej szkody. Mogą być zastrzeżone wyłącznie na wypadek niewykonania lub nienależytego wykonania świadczenia niepieniężnego (art. 483 k.c.), stąd na gruncie umów zawartych przez WRKCh ze świadczeniodawcami, możliwość ich zastrzeżenia odnosi się wyłącznie do obowiązków ciążących na świadczeniodawcach. Specyfika systemu udzielania świadczeń medycznych w ramach p.u.z. nakłada na kasy chorych obowiązek zapewnienia sprawnego funkcjonowania tego systemu. Uwzględniając cel i zadania funkcjonowania kas chorych, działania, które mają zapewnić ubezpieczonym jak najlepszą obsługę medyczną, nie mogą zostać uznane za bezprawne. Nie można więc twierdzić, iż kary umowne, które obciążałyby świadczeniodawców w przypadkach przez nich zawinionych, mogą stanowić dla WRKCh źródło nieuzasadnionych korzyści. Niezależnie od powyższego do tej części umów zastosowanie mają odpowiednie przepisy k.c., regulujące problematykę kar umownych – art. 484 k.c., który pozwala żądać zmniejszenia wysokości kary umownej w sytuacji, gdy zobowiązanie zostało wykonane lub gdy kara umowna jest rażąco wygórowana. Rozpatrywanie takich spraw leży w gestii sądów cywilnych, a nie organów antymonopolowych.

Zdaniem Wnioskodawcy WRKCh wprowadziła rozbudowany system kar umownych, przy niejasnych kryteriach przeprowadzania kontroli. Jest poza sporem, że załącznikiem do umów jest *Regulamin kontroli*, w którym uregulowany został tryb przeprowadzania kontroli

oraz czynności pokontrolne. W ocenie Urzędu Regulamin ten w sposób dostateczny reguluje problematykę przeprowadzania kontroli w zakładach świadczeniodawców. Wobec powyższego brak jest podstaw do uznania, że reguły i zasady przeprowadzania kontroli nie zostały przez WRKCh określone, w wyniku czego może ona uzyskiwać nieuzasadnione korzyści.

Stąd orzeczono, jak w punkcie I .5. b sentencji decyzji.

Kolejnym zakwestionowanym postanowieniem umów z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego jest postanowienie dotyczące możliwości **rozwiązania umowy przez świadczeniodawców bez wypowiedzenia w sytuacji, gdy Kasa ta zalegałaby z płatnościami** (par.38 pkt 6). Postanowienie to, zawarte również w umowach z zakresu specjalistyki (paragraf 34 pkt 6)) przyznaje świadczeniodawcom prawo rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku, gdy WRKCh zalega z płatnościami co najmniej za dwa okresy rozliczeniowe. Zdaniem Wnioskodawcy gwarantuje to Kasie ciągłość świadczenia usług medycznych przez świadczeniodawców pomimo zaległości w płatnościach i w rezultacie kredytowanie jej działalności przez okres 3-4 miesięcy. Wobec treści postanowień dotyczących możliwości skorzystania z tej formy zerwania umowy przez Kasę, rozwiązanie to zdaniem Wnioskodawcy stawia świadczeniodawców w nierównej sytuacji strony umowy.

Urząd nie podziela w tym zakresie stanowiska Wnioskodawcy. Zobowiązania stron zakwestionowanych umów mają różny charakter, ciągły lub jednorazowy, pieniężny i niepieniężny, są spełniane w różnych terminach. Już z tych względów trudno o jakiegokolwiek porównania sytuacji prawnej obu stron umowy. Ponadto przepisy k.c. zasadniczo nie wiążą z opóźnieniem czy z zwłoką w spełnieniu świadczenia pieniężnego uprawnienia do rozwiązania umowy. Zgodnie z art. 481 k.c. wierzycielowi przysługuje w takich przypadkach roszczenie o zapłatę należnej kwoty wraz z odsetkami za opóźnienie, a także o naprawienie szkody na zasadach ogólnych w przypadku, gdy dłużnik znajduje się w zwłoce. Wobec powyższego jedyne, co Urząd mógł zrobić w niniejszej sprawie, to porównać uprawnienia świadczeniodawców z uprawnieniami, jakie przysługują im na gruncie k.c. w zakresie prawa rozwiązania umowy. Porównanie to pozwala stwierdzić, iż postanowienia badanych umów są nie tylko zgodne z przepisami k.c., ale i korzystniejsze dla świadczeniodawców, dając im prawo rozwiązania umowy w przypadku zalegania przez WRKCh z płatnościami. Tak więc nie można upatrywać uzyskiwania nieuzasadnionych korzyści w przyjętym przez WRKCh rozwiązaniu. Wobec powyższego nie może ono zostać zakwestionowane w oparciu o przepis art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy.

Stąd stwierdzono, jak w punkcie I.5.c sentencji decyzji.

W oparciu o przepis art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy Wnioskodawca zakwestionował także treść par. 33 umów z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego, w którym określone zostały wymogi co do przeznaczenia środków finansowych otrzymanych z WRKCh. Na mocy tego postanowienia **WRKCh zastrzega sobie prawo kontroli sposobu wydatkowania przez świadczeniodawców tych środków, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości nakłada na świadczeniodawców obowiązek zwrotu kwot wydanych na inne cele oraz zapłaty kary umownej**. Postanowienie takie zawarto także w par. 24 umów z zakresu specjalistyki.

Wnioskodawca podniósł, iż postanowienie to nadmiernie ingeruje w działalność świadczeniodawców, ograniczając ich w dysponowaniu środkami finansowymi otrzymanymi z WRKCh w zamian za udzielane świadczenia medyczne. W rezultacie, w oparciu o to

postanowienie, może być kwestionowane racjonalne z punktu widzenia świadczeniodawców dążenie do wypracowania zysku czy wydatkowanie pieniędzy na prace biurowe oraz obsługę rachunkową).

Powyższą argumentację Urząd podziela. Środki otrzymywane przez świadczeniodawców na świadczenie usług w ramach p.u.z. oraz fakt prowadzenia przez nich działalności gospodarczej w warunkach rynkowych pozwalają uznać, iż mają one charakter *wynagrodzenia*, a nie dotacji, co uzasadniałoby kontrolowanie ich wykorzystania. Konsekwentnie, jeżeli uznajemy, iż wspomniane środki mają charakter wynagrodzenia za wykonywane usługi, to niezależnie od źródła ich pochodzenia (tutaj jest to budżet Państwa), świadczeniodawca ma prawo sam decydować o ich wykorzystaniu. Obowiązki, jakie nakłada na niego zawarta umowa, są na tyle jasno sprecyzowane, iż ma on pełną świadomość konieczności ich wykonania. Rzeczą świadczeniodawcy, który jest przecież przedsiębiorcą, jest takie nimi gospodarowanie, aby nie tylko wywiązywać się z tych obowiązków, ale także wygospodarować na tej działalności zysk. Wobec powyższego konieczność poddawania się kontroli, w wyniku której WRKCh może weryfikować sposób wykorzystania przekazanych świadczeniodawcom środków, a w przypadku stwierdzenia wykorzystania tych środków w sposób niezgodny z celem umowy, żądać ich zwrotu oraz nałożyć na świadczeniodawców kary umowne, stanowi niewątpliwie uciążliwy warunek umowy, który został im narzucony. W ocenie Urzędu nie można jednakże uznać, iż prawo kontroli wykorzystania środków przekazywanych na udzielanie świadczeń z funduszy tej Kasy oraz weryfikowania wydatków ponoszonych przez świadczeniodawców, przynosi WRKCh nieuzasadnione korzyści. Co więcej, prawo wglądu w dokumentację finansowo-księgową świadczeniodawców oraz weryfikowania ich wydatków można nawet uznać za działanie racjonalne w okresie, w którym przeprowadzana jest reforma służby zdrowia. W ten sposób kasy chorych uzyskują bowiem możliwość weryfikowania wysokości ustalonej przez siebie stawki kapitacyjnej, w wyniku czego mogą w sposób racjonalny gospodarować środkami przekazanymi z budżetu Państwa na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych.

Stąd uznano, iż w tym zakresie WRKCh nie naruszyła przepisu art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy i orzeczono jak w punkcie I.5 d sentencji decyzji.

## II.

Jako narzucenie uciążliwych warunków umów Wnioskodawca uznał postanowienia umów z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego dotyczące przyjętych przez WRKCh ***limitów w zakresie liczby pacjentów podlegających opiece jednego lekarza rodzinnego, limitowania liczby pacjentów w sytuacji gdy lekarz ten korzysta z pomocy innego lekarza oraz nie płacenia pełnej stawki kapitacyjnej za pacjentów przyjętych ponad ustalone limity.*** Odnosząc się do tych zarzutów Urząd przede wszystkim uwzględnił te argumenty WRKCh, w których wskazuje ona na prokonsumencki charakter tych ograniczeń. Kompetencje i obowiązki, jakie nałożyła na kasy chorych ustawa o p.u.z. dają tym instytucjom prawo do administracyjnego regulowania problematyki związanej z zapewnieniem ubezpieczonym dostępności do przysługujących im świadczeń. Należy przy tym zauważyć, iż w tych działaniach kasy chorych opierają się na programach pilotażowych oraz opracowaniach zleconych jeszcze przed wprowadzeniem reformy zdrowia, wykorzystujących także doświadczenia systemów funkcjonujących w państwach zachodnioeuropejskich (karty akt: 155-158, 181-192)). Okoliczności te w ocenie Urzędu mają zasadnicze znaczenie przy przeprowadzaniu oceny limitów przyjętych przez WRKCh (limity te uwzględniają treść wskazanych materiałów). Także przedłożone przez WRKCh dokumenty (skargi pacjentów, protokoły z kontroli przeprowadzanej przez jej pracowników – karty akt 360-374), w ocenie

Urzędu potwierdzają zasadność ustalania zakwestionowanych limitów. Stąd przyjmując postanowienia, na mocy których liczba pacjentów na liście jednego lekarza (także lekarza korzystającego z pomocy lub zatrudniającego innego lekarza) nie powinna przekraczać określonych limitów, w ocenie Urzędu, WRKCh nie naruszyła ww. przepisu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

W celu egzekwowania tych ograniczeń WRKCh przyjęła zasadę wypłacania stawki kapitacyjnej w pełnej wysokości tylko w odniesieniu do liczby pacjentów nie przekraczającej ustalonych limitów. Uznając racjonalność i prokonsumencki charakter wprowadzonych limitów, Urząd nie może jednakże zaakceptować przyjętego przez WRKCh **systemu rozliczania lekarzy rodzinnych**. Zdaniem Urzędu limit pacjentów, którzy mogą zostać wpisani na listę jednego lekarza powinien być konkretnie określony w umowie, a jego przekroczenie powinno być sankcjonowane w inny sposób, chociażby poprzez możliwość nałożenia kary umownej i w ostateczności rozwiązania umowy. O ile na etapie składania oferty liczba pacjentów objętych opieką każdego lekarza rodzinnego podlegać może negocjacji, to po podpisaniu umowy lekarze ci powinni *mieć pewność*, co do przypisanej im liczby pacjentów. Tak ustalona wielkość zakontraktowanej usługi winna być opłacana w całości. Tymczasem z treści paragrafu 5 pkt 1 umów dot. kompetencji lekarzy rodzinnych wynika, iż liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza rodzinnego (2500 osób) jest tylko *zalecana* (karta 22 akt). W celu respektowania zalecanych limitów WRKCh w zawartych umowach zastosowała presję ekonomiczną w postaci nie opłacania pacjentów przyjętych na listę ponad określony w umowie limit lub płacenia połowy stawki kapitacyjnej w sytuacji gdy liczba pacjentów mieści się w określonych widełkach, lecz przekracza ustalony limit (par. 25 umów karty akt: 30-31). Na gruncie tych umów jest to jedyny instrument, którego celem jest zdyscyplinowanie lekarzy do wykonywania tej ich części. Takie rozwiązanie, zdaniem Urzędu, *przerzuca ciężar odpowiedzialności za stan podstawowej opieki zdrowotnej na podległym tej Kasie terenie, na lekarzy rodzinnych*. W sytuacji, gdy lekarz rodzinny przekroczy ustalony limit, a nie istnieją obiektywne warunki do funkcjonowania innej praktyki lekarza rodzinnego (względny ekonomiczne), kierując się zasadami etyki zawodowej, lekarze nieodpłatnie lub za połowę stawki kapitacyjnej świadczą usługi w stosunku do osób nieobjętych limitem. Co prawda WRKCh dopuszcza możliwość renegocjowania umów w tym zakresie i opłacania lekarzy w pełnej wysokości stawki kapitacyjnej w sytuacji, gdy liczba pacjentów przekracza 2.500, lecz warunkiem podpisania aneksu do umowy jest zatrudnienie lekarza do pomocy (par. 25 pkt 4 umów). Poza tekstem protokołu ze spotkania Zarządu WRKCh z przedstawicielami Wnioskodawcy, które miało miejsce w dniu 26.06.2001 r. (karta akt 253), WRKCh nie dostarczyła żadnych dokumentów, które dokumentowałyby fakt wystąpienia przez świadczeniodawców z takimi wnioskami oraz pozytywnego ich rozpatrzenia. W świetle oświadczenia Wnioskodawcy, iż WRKCh nie dopuszczała jakichkolwiek możliwości negocjowania warunków zawieranych umów na etapie ich kontraktowania, nasuwa się stwierdzenie, iż przyjęcie zasady nieopłacania „ponadlimitowych” pacjentów miało na celu zapewnienie opieki lekarskiej na terenie „nie nasyconym” w dostateczny sposób w praktyki lekarza rodzinnego (małe ośrodki, gdzie liczba mieszkańców nieznacznie przekracza ustalone limity). W konsekwencji przyjęte rozwiązanie zapewniło WRKCh *bezpłatną* opiekę lekarza rodzinnego dla części uposażonych, a w sytuacji gdy płacona jest połowa stawki kapitacyjnej, zapewnienie ubezpieczonym dostępu do usług w połowie nieopłaconych. Korzyść WRKCh ma więc w tym przypadku charakter wymierny. Zdaniem Urzędu powyższe uzasadnia stwierdzenie, iż postanowienia par. 25 pkt 4 umów z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego naruszają przepis art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Stąd stwierdzono jak w punkcie II.1.a sentencji decyzji.

Jako niekorzystny dla tej grupy świadczeniodawców warunków umowy Wnioskodawca uznał także postanowienie umowy, na mocy którego zobowiązani zostali do **zwrotu różnicy pomiędzy kwotą, którą miał obowiązek przeznaczyć na zabezpieczenie badań diagnostycznych (15% rocznej kwoty kontraktu) a kwotą, którą faktycznie przeznaczył na ten cel** (par. 18 pkt 8 umów z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego). Ustosunkowując się do tego zarzutu WRKCh wyjaśniła, iż celem przyjętego rozwiązania było zdyscyplinowanie świadczeniodawców do zlecania badań diagnostycznych oraz zapewnienie ubezpieczonym dostępu do tych badań co najmniej w stopniu podstawowym. Do przyjęcia takiego rozwiązania skłoniły tę Kasę liczne skargi pacjentów oraz wyniki przeprowadzanych w tym zakresie kontroli.

Urząd podziela stanowisko Wnioskodawcy. Zakwestionowane postanowienie umowy, w kształcie w jakim funkcjonuje, nakłada na świadczeniodawców obowiązek zlecenia określonego minimum badań diagnostycznych. Na pokrycie kosztów zlecanych badań diagnostycznych świadczeniodawcy otrzymują z WRKCh, jako dodatek do stawki kapitacyjnej, stałą kwotę. Stawka ta ma charakter ryczałtu, co oznacza, że zarówno WRKCh jak i świadczeniodawcy uzgodnili, iż za tak określoną i wypłaconą kwotę świadczeniodawcy biorą na siebie odpowiedzialność za koszty wykonania zleconych przez nich badań, niezależnie od wielkości kosztów faktycznie poniesionych na ten cel. Tak więc w sytuacji, gdy zajdzie konieczność zlecenia większej ilości badań, a ustalona i wypłacona na ten cel kwota będzie niewystarczająca, koszty te zmuszeni będą pokryć z innego źródła, np. z środków otrzymywanych w ramach tzw. stawki kapitacyjnej. Zakwestionowane postanowienie umowy podważa powyższą zasadę. Rozwiązanie przyjęte przez WRKCh nakłada na świadczeniodawców obowiązek finansowania wszystkich badań, których zlecenie należy do kompetencji lekarzy rodzinnych, o ile zachodzi potrzeba ich wykonania (może więc zdarzyć się, że kwota przeznaczona na badania przekroczy limit 15 % otrzymywanych z Kasy funduszy) i obciąża ich obowiązkiem zwrotu kwoty niewykorzystanej na ten cel, w granicach limitu 15%. Zdaniem Urzędu WRKCh nie naraziłaby się na zarzut uciążliwości tego punktu umowy, gdyby wraz z wprowadzonym obowiązkiem zwrotu kwot, które w granicach limitu nie zostały wykorzystane na badania, zagwarantowała świadczeniodawcom zwrot wydatków ponoszonych na badania, w sytuacji, gdy przekroczyły one wartość środków otrzymanych od niej na ten cel, bądź konsekwentnie, w wyniku przyjęcia, że stawka ma charakter ryczałtowy, nie żądała rozliczenia wydatków na ten cel. Zamierzony efekt, w postaci wyliczenia i „oszczędzania” na zleceniu badań Kasa w takim wypadku winna osiągać innymi rozwiązaniami.

Stąd stwierdzono, jak w punkcie II.1.b sentencji decyzji.

Umowa łącząca WRKCh oraz wnioskodawcę ma charakter cywilno-prawny. Z chwilą jej podpisania pomiędzy stronami dochodzi do zawiązania stosunku zobowiązaniowego. Z istoty zobowiązań wynika, iż na każdej ze stron umowy ciążyą określone prawa i obowiązki. W przypadku umowy badanej w ramach niniejszego postępowania, wnioskodawcy zobowiązani są do udzielania świadczeń zdrowotnych, natomiast WRKCh do zapłaty za wykonane przez nich świadczenia. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego powinna więc co najmniej precyzować do wykonywania jakich świadczeń zdrowotnych wnioskodawcy są zobowiązani oraz jaką otrzymają za to zapłatę. Zdaniem Urzędu są to elementy konieczne tej umowy (*essentialia negotii*), i jako takie powinny zostać w jej treści uwzględnione. Bezsporne jest, iż w umowie z zakresu świadczenia ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych zakres

usług ciężących na świadczeniodawcach został ściśle sprecyzowany. Wątpliwości budzi drugi istotny element umowy – cena tych usług, czyli kwota zobowiązania WRKCh wobec świadczeniodawców. W umowie na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych określona została *maksymalna* kwota zobowiązania WRKCh wobec kontrahenta. Kwota ta *nie jest więc wartością kontraktu*, lecz jedynie określa do jakiej wysokości WRKCh rozliczy wnioskodawcę za wykonane przez niego usługi. Jednocześnie w paragrafie 20 umowy (karta akt 55) przyjęto, iż *jednostką rozliczeniową za wykonane usługi jest punkt o zmiennej wartości*. Wartość tego punktu nie jest wartością stałą, znaną świadczeniodawcom w momencie podpisywania umowy oraz wykonywania usługi. Przyjęty przez WRKCh sposób ustalania wartości punktu, zgodnie z którym do 25-go dnia każdego miesiąca określa ona wartość punktu w oparciu o dane z *poprzedniego* miesiąca, powoduje, iż wykonując usługę wnioskodawca nie wie jaką otrzyma za to zapłatę. W sytuacji, gdy wykonanie tej usługi wiąże się z powstaniem po jego stronie określonych, dających się wyliczyć kosztów, przyjęty przez WRKCh sposób ustalenia zapłaty odrywa cenę usługi od kosztów jej świadczenia. Z punktu widzenia zasad konkurencji jest to niedopuszczalne. Cena umożliwi porównanie nakładów jak i efektów określonego przedsięwzięcia gospodarczego. Motywuje przedsiębiorców do stosowania rachunku ekonomicznego, stanowiąc tym samym instrument prawidłowego wykorzystania zasobów. Umożliwia również elastyczne dostosowywanie wielkości zdolności produkcyjnej do zapotrzebowania na konkretne towary, usługi. Z powyższych względów istotne jest, aby ceny były wynikiem działania konkurencji (por. Stanisław Gronowski „Ustawa antymonopolowa. Komentarz” Wyd. BECK wyd 2, W-wa 1999, str. 101-102). Zdaniem Urzędu przyjęty przez WRKCh sposób rozliczania świadczeniodawców w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mechanizmy te wyłącza, i w rezultacie cena usługi oderwana zostaje od uwarunkowań ekonomicznych. W sytuacji, gdy wartość punktu uzależniona jest od liczby punktów wypracowanych w poprzednim miesiącu przez wszystkich zakontraktowanych świadczeniodawców, nie znają oni ceny usługi w momencie jej wykonywania. Co prawda przepis art. 53 ust. 4 pkt 3 i 4 ustawy o p.u.z. nakazuje, aby w umowach zawieranych ze świadczeniodawcami określone zostały jedynie *zasady rozliczeń* oraz maksymalna kwota zobowiązania Kasy Chorych wobec świadczeniodawcy, lecz zdaniem Urzędu zasady te powinny zostać określone w oparciu o zasadę swobody umów, z uwzględnieniem interesów obu kontrahentów. Tymczasem przyjęty przez WRKCh sposób rozliczania świadczeniodawców powoduje przerzucenie na nich kosztów świadczenia tych usług w sytuacji, gdy przyjęta na dany miesiąc wartość punktu będzie niższa. Nastąpi to w sytuacji, gdy liczba punktów „wypracowanych” przez wszystkich świadczeniodawców w poprzednim miesiącu będzie wysoka. W rezultacie *w miarę wzrostu liczby udzielonych świadczeń, ich cena jednostkowa maleje*. WRKCh wydatkuje więc taką samą kwotę bez względu na liczbę świadczeń udzielonych w danym okresie rozliczeniowym.

Wartość punktu określoną przez WRKCh w rozliczeniach dokonanych w 2001 r. przedstawia poniższa tabela:

Grupa Tematyczna	Styczeń (zł)	Luty (zł)	Marzec (zł)	Kwiecień (zł)	Maj (zł)	Czerwiec (zł)	Lipiec (zł)	Sierpień (zł)
I	<b>7,40</b>	6,27	6,19	5,73	6,17	5,84	6,16	6,20
II	<b>11,30</b>	10,57	10,59	9,88	10,53	10,01	10,47	11,03
III	<b>6,00</b>	7,64	7,49	6,22	7,01	6,91	7,49	8,62
IV	<b>12,80</b>	10,95	10,38	9,65	10,38	10,02	9,96	10,54
V	<b>9,50</b>	8,14	7,97	7,45	7,90	7,43	7,70	7,57
VI	<b>8,70</b>	7,17	7,51	6,90	7,05	6,95	6,94	7,18

Powyższe okoliczności pozwalają stwierdzić, iż w sytuacji gdy koszt wytworzenia usługi świadczenia zdrowotnego na przestrzeni roku niewątpliwie wzrósł (choćby o współczynnik inflacji), ustalony przez WRKCh sposób rozliczania uniemożliwia świadczeniodawcom prowadzenie **bieżącej** działalności w oparciu o rachunek ekonomiczny. W swoich kalkulacjach muszą oni bowiem uwzględniać możliwość ponoszenia strat w związku z wykonywaniem świadczeń w ramach umowy zawartej z WRKCh. Z tego względu wyjaśnienia WRKCh, w których wskazuje ona na możliwość oszacowania wartości punktu poprzez podzielenie rocznej wartości kontraktu przez liczbę zakontraktowanych punktów, nie zasługują na uwzględnienie. Stąd uznano, iż przyjęty przez WRKCh sposób rozliczania świadczeniodawców w oparciu o zmienną wartość punktu narusza przepis art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy.

Reasumując, w ocenie Urzędu WRKCh stawia się w sytuacji korzystniejszej, aniżeli jest to przyjęte w stosunkach pomiędzy przedsiębiorcami o równorzędnej sile rynkowej. Korzyścią WRKCh jest przerzucenie na świadczeniodawców części ciężaru publicznego polegającego na zagwarantowaniu ubezpieczonym dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz całego ryzyka prowadzenia działalności związanej z udzielaniem przez nich świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Świadcząc usługę nie mają oni bowiem pewności jaką otrzymają za to zapłatę. Nie można wykluczyć, iż w ostatecznym rachunku zapłacona cena nie będzie pokrywała kosztów wytworzenia danej usługi.

Przyjęty przez WRKCh sposób rozliczania świadczeniodawców budzi zastrzeżenia także z innego powodu. Kasy Chorych dokonują wyboru świadczeniodawców, z którymi podpisywane zostają umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, po przeprowadzeniu konkursu ofert. Konkurs ten ma na celu wyłonienie oferentów, którzy zapewnią ubezpieczonym jak najlepszą opiekę medyczną. Ponieważ Kasy Chorych zobowiązane są do racjonalnego gospodarowania przekazanymi środkami finansowymi (art. 53 ust. 3 ustawy o p.u.z.), wybór oferenta następuje także w oparciu o kryterium ekonomiczne. Racjonalność wymaga, aby wybrany został oferent, który m.in. zaproponował korzystniejszą dla Kasy Chorych cenę. Tymczasem ustalenie ceny w oparciu o zmienną wartość punktu podważa te reguły. Oferenci nie mogą określić jaka będzie cena świadczonych przez nich usług, i w rezultacie kryterium ceny w przeprowadzonym konkursie odgrywa drugorzędną rolę. Z punktu widzenia interesów świadczeniodawców jest to nieracjonalne, bowiem decydując się na przystąpienie do konkursu muszą w swoich kalkulacjach uwzględnić koszt wykonania usługi (świadczenia zdrowotnego).

Stąd stwierdzono, jak w punkcie II.2a sentencji decyzji.

Wnioskodawca zakwestionował także **sposób rozliczania kosztów badań diagnostycznych wykonywanych w ramach umów z zakresu specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych**. W jego ocenie w sytuacji, gdy rozliczanie świadczeń udzielanych w ramach tych umów odbywa się w oparciu o jednostkę rozliczeniową którą jest punktu o zmiennej wartości, WRKCh powinna ustalić limit badań oraz średni czy minimalny koszt poszczególnych badań i jego wysokość uwzględnić przy ustalaniu ceny porad w poszczególnych grupach tematycznych.

W odpowiedzi na te zarzuty WRKCh wyjaśniła, iż cena porady obejmuje koszty badań diagnostycznych, a różnice w ich wysokości w poszczególnych grupach tematycznych

wynikają właśnie z różnych kosztów diagnostyki. Zdaniem Urzędu wyjaśnienia te pozwalają uznać, iż w *cenie porady koszty diagnostyki zostały uwzględnione*. Ponieważ jednak cena porady ustalana jest w zakwestionowany powyżej sposób, w oparciu o zmienną wartość punktu, wobec stawianych zarzutów należy rozważyć, czy w kalkulacji ceny porady limit ilości badań diagnostycznych oraz ich koszt nie powinien zostać określony i uwzględniony jako wartość minimalna lub średnia. Tym samym pewna część ceny porady, koszt badań diagnostycznych, powinna być wartością stałą, a zasada zmiennej wartości punktu odnosiłaby się do pozostałej części ceny porady. Zdaniem Urzędu rozwiązanie takie wymagałoby powrotu do systemu rozliczeń opartego na „czystym” ryczałcie, od którego WRKCh starała się odejść. Niewątpliwie koszt diagnostyki jest różny u każdego z świadczeniodawców. W przypadku systemu rozliczeń opartego na ryczałcie koszty usługi ulegają uśrednieniu. Także w zakresie badań diagnostycznych. Jest oczywiste, iż przy takiej konstrukcji ceny, koszt niektórych usług nie zwróci się w otrzymanej cenie. Liczba zakontraktowanych punktów, z podziałem na poszczególne grupy tematyczne, warunkuje natomiast liczbę badań diagnostycznych, które mogą zostać wykonane w ramach zawartych umów. Zróżnicowanie cen porad, którego częścią jest także koszt badań diagnostycznych, sprawia, iż nie jest konieczne określenie pewnego limitu badań, które świadczeniodawcy mogą wykonać w ramach zawartych kontraktów oraz średniego czy minimalnego kosztu badania. Oczywiście jest bowiem, że przy ustaleniu stawki ryczałtowej ceny porady, uwzględniane są również koszty badań diagnostycznych. Świadomość tego kontrahenci mają już na etapie zawierania umowy.

WRKCh zastosowała natomiast system rozliczeń świadczeń z zakresu specjalistyki, który został oparty na zmiennej wartości punktu. Przy takim rozwiązaniu cena traci charakter ryczałtu i jest wartością nieznaną świadczeniodawcy w momencie wykonywania usługi. Świadczeniodawca nie może więc oszacować ile badań może zlecić i wykonać oraz jakie w związku z tym poniesie koszty. W skrajnej sytuacji nie można wykluczyć, że koszt badań diagnostycznych przekroczy uzyskaną cenę porady. Z tych względów Urząd podzielił zarzuty Wnioskodawcy i stwierdził naruszenie przez WRKCh przepisu art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy.

Stąd rozstrzygnięto, jak w punkcie II.2b sentencji decyzji.

Rozwiązania przyjęte na 2001 zostały również zastosowane w projektach umów, które WRKCh kontraktuje na 2002. WRKCh odnosząc się do treści ostatniego pisma Wnioskodawcy w niniejszej sprawie (z dnia 11.10.2001 r. – karta akt 269-277) podniosła, iż przesłała mu projekty umów na 2002 r., z prośbą o ich zaopiniowanie. Wobec nie otrzymania tych opinii uznaje, iż Wnioskodawca zgodził się na te propozycje i w konsekwencji nie można postawić jej zarzutu narzucenia uciążliwych warunków umów. WRKCh nie uwzględnia tym samym faktu, iż kwestia treści niektórych postanowień umów zawieranych przez nią z świadczeniodawcami jest sporna, a wszczęte w tej sprawie postępowanie antymonopolowe kończy niniejsza decyzja. Tym samym przesłanka narzucenia tych umów nie odpada. Treść niniejszej decyzji odnosi się również do treści umów kontraktowanych na 2002 rok, bowiem treść tych umów w podstawowych kwestiach nie odbiega od treści umów zawartych na 2001 rok, a zakwestionowane działania trwają nadal.

### III.

Jako naruszenie przepisów ustawy Wnioskodawca uznał także postanowienia umów, w których WRKCh zobowiązała świadczeniodawców do ponoszenia **kosztów transportu sanitarnego pacjentów**, w przypadku gdy transport zlecany jest w sytuacjach nie objętych dyspozycją art. 50 ust. 1 i 2 ustawy o p.u.z. Na mocy tych przepisów kasy chorych



zobowiązane są do finansowania kosztów transportu sanitarnego w ściśle określonych przypadkach (ust. 1 i 2). Art. 50 ust. 3 stanowi natomiast, iż Statut Kasy Chorych może określać wysokość udziału ubezpieczonego w kosztach przejazdu lub pełne pokrycie przez ubezpieczonego tych kosztów w przypadkach nie wymienionych art. 50 ust. 1 i 2. Przepis ten obowiązywał do dnia 26 września 2001 r.

Przepis **art. 10 ust. 1 i 2 ustawy** o ochronie konkurencji stanowi, iż w sytuacji, gdy zachowanie rynkowe przedsiębiorcy przestało naruszać zakazy określone w art. 5 lub w art. 8, Prezes Urzędu wydaje decyzję o uznaniu praktyki za ograniczającą konkurencję i stwierdzającą zaniechanie jej stosowania.

Postanowienia kwestionowanych umów zobowiązują świadczeniodawców do ponoszenia 50% kosztów zleconego transportu sanitarnego w sytuacjach nie podlegających dyspozycji tych przepisów (paragraf 17 umów z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego oraz par.16 umów z zakresu specjalistyki). Uregulowanie to jest sprzeczne nie tylko z przepisem art. 50 ustawy o p.u.z., ale także z Statutem WRKCh, który w par.20 ust. 3 stanowi, iż w razie zlecenia przez lekarza przewozu środkiem transportu sanitarnego w przypadkach innych niż wymienione w ww. przepisach, *ubezpieczony* zobowiązany jest do pokrycia kosztów transportu w wysokości 50% ogólnego kosztu przewozu (Statut WRKCh - wyciąg: karta akt 380). Narzucenie postanowień umów, na mocy których świadczeniodawcy obciążeni zostali częściowymi kosztami transportu sanitarnego pacjentów, stanowi więc uciążliwy warunek umowy, przynoszący WRKCh nieuzasadnione korzyści. WRKCh bezpodstawnie obciążała więc świadczeniodawców kosztami, które powinien ponosić ubezpieczony. Stąd Urząd uznał, iż w tej części zakwestionowane umowy naruszały przepis art. 8 ust. 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

W dniu 27 września 2001 r. weszły w życie zmiany do ustawy o p.u.z., uchwalone w dniu 20 lipca 2001 r. (Dz.U. Nr 88 poz. 961). W zakresie finansowania kosztów transportu na mocy dokonanej zmiany treści art. 50 ust. 3, Minister właściwy ds. zdrowia określi w drodze rozporządzenia zasady ustalania stopnia niepełnosprawności oraz wysokość udziału własnego ubezpieczonego w przypadkach nie wymienionych w ust. 1 i 2. Począwszy od dnia 27 września 2001 r. WRKCh zmieniła kwestionowane zasady finansowania kosztów transportu sanitarnego, informując świadczeniodawców o zaprzestaniu stosowania zapisów umów dotyczących zasad korzystania przez ubezpieczonych z przejazdu środkami transportu sanitarnego (załącznik nr 6 do pisma z dnia 8.11.2001 r. karta ) oraz dostosowując do nowych przepisów postanowienia Statutu.

Tym samym należy stwierdzić, iż z datą 26 września 2001 r. WRKCh zaprzestała stosowania naruszających ww. ustawę postanowień umów dotyczących rozliczania kosztów transportu sanitarnego.

Stąd orzeczono, jak w punkcie III sentencji decyzji.

Decyzji niniejszej, w jej punkcie II, nie nadano **rygoru natychmiastowej wykonalności**, choć z wnioskiem takim Wnioskodawca wystąpił.

Zgodnie z przepisem art. 90 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów Prezes Urzędu może nadać rygor natychmiastowej wykonalności decyzji, *jeżeli wymaga tego ochrona konkurencji lub ważny interes konsumentów*. Nadanie decyzji takiego rygoru ma więc charakter uznaniowy, a organ administracyjny winien dokonać oceny rangi interesu

stron oraz konsekwencje materialne i niematerialne natychmiastowego wykonania decyzji (por. *Komentarz do KPA str. 495, Borkowski*). Ponadto zgodnie z wyrokiem Sądu Antymonopolowego z dnia 15.10.1990 r. sygn. akt XVII Amz 1/90 zaopatrzenie decyzji w taki rygor jest możliwe w sytuacji, gdy zostanie wykazane, że jest to niezbędne dla realizacji jej celów.

Niniejsza decyzja dotyczy spraw na tyle istotnych z punktu widzenia interesów świadczeniodawców, że wniosek o nadanie jej klauzuli natychmiastowej wykonalności należało rozważyć. Ponieważ jednak rozstrzygnięcie, które zawarte zostało w punkcie II decyzji, dotyczy zachowań WRKCh, które wynikają z jej siły rynkowej i mają charakter eksploatacyjny (a nie antykonkurencyjny), w ocenie Urzędu nie została spełniona pierwsza z przesłanek zawartych w art. 90 ww. ustawy, a więc wykazanie iż wymaga tego ochrona konkurencji. Rozstrzygnięcie to dotyczy ponadto kwestii rozliczeń finansowych tej Kasy. Urząd uznał, że natychmiastowe jej wykonanie spowodowałoby zbyt daleko idące skutki w sferze bieżących finansów WRKCh (przekazanych jej z budżetu Państwa, co do których istnieją szczególne procedury ich planowania i rozdysponowywania), co mogłoby w sposób niekorzystny wpłynąć na bieżącą politykę finansową tej Kasy i w rezultacie byłoby niekorzystne tak dla świadczeniodawców, jak i dla ubezpieczonych. Tym samym ważny interes konsumentów przemawia raczej za negatywnym rozpatrzeniem wniosku, aniżeli za nadaniem decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności.

Poza tym sporna jest nadal kwestia statusu kas chorych, jako przedsiębiorców podlegających kontroli organów antymonopolowych. W dotychczasowym swoim orzecznictwie Urząd stanął na stanowisku, iż przepisy ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów odnoszą się również do kas chorych, co jednakże kwestii tej ostatecznie nie rozstrzyga. Stąd w tym zakresie wniosek nie został uwzględniony.

Od niniejszej decyzji przysługuje stronom odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Antymonopolowego, za pośrednictwem Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów – Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Poznaniu, w terminie dwóch tygodni od dnia doręczenia decyzji.

Z upoważnienia  
Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów  
Dyrektor Delegatury w Poznaniu  
Edward Stawicki

Otrzymują:

- 1) Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych  
Zarząd Kasy  
61-823 Poznań, ul. Piekary 14/15,
- 2) Wielkopolska Izba Lekarska  
pełnomocnik - Krystian M. Ziemiński  
Radca prawny, Kancelaria Prawna  
60-711 Poznań, ul. Strusia 10.