



**PREZES  
URZĘDU OCHRONY  
KONKURENCJI I KONSUMENTÓW**

DOK3-411/1/04/EP

Warszawa, dnia 7 marca 2007 r.

**DECYZJA nr DOK - 28/07**

- I. Na podstawie art. 10 w związku z art. 8 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz. U. z 2005 r. Nr 244, poz. 2080 ze zm.), po przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego wszczętego na wniosek Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznaje praktykę stosowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia, polegającą na nadużywaniu pozycji dominującej na krajowym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, poprzez bezpośrednie narzucanie nieuczciwych, tj. rażąco niskich cen zakupu świadczeń zdrowotnych w procesie ich kontraktowania na 2004 r., za ograniczającą konkurencję oraz stwierdza **zaniechanie jej stosowania** z dniem 1 stycznia 2005 r.
- II. Na podstawie art. 75 w związku z art. 74 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz art. 264 § 1 k.p.a. w związku z art. 80 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów obciąża Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie **kosztami sporządzenia opinii biegłego w wysokości 29.414,20 zł** (słownie: dwadzieścia dziewięć tysięcy czterysta czternaście 20/100 złotych) tytułem zwrotu na rzecz Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kosztów sporządzonej opinii.
- III. Na podstawie art. 75 w związku z art. 69 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, uwzględniając wynik postępowania antymonopolowego opisanego w pkt. I sentencji, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zobowiązuje Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie do zwrotu na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie kosztów postępowania w wysokości 515 zł (słownie: pięćset piętnaście złotych) poniesionych przez Okręgową Izbę Lekarską z siedzibą w Krakowie w toku niniejszego postępowania.

## UZASADNIENIE

Do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zwanego dalej „*organem antymonopolowym*” lub „*Prezesem Urzędu*”, w dniu 19 grudnia 2003 r. wpłynął wniosek Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, zwanej dalej „*OIL*” lub „*Wnioskodawcą*”, o:

1. wszczęcie postępowania antymonopolowego przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanemu dalej „*NFZ*” lub „*Funduszem*”, w sprawie praktyki ograniczającej konkurencję, polegającej na nadużyciu pozycji dominującej na krajowym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stomatologicznego w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, poprzez bezpośrednie narzucanie nieuczciwych, tj. rażąco niskich cen zakupu świadczeń zdrowotnych w procesie ich kontraktowania na 2004 r.

2. wydanie decyzji nakazującej zaniechanie praktyki uznanej za ograniczającą konkurencję poprzez naruszenie art. 8 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2003 r. Nr 86, poz. 804 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o ochronie konkurencji” lub „ustawą antymonopolową”.

W uzasadnieniu wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego OIL wykazała, zgodnie z art. 84 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji, swój interes prawny wskazując, że okręgowe izby lekarskie, działając na podstawie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 ze zm.), zrzeszają lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza na obszarze działania tych izb. Zgodnie z art. 4 ww. ustawy, zadaniem samorządu lekarzy jest w szczególności reprezentowanie i ochrona zawodu lekarza. Zadanie to izby realizują m.in. poprzez występowanie w ochronie interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy. Jednocześnie art. 50 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. nr 21, poz. 204) określa formy wykonywania zawodu lekarza, jako m.in. indywidualną i indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską. Oznacza to, że osoby wykonujące zawód lekarza w ww. formie, jak również izby zrzeszające lekarzy, są przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów art. 4 pkt 1 lit. b) ustawy o ochronie konkurencji.

Następnie OIL przedstawiła argumenty uprawdopodobniające naruszenie przez NFZ przepisów art. 8 ust. 2 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji, zgodnie z którym zakazane jest nadużywanie pozycji dominującej na rynku właściwym, polegające na bezpośrednim lub pośrednim narzucaniu nieuczciwych cen, w tym cen nadmiernie wygórowanych albo rażąco

niskich. Warunek konieczny zastosowania tego przepisu, tj. posiadanie pozycji dominującej na rynku właściwym, jest – w opinii wnioskodawcy - w sposób oczywisty spełniony, ponieważ NFZ jest jedynym w Rzeczypospolitej Polskiej podmiotem, który „zabezpiecza świadczenia zdrowotne ubezpieczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i w tym celu zarządza środkami finansowymi przekazywanymi na podstawie ustawy oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami”.

Nadużycie przez NFZ pozycji dominującej, polegające na bezpośrednim narzuceniu świadczeniodawcom nieuczciwych, tj. rażąco niskich cen zakupu świadczeń zdrowotnych, nastąpiło zdaniem OIL poprzez podjęcie przez zarząd NFZ uchwał, w których określone zostały:

- wartości punktowe poszczególnych procedur medycznych - Uchwała Nr 226/2003 Zarządu NFZ z dnia 30 września 2003 r.,

- ceny maksymalne punktu rozliczeniowego - Uchwała Nr 276/2003 Zarządu NFZ z dnia 13 listopada 2003 r.

W opinii wnioskodawcy podjęcie ww. uchwał ukształtowało maksymalną cenę każdej z obowiązujących świadczeniodawców procedur medycznych. Ukształtowanie w powyższy sposób cen maksymalnych nastąpiło jednak niezgodnie z przepisami ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. nr 45 poz. 391 z późn. zm.). Powołując się na art. 39 ust. 1 ww. ustawy wnioskodawca wskazał, że do zakresu działania NFZ należy m.in.: zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych, prowadzenie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie tych świadczeń, a także określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów. Natomiast na podstawie art. 43 ust. 5 pkt. 9 ww. ustawy, zadaniem zarządu NFZ jest negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie i rozliczanie oraz kontrola wykonania.

Zdaniem OIL, NFZ nie poprzedził ustalenia cen maksymalnych analizą kosztów świadczeń zdrowotnych, wobec czego nie jest wiadome, na podstawie jakich kryteriów i wyliczeń zostało ono dokonane.

W powyższej sytuacji, w celu wykazania, że ceny maksymalne ustalone przez NFZ dla świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego w 2004 r. są cenami nieuczciwymi, tj. rażąco niskimi, OIL zleciła sporządzenie opracowania pod nazwą „Kalkulacja kosztów jednostkowych podstawowych procedur stomatologicznych

finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z uwzględnieniem wymaganego standardu”, zwanego dalej „Opracowanie w sprawie standardowych kosztów”, które wykonał mgr inż. Waldemar Styło w październiku 2003 r. Autor powyższego opracowania przedstawił swoje obliczenia, które odniósł do standardowych kosztów procedur medycznych. Przez koszty standardowe autor rozumie koszty postulatywne, tzn. takie, które uwzględniają wszystkie koszty, a więc także te, które muszą być ponoszone w celu osiągnięcia założonego standardu. Podstawę do sporządzenia Opracowania w sprawie standardowych kosztów stanowiły:

- standardy świadczenia usług medycznych w stomatologii, opracowane w 1999 r. - na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej – przez Zespół pod kierunkiem konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii ogólnej prof. dr hab. Janiny Stopy, które zostały przyjęte i opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia z zaleceniem ich stosowania przy kontraktowaniu świadczeń stomatologicznych przez Kasy Chorych,

- rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164 poz. 1194),

- minimalne koszty czynszu, według preferencyjnej stawki 3,67 zł za 1 m<sup>2</sup> powierzchni, obowiązujące w lokalach stanowiących własność Gminy Miasta Krakowa na podstawie Zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr 1190 z dnia 5 września 2003 r. w sprawie zasad gospodarowania zasobami lokalowymi przeznaczonymi na realizację świadczeń zdrowotnych,

- średnia płaca w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, jako wynagrodzenie.

Wnioskodawca załączając standardowe koszty procedur medycznych przedstawił także „Zestawienie porównawcze standardowych kosztów procedur stomatologicznych i maksymalnych cen ustalonych za te procedury przez Narodowy Fundusz Zdrowia”. Zestawienie to wykazuje, że *„ceny maksymalne procedur stomatologicznych ustalone przez NFZ w procesie kontraktacji na 2004 r. są średnio 2,6 raza niższe od standardowych kosztów procedur stomatologicznych”*.

Przedstawiając powyższe argumenty, uprawdopodobniające naruszenie przez NFZ przepisów ustawy o ochronie konkurencji w zakresie art. 8 ust. 2 pkt 1, wnioskodawca stwierdził, że NFZ ustalając ceny maksymalne na tak niskim poziomie *„narzuca świadczeniodawcom de facto dokonywanie wyboru pomiędzy wykonywaniem usług poniżej*

*standardów lub dofinansowywaniem przez świadczeniodawcę usług wykonywanych zgodnie ze standardami”.*

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, mając na względzie treść wniosku OIL, wszczął postępowanie antymonopolowe przeciwko Narodowemu Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie pod zarzutem stosowania praktyki ograniczającej konkurencję, polegającej na nadużywaniu pozycji dominującej na krajowym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego w 2004 r. w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, poprzez bezpośrednie narzucanie nieuczciwych, tj. rażąco niskich cen zakupu świadczeń zdrowotnych, co może stanowić naruszenie art. 8 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy.

W zawiadomieniu o wszczęciu postępowania z dnia 8 marca 2004 r., organ antymonopolowy wezwał NFZ do ustosunkowania się do ww. zarzutu oraz do przedstawienia wyników analizy kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego, jeśli taka analiza została przeprowadzona. Ponadto NFZ został wezwany do udzielenia odpowiedzi na następujące pytania:

- w jaki sposób określone zostały wskaźniki korygujące cenę w poszczególnych grupach świadczeń stomatologicznych przedstawione w tabeli na str. 3 „Szczegółowych Materiałów Informacyjnych o Przedmiocie Postępowania w Sprawie Zawierania Umów o Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych Ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia od 1 stycznia 2004 r. w rodzaju świadczeń zdrowotnych LECZENIE STOMATOLOGICZNE”, stanowiących Załącznik nr 9 do Uchwały nr 226/2003 z dnia 30 września 2003 r. Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia,

- w jaki sposób określone zostały wartości punktowe poszczególnych procedur stosowanych w leczeniu stomatologicznym, przedstawione w Załączniku nr 1a do „Szczegółowych Materiałów Informacyjnych o Przedmiocie Postępowania w Sprawie Zawierania Umów o Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych Ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia od 1 stycznia 2004 r. w rodzaju świadczeń zdrowotnych LECZENIE STOMATOLOGICZNE”, stanowiących Załącznik nr 9 do Uchwały nr 226/2003 z dnia 30 września 2003 r. Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia,

- w jaki sposób ustalona została przyjęta dla leczenia stomatologicznego cena maksymalna punktu rozliczeniowego wynosząca 0,07 zł, wprowadzona do procesu kontraktacji usług zdrowotnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w 2004 r. uchwałą Nr 276/2003 Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada

2003 r. w sprawie ustalenia cen maksymalnych za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych stosowanych w procesie kontraktacji na 2004 r.

Odpowiadając na zarzut NFZ w piśmie z dnia 23 marca 2004 r., znak: CF/DOP/466/2004 stwierdził, że nie jest przedsiębiorcą i nie podlega ustawie o ochronie konkurencji, jednak z ostrożności procesowej złożył wyjaśnienia, o których mowa w dalszej części decyzji.

### **Prezes Urzędu ustalił, co następuje:**

#### **Strony postępowania**

NFZ został utworzony na mocy art. 36 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45 poz. 391 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o NFZ”<sup>1</sup>, jako państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, która nie prowadzi działalności gospodarczej. Fundusz działa na podstawie ustawy i statutu. Obok centrali mieszczącej się w Warszawie prowadzi działalność za pośrednictwem 16 oddziałów wojewódzkich. Organami Funduszu są Rada i Zarząd Funduszu.

Zgodnie z art. 39 ust. 1 ww. ustawy do zakresu działania NFZ należy w szczególności:

- 1) zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i położu oraz w celu zapobiegania chorobom, a także promocja zdrowia;
- 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 3) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów;
- 4) wykonywanie zadań zleconych i finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 5) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;
- 6) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

---

<sup>1</sup> Ustawa o NFZ utraciła moc z dniem 1 października 2004 r., tzn. w dniu wejścia w życie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.).

Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą, przy czym suma kwot zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawców nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu (art. 72 ustawy o NFZ).

Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań, jednak podstawowym trybem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych jest konkurs ofert. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej. W części niejawnej konkursu ofert mogą być przeprowadzone negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

- 1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń zdrowotnych;
- 2) ceny za udzielane świadczenia zdrowotne.

NFZ jest zobowiązany do traktowania na równych prawach wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i do prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji (art. 86 1 ustawy o NFZ).

Zgodnie z art. 108 ww. ustawy tworzony jest krajowy plan, w którym określa się prognozowane środki przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych w kraju oraz maksymalne ceny za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych. Przy ustalaniu krajowego planu Fundusz jest obowiązany do przestrzegania zasady zrównoważenia kosztów z przychodami i wymagań wynikających z aktualnej wiedzy i praktyki medycznej niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych. Krajowy plan stanowi podstawę sporządzania przez Zarząd Funduszu projektu planu finansowego Funduszu. Krajowy plan tworzy się w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu, uwzględniając możliwe do zabezpieczenia potrzeby zdrowotne ubezpieczonych (art. 109 ustawy o NFZ). Realizacja krajowego planu następuje w drodze zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami przez oddziały Funduszu.

W świetle powyższych przepisów należy uznać, że NFZ pełni rolę regulatora na rynku świadczeń zdrowotnych każdego rodzaju, w tym w zakresie lecznictwa stomatologicznego.

Uczestnikami rynku świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stomatologicznego jest:

- ponad 30 mln obywateli mających prawo do korzystania z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (w praktyce część uprawnionych rezygnuje z tych świadczeń korzystając z usług

stomatologicznych świadczonych odpłatnie), kreujących popyt na usługi lekarzy stomatologów,

- około 11 tys. lekarzy stomatologów reprezentujących stronę podażową tego rynku.

Około 90% przychodni stomatologicznych działa jako jednostki prywatne, w większości w formie działalności gospodarczej prowadzonej przez osoby fizyczne bądź w charakterze spółek z ograniczoną odpowiedzialnością.

## **OIL**

Wnioskodawca działa na podstawie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 ze zm.). Zgodnie z art. 1 tej ustawy tworzy się samorząd lekarzy i lekarzy dentyków, który jest niezależny w wykonywaniu swych zadań i podlega tylko przepisom ustawy. Jednostkami organizacyjnymi samorządu lekarzy posiadającymi osobowość prawną są: Naczelna Izba Lekarska i okręgowe izby lekarskie. Obszar działania poszczególnych okręgowych izb lekarskich, ich liczbę i siedziby ustala Naczelna Rada Lekarska na wniosek zjazdów okręgowych, uwzględniając zasadniczy podział terytorialny państwa.

Zadaniem samorządu lekarzy, określonym w art. 4 ww. ustawy, jest:

- 1) sprawowanie pieczy i nadzoru nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza,
- 2) ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie,
- 3) reprezentowanie i ochrona zawodu lekarza,
- 4) integrowanie środowiska lekarskiego,
- 5) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia,
- 6) współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą,
- 7) prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin,
- 8) zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich,
- 9) wykonywanie innych zadań określonych odrębnymi przepisami.



## Argumenty stron

### Stanowisko NFZ

Odpowiadając na zarzuty oraz pytania organu antymonopolowego NFZ w piśmie z dnia 23 marca 2004 r., znak: CF/DOP/466/2004 stwierdził, iż *„brak jest podstaw do uznania Narodowego Funduszu Zdrowia za podmiot podlegający rygorom ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów”*, bowiem nie jest on przedsiębiorcą ani w rozumieniu przepisów ustawy Prawo działalności gospodarczej, ani w rozumieniu art. 43<sup>1</sup> Kodeksu cywilnego<sup>2</sup>, jak również nie jest osobą prawną świadczącą usługi o charakterze użyteczności publicznej w rozumieniu art. 4 ust. 1 lit. a ustawy o ochronie konkurencji, gdyż nie świadczy usług. NFZ wyjaśnił, powołując się na art. 3 i 37 ustawy o NFZ, iż *„wykonuje obowiązki w zakresie ochrony zdrowia poprzez zarządzanie środkami finansowymi przekazanymi na podstawie ustawy oraz finansowanie świadczeń zdrowotnych i refundację leków”* oraz że *„jest jedynie instytucją publiczną realizującą zadania państwa w sferze finansowania służby zdrowia, która jako taka nie świadczy żadnych usług w tej sferze działalności państwowej”*. Jako jedyny cel swojej działalności NFZ wskazał racjonalizację wydatkowania środków przeznaczonych na ochronę zdrowia, wyjaśniając dodatkowo, że nie prowadzi żadnej działalności gospodarczej w celu osiągnięcia zysku, bowiem zakazuje tego art. 39 ust. 2 ww. ustawy.

Uznając wniosek OIL za *„nieuzasadniony i mylnie interpretujący działalność NFZ jako działalność gospodarczą”*, Fundusz jednak z ostrożności procesowej i mając na względzie wezwanie organu antymonopolowego przedstawił następujące informacje dotyczące kontraktowania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego w 2004 r.:

- jako podstawę kontraktowania świadczeń wymieniono dokumenty:
  - ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,
  - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie wykazu bezpłatnych podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń (Dz. U. Nr 115 poz. 1088),
  - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie wykazu bezpłatnych podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych przysługujących dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu, a także określenia

---

<sup>2</sup> Zgodnie z tym przepisem, *„Przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna, o której mowa w art. 33<sup>1</sup> § 1, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową”*.

rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń (Dz. U. Nr 115 poz. 1089),

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 130 poz. 1196),

- „Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia od dnia 1 stycznia 2004 r. w rodzaju świadczeń zdrowotnych Leczenie stomatologiczne”;

- w ramach rodzaju świadczeń leczenia stomatologicznego wyróżniono siedem grup świadczeń, które ustalone zostały ze względu na ściśle zdefiniowaną grupę ubezpieczonych, której są one udzielane,
- brak zgody Naczelnej Rady Lekarskiej na dokonanie innych zmian w wycenie poszczególnych świadczeń stomatologicznych spowodował konieczność zastosowania przez NFZ „wskaźników korygujących” w celu zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń w poszczególnych grupach,
- cena jednostkowa świadczenia stomatologicznego została określona jako iloczyn punktowej wartości danego rodzaju świadczenia zdrowotnego, ceny jednego punktu przyjętej dla leczenia ogólnostomatologicznego oraz wskaźnika korygującego właściwego dla danej grupy świadczeń,
- maksymalna cena jednego punktu przyjęta dla leczenia ogólnostomatologicznego została określona po uwzględnieniu następujących elementów:
  - zasady zrównoważenia kosztów z przychodami,
  - zamkniętego wykazu świadczeń stomatologicznych,
  - zadań lekarza stomatologa,
  - wyceny punktowej poszczególnych świadczeń stomatologicznych, opracowanej na podstawie wyceny świadczeń zaproponowanej w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2003 r. w sprawie wykazu bezpłatnych podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń<sup>3</sup>,

---

<sup>3</sup> Załącznik do projektu tego rozporządzenia zawiera kolumnę „wartość punktowa procedury”, przy czym wartości punktowe części procedur zostały podwojone w porównaniu z wyceną punktową, która obowiązywała na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 r. o takim samym tytule. W Załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie wykazu bezpłatnych podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych

- wskaźników korygujących,
  - liczby punktów koniecznych do zabezpieczenia świadczeń stomatologicznych,
  - wysokości środków przeznaczonych na leczenie stomatologiczne w planie finansowym na 2004 r. zatwierdzonym Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2003 r.
- maksymalna cena jednego punktu dla świadczeń stomatologicznych została ustalona na poziomie 0,07 zł.

Jednocześnie NFZ nie przedstawił wyników analizy kosztów i nie zaprzeczył, że takie analizy przeprowadził. Pismem z dnia 16 kwietnia 2004 r. NFZ został ponownie wezwany do przedstawienia wyników analizy kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stomatologicznego.

Odpowiadając na powyższe Fundusz w piśmie z dnia 28 kwietnia 2004 r. powtórzył te same co do treści informacje, które zawarł w piśmie z dnia 23 marca 2004 r., dodając, że wskaźniki korygujące dla poszczególnych grup świadczeń stomatologicznych ustalono w oparciu o opinię Departamentu Organizacyjno- Prawnego Centrali NFZ z dnia 12 listopada 2003 r., z której wynika, iż wycena poszczególnych świadczeń pozostaje w kompetencji NFZ (opinia ta nie została załączona do pisma NFZ).

W odniesieniu do kwestii ustalenia cen maksymalnych NFZ wskazał przepis art. 108 ustawy o NFZ, zgodnie z którym w Krajowym Planie Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych określa się prognozowane środki przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych oraz ceny maksymalne za poszczególne rodzaje świadczeń.

Ponadto NFZ odniósł się do – stanowiącego w jego opinii podstawę wystąpienia OIL do organu antymonopolowego - opracowania „standardowe koszty procedur medycznych”, informując, że po otrzymaniu powyższego materiału zwrócił się do Ministra Zdrowia o rozważenie możliwości ograniczenia wykazu świadczeń stomatologicznych przysługujących ubezpieczonemu.

Wobec nieudzielenia kluczowych w sprawie informacji, dotyczących metodologii ustalania punktowej wartości danego rodzaju świadczenia zdrowotnego oraz wskaźnika korygującego dla poszczególnych grup świadczeń stomatologicznych, i nieustosunkowania się do kwestii przedstawienia wyników analizy kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie

---

stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, które weszło w życie dnia 17 lipca 2003 r., nie zostały określone wartości punktowe procedur stomatologicznych, ponieważ ustalenie tych wartości nie należało do kompetencji Ministra Zdrowia.

lecznictwa stomatologicznego organ antymonopolowy ponowił wezwanie pismem z dnia 27 maja 2004 r., zwracając się także o wyjaśnienie przyczyn, z powodu których NFZ - po otrzymaniu opracowania „standardowe koszty procedur medycznych” – wystąpił do Ministra Zdrowia o rozważenie możliwości ograniczenia wykazu świadczeń stomatologicznych przysługujących ubezpieczonym.

Na powyższe wezwanie NFZ odpowiedział pismem z dnia 3 sierpnia 2004 r., powtarzając dotychczasowe wyjaśnienia i dodał, że:

- określenie grup świadczeń stomatologicznych oraz ustalenie wartości wskaźników korygujących, które różnicują cenę jednego punktu pomiędzy grupami, zostało dokonane we współpracy z przedstawicielami Naczelnej Izby Lekarskiej,

- wartości punktowe poszczególnych świadczeń medycznych oraz wskaźników korygujących ustalane były zawsze *„we współpracy i w porozumieniu z samorządem lekarskim – i w tym zakresie Fundusz nie podejmował decyzji oderwanych od opinii środowisk medycznych”*,

- wystąpienie do Ministra Zdrowia o rozważenie możliwości ograniczenia wykazu świadczeń stomatologicznych przysługujących ubezpieczonym stanowiło konsekwencję stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej, z którego wynika, iż zakres świadczeń stomatologicznych - do którego NFZ obligują obowiązujące przepisy prawa – jest zbyt rozległy wobec środków finansowych pozostających w jego dyspozycji (mimo wezwań NFZ nie przedstawił informacji o odpowiedzi Ministra Zdrowia na powyższe wystąpienie.)

W toku postępowania antymonopolowego Fundusz poinformował o zmianach w sposobie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, które nastąpiły w 2005 r.

Sposób kontraktowania świadczeń stomatologicznych na 2005 r. został określony w wydanym w dniu 13 października 2004 r. Zarządzeniu Nr 12/2004 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia *„Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne”*. W postępowaniu w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami na 2005 r. Centrala NFZ nie ustalała maksymalnych cen punktu rozliczeniowego w zakresie lecznictwa stomatologicznego. Decyzja dotycząca ceny jednego punktu rozliczeniowego należała do stron zawierających umowę, tzn. świadczeniodawcy składającego ofertę i właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Możliwość negocjowania, m.in. ceny jednego punktu rozliczeniowego, została określona w art. 142 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135), zgodnie z którym

komisja konkursowa w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia m.in. ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

### **Stanowisko OIL**

OIL przedstawiła swoje stanowisko w sprawie stwierdzając, że:

1. nieprzedstawienie przez NFZ w toku postępowania antymonopolowego wyników analizy kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego potwierdza zarzut, iż NFZ „nie wykonuje obowiązku ustawowego i nie prowadzi analiz, do prowadzenia których zobowiązuje go ustawa”. W korespondencji z organem antymonopolowym NFZ - nie wyjaśniając istoty zagadnienia w kwestii metodologii liczenia kosztów i ustalania wartości kwotowej punktu i wskaźników korygujących – przedstawił jedynie argument o konieczności równoważenia przychodów i kosztów,
2. nieustosunkowanie się NFZ do opracowania „standardowe koszty procedur medycznych” pozwala na wnioskowanie, że nie kwestionuje go pod żadnym względem,
3. nie podważa kompetencji NFZ do wyceny poszczególnych świadczeń, podkreśla jednak, że powinna ona wynikać z analiz i stanowić podstawę do ustalania wielkości środków finansowych przeznaczonych na leczenie stomatologiczne,
4. informacja NFZ, dotycząca współpracy ze środowiskami medycznymi, w tym z Naczelną Izbą Lekarską, dalej „NRL”, jest niezgodna z prawdą, co OIL udokumentowała kopiami pism i stanowiska Naczelnej Izby,
5. NRL – wbrew informacjom NFZ – nie występowała o ograniczenie świadczeń stomatologicznych, występowała natomiast o zwiększenie środków przeznaczonych na ten dział opieki zdrowotnej, stojąc na stanowisku, iż są one niewystarczające do rzetelnego prowadzenia opieki nad uprawnionymi do niej ubezpieczonymi, występowała również o ustalenie metodologii liczenia kosztów i ustalenie ceny odpowiadającej kosztom rzeczywistym kontraktowanych świadczeń,
6. nie zgadza się ze stanowiskiem NFZ, iż brak jest podstaw do uznania go za podmiot podlegający rygorom ustawy o ochronie konkurencji, ponieważ przez przedsiębiorcę rozumie się m.in. osobę prawną organizującą usługi o charakterze użyteczności publicznej (art. 4 pkt 1 tej ustawy), a zadania NFZ wynikające z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ nie są niczym innym, jak organizowaniem usług o takim charakterze.

Przedstawiając powyższe OIL podtrzymała żądania zawarte we wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego.

Odnosząc się do składanych przez NFZ wyjaśnień w toku postępowania OIL wskazała, że wraz z przesyłanymi Prezesowi Urzędu materiałami nie stanowią one odpowiedzi na pytania organu antymonopolowego: na jakiej podstawie ustalono maksymalną cenę punktu rozliczeniowego oraz jak określono wskaźniki korygujące cenę w poszczególnych grupach świadczeń stomatologicznych.

Zdaniem OIL z przesłanych Prezesowi Urzędu dokumentów wynika, że metoda ustalania przez NFZ cen w zakresie świadczeń stomatologicznych nie została oparta o analizę ich kosztów, a polegała na podzieleniu kwoty środków finansowych przeznaczonych na leczenie stomatologiczne przez liczbę punktów rozliczeniowych, które zamierzano zakupić. Wynik tego działania stanowi wartość jednego punktu rozliczeniowego, określając tym samym jego cenę maksymalną. Oznacza to, że wartość maksymalna punktu rozliczeniowego została ustalona arbitralnie i narzucona świadczeniodawcom. Potwierdzeniem powyższego jest m.in. sformułowanie: „wyznaczonych cenach maksymalnych”, użyte w tabeli „Analiza porównawcza ilości zaplanowanych świadczeń zdrowotnych przy określonym budżecie w wyznaczonych cenach maksymalnych”, stanowiącej załącznik (poz. 9) do pisma NFZ z dnia 18 lutego 2005 r.

W toku postępowania NFZ wykonując wezwanie organu antymonopolowego przesłał:

1. wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Zdrowia projektu rozporządzenia z 2003 r. w sprawie wykazu bezpłatnych podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń,
2. kopie dokumentów potwierdzających dokonanie urealnienia wyceny świadczeń stomatologicznych w porozumieniu z przedstawicielami Naczelnej Rady Lekarskiej w postaci:
  - kopii notatki sporządzonej przez Departament Świadczeń Zdrowotnych w NFZ dotyczącej spotkania z NRL,
  - kopii propozycji zgłoszonych przez NRL do szczegółowych informacji poprzedzających zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii wraz z komentarzem Funduszu,
  - kopii notatki ze spotkania w dniu 27 sierpnia 2003 r. przedstawicieli NRL oraz Centrali NFZ wraz z tekstem ostatecznego brzmienia zasad kontraktowania świadczeń

- podstawowych w zakresie stomatologii z odręcznie naniesionymi uwagami ze spotkania,
3. kopię Załącznika nr 9 do Uchwały nr 226/2003 Zarządu NFZ pt. „Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia od 1 stycznia 2004 r. w rodzaju świadczeń zdrowotnych LECZENIE STOMATOLOGICZNE”,
  4. kopię „Wstępnej propozycji maksymalnych cen na poszczególne rodzaje świadczeń” stanowiącej załącznik 2 do Protokołu z dnia 30 października 2003 r. z przebiegu prac Zespołu ds. ustalenia maksymalnych cen na poszczególne rodzaje świadczeń,
  5. kopię pisma NFZ z dnia 15 października 2003 r., znak: CF/DEF/801/03/MK, skierowanego do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, dotyczącego ustalania cen maksymalnych,
  6. wzór tabeli „Zbiorcze zestawienie do wypełnienia tabel” wraz z wyjaśnieniem dotyczącym jej wypełniania, stanowiące załącznik 3 do ww. pisma,
  7. kopię „Analizy porównawczej ilości zaplanowanych świadczeń zdrowotnych przy określonym budżecie i wyznaczonych cenach maksymalnych”,
  8. kopię zestawienia zatytułowanego „Wartość świadczeń ponadumownych (poza limitowych) wykonanych przez świadczeniodawców za okres od 1.01.2003 r. – 30.09.2003 r. nie ujętych w księgach rachunkowych”,
  9. kopię Protokołu z dnia 30 października 2003 r. z przebiegu prac Zespołu ds. ustalenia maksymalnych cen na poszczególne rodzaje świadczeń.

Uzasadniając ustalenie cen maksymalnych na procedury stomatologiczne na poziomie 0,07 zł NFZ wyjaśnił, że kwota powyższa stanowi wynik prac Zespołu ds. ustalenia maksymalnych cen na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych, który został powołany Zarządzeniem nr 55/2003 z dnia 10 września 2003 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zespół ten zwrócił się do oddziałów wojewódzkich NFZ o przeprowadzenie symulacji możliwych maksymalnych cen poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych na 2004 r. Na podstawie danych przesłanych przez oddziały wojewódzkie Zespół przygotował zbiorcze zestawienie wyników. Po przeprowadzeniu analizy zbiorczego zestawienia Zespół przygotował wstępną propozycję maksymalnych cen na poszczególne rodzaje świadczeń. Dla świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego propozycja ta wynosiła 0,07 zł. W celu dodatkowej weryfikacji przygotowanych propozycji cen maksymalnych do oddziałów zostało skierowane pismo wraz ze wzorem tabeli,

wyjaśnieniami oraz zatwierdzonymi przez Ministerstwo Zdrowia budżetami na 2004 r. Zadaniem oddziałów było wyliczenie możliwych do realizacji świadczeń w 2004 r. w oparciu o wartość budżetu na ten rok oraz zaproponowane maksymalne ceny na poszczególne rodzaje świadczeń.

Kierując się informacjami zawartymi w ww. Protokole organ antymonopolowy wezwał NFZ do przesłania:

- materiałów powstałych w toku przeprowadzonych przez Departament Świadczeń Zdrowotnych analiz cen wynikowych uzyskanych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ,

- materiałów stanowiących podstawę do sporządzenia przez Zespół ds. ustalenia maksymalnych cen zbiorczego zestawienia wyników uzyskanych przez oddziały wojewódzkie dla rodzaju świadczenia leczenie stomatologiczne, tj. porównania cen uzyskanych z obliczeń - których dokonały oddziały wojewódzkie NFZ po przeprowadzeniu symulacji – z cenami wcześniej stosowanymi w oddziałach wraz załącznikiem nr 1 do Protokołu z przebiegu prac Zespołu,

- materiałów powstałych w toku przeprowadzonej przez Zespół analizy danych zawartych w ww. załączniku nr 1, uzasadniających wstępną propozycję cen maksymalnych dla leczenia stomatologicznego przygotowaną przez Zespół.

W odpowiedzi NFZ przesłał kopie sporządzonych przez każdy oddział NFZ zbiorczych zestawień stanowiących podstawę do analizy porównawczej ilości zaplanowanych świadczeń zdrowotnych przy określonym budżecie i wyznaczonych cenach maksymalnych, informując jednocześnie, że metody i tryb prac Zespołu ds. ustalenia maksymalnych cen są trudne do odtworzenia, ponieważ jego przewodniczący i sekretarz nie pracują już w centrali NFZ.

Pismem z dnia 20 czerwca 2005 r. NFZ wniósł o dopuszczenie dowodu z zeznań świadków: pana Mirosława Bajończyka, Przewodniczącego Zespołu ds. ustalenia maksymalnych cen na poszczególne rodzaje świadczeń, oraz pana Janusza Tamili, Sekretarza tego Zespołu, którzy nie pracują już w Centrali NFZ, na okoliczność ustalenia:

- trybu i toku prac ww. Zespołu,
- procedur analizowania materiałów źródłowych służących do wyceny świadczeń,
- przyjętej metodologii wyceny,
- wyników i dokumentacji prac Zespołu.

W ocenie organu antymonopolowego NFZ w toku całego postępowania dowodowego nie przedstawił sposobu określenia wartości punktowej poszczególnych procedur w zakresie leczenia stomatologicznego oraz wskaźników korygujących ani nie zajął jednoznacznego



stanowiska w sprawie przeprowadzenia analizy kosztów świadczeń stomatologicznych przysługujących ubezpieczonym, której wyniki mogłyby, w opinii organu antymonopolowego, stanowić podstawę ustalenia ceny maksymalnej jednego punktu przyjętej dla leczenia ogólnostomatologicznego.

Dążąc do rzetelnego i szczegółowego wyjaśnienia sprawy, a w szczególności ustalenia, czy określone przez NFZ ceny maksymalne zakupu świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego mają charakter cen nieuczciwych, rażąco niskich, Prezes Urzędu postanowieniem z dnia 27 lutego 2006 r. dopuścił dowód z opinii biegłego BAA Polska Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, ul. Powązkowska 15 (dalej także „biegły” lub „BAA Polska”) na okoliczność stwierdzenia, jakie koszty jednostkowe procedur stomatologicznych powinny stanowić w 2004 r. podstawę ich wyceny w procesie kontraktacji usług zdrowotnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto opinia biegłego powinna odnieść się do ceny maksymalnej punktu rozliczeniowego - wynoszącej w 2004 r. 0,07 zł – wprowadzonej w 2004 r. do procesu kontraktacji usług zdrowotnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie leczenia stomatologicznego. Z uwagi na fakt, że ustalona przez NFZ na rok 2004 maksymalna cena zakupu każdej procedury stomatologicznej stanowi iloczyn trzech składników, biegły powinien także odnieść się do wartości tych składników, tzn.:

- wartości punktowych poszczególnych procedur stosowanych w leczeniu stomatologicznym, przedstawionych w Załączniku nr 1a do „Szczegółowych Materiałów Informacyjnych....”
- ceny maksymalnej punktu rozliczeniowego wynoszącej 0,07 zł, wprowadzonej do procesu kontraktacji usług zdrowotnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w 2004 r. uchwałą Nr 276/2003 Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie ustalenia cen maksymalnych za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych stosowanych w procesie kontraktacji na 2004 r.,
- wskaźników korygujących cenę w poszczególnych grupach świadczeń stomatologicznych przedstawionych w tabeli na str. 3 „Szczegółowych Materiałów Informacyjnych....”

Opinia biegłego została przedstawiona dnia 18 kwietnia 2006 r., a uzupełnienie do niej w dniu 16 maja 2006 r.

Dopuszczenie dowodu z opinii biegłego oznacza, że Prezes Urzędu uznał, iż dowód ten w najwyższym stopniu przyczyni się do dostatecznego wyjaśnienia okoliczności, na którą został zgłoszony, a zatem nie ma potrzeby dopuszczenia innego dowodu, w tym dowodu z przesłuchania świadków.

## **Opinia biegłego**

Biegły sporządził kalkulacje kosztów jednostkowych wybranych procedur stomatologicznych oraz przedstawił opinię na temat wartości poszczególnych składników określających ceny procedur stomatologicznych wprowadzonych przez NFZ do procesu kontraktowania w 2004 r. na podstawie badań własnych z uwzględnieniem aktów prawnych obowiązujących w tym zakresie.

Koszty jednostkowe procedury stomatologicznej stanowią sumę nakładów, które musi ponieść przychodnia stomatologiczna w celu wykonania tej procedury. Na sumę tych nakładów składają się koszty stałe i koszty zmienne. Koszty stałe są ponoszone niezależnie od liczby i rodzaju wykonywanych procedur, konieczność ich ponoszenia wynika z samego faktu funkcjonowania przychodni. Wysokość poniesionych kosztów zmiennych jest bezpośrednio zależna od liczby i rodzaju wykonywanych w przychodni zabiegów stomatologicznych.

Przeprowadzone przez biegłego badania własne polegały na anonimowym badaniu ankietowym 40 wybranych losowo (z listy zakładów stomatologicznych sporządzonej przez NFZ) niepublicznych przychodni stomatologicznych prowadzących działalność w województwie małopolskim. Wśród badanych przychodni większość prowadzona jest przez lekarzy właścicieli, którzy zatrudniają 1 lub 2 osoby personelu pomocniczego. W próbie znalazły się dwie duże przychodnie zatrudniające 52 i 51 lekarzy i dwie średnie zatrudniające 14 i 12 lekarzy. Badane przychodnie działają w miejscowościach małych, średnich i w Krakowie i wszystkie oprócz świadczeń stomatologicznych finansowanych przez NFZ świadczą także odpłatne usługi. Wybór do badania tylko prywatnych przychodni biegły uzasadnił m.in. tym, że w 2004 r. około 90% przychodni stomatologicznych funkcjonujących w kraju i około 85% przychodni w województwie małopolskim działało jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

W ramach badań własnych biegły uzyskał dodatkowo opinie dwóch nie współpracujących z NFZ lekarzy stomatologów, dotyczące wielkości nakładów materiałowych (leków, środków opatrunkowych, wypełnień dentystycznych i pozostałych nakładów) ponoszonych na poszczególne zabiegi oraz średniego czasu trwania tych zabiegów.

Odpowiedzi na ankietę udzieliło 18 respondentów, z których 14 to lekarze wykonujący działalność gospodarczą, a 4 funkcjonowało jako spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Badani przedsiębiorcy prowadzili 48 gabinetów stomatologicznych, co stanowi ok. 11% wszystkich gabinetów w województwie małopolskim, które w 2004 r. miały podpisane kontrakty z NFZ. W ocenie biegłego wyniki badania pozwalają na odtworzenie mechanizmów działania rynku usług stomatologicznych i relacji wzajemnych między NFZ

a przychodniami stomatologicznymi, chociaż nie można ich uogólnić i przenieść na wszystkie przychodnie stomatologiczne posiadające w 2004 r. kontrakty z NFZ.

Kalkulacja kosztów jednostkowych (obliczonych jako średnie dla całej badanej próby) została wykonana dla 51 procedur - spośród 107 wymienionych w „Szczegółowych materiałach informacyjnych ....” - które generowały ponad 94% wszystkich przychodów uzyskanych za świadczenia refundowane przez NFZ. Pozostałe procedury są rzadko wykonywane lub w ogóle nie były wykonywane przez badane przychodnie.

Porównanie wyliczonych przez biegłego kosztów jednostkowych poszczególnych procedur stomatologicznych z przychodami uzyskiwanymi przez badane przychodnie za wykonanie każdej z tych procedur przy cenach określonych przez NFZ (0,07 zł za jeden punkt rozliczeniowy z uwzględnieniem wycen punktowych i wskaźników korygujących) wskazuje, że liczba procedur, w których koszty jednostkowe (wg kalkulacji biegłego) były wyższe od przychodów uzyskanych jako refundacja z NFZ za ich wykonanie, była w przybliżeniu równa liczbie procedur, których koszty były niższe od przychodów określonych w powyższy sposób. Gorsze relacje między kosztami a przychodami występowały w grupach przychodni z wysokim udziałem w przychodach całkowitych procedur objętych umowami z NFZ i przychodni z wysokimi kosztami stałymi. Dodatkowo badanie wykazało, że najwyższe straty przynosiły procedury proste, mniej pracochłonne, nisko punktowane i jednocześnie najczęściej wykonywane, szczególnie przez małe przychodnie.

Na podstawie dokonanych obliczeń biegły stwierdził, że zwiększenie wartości jednego punktu rozliczeniowego o 23%, tzn. z 0,07 zł do 0,0861 zł, pozwoliłoby zrównać koszty refundowane przez NFZ z kosztami faktycznie ponoszonymi przez badane przychodnie (wartości punktów wyrównujące przychody i koszty przychodni z wysokimi kosztami stałymi mieszczą się w przedziale od 0,023 do 0,128 zł.). Według biegłego ujemną stroną zwiększenia wartości jednego punktu rozliczeniowego jest dalszy wzrost rentowności procedur, które były rentowne w 2004 r.

W odniesieniu do wyceny punktowej poszczególnych procedur biegły stwierdził występowanie dużych różnic między wynikami finansowymi osiąganymi na różnych procedurach stomatologicznych, co w jego opinii może świadczyć o tym, że wycena dokonana przez NFZ nie odzwierciedla rzeczywistych relacji między nakładami pracy i kosztami materiałowymi niezbędnymi do wykonania tych procedur. Zastosowanie skorygowanej punktacji, która zapewniłaby rentowność wszystkich procedur, wymagałoby

zwiększenia nakładów NFZ o 23%, czyli o tę samą wartość, co w przypadku podniesienia wartości jednego punktu rozliczeniowego.

Ceny procedur stomatologicznych, których wykonanie jest utrudnione, skomplikowane lub wiąże się z ryzykiem dla lekarza, korygowane są odpowiednimi wskaźnikami. Ponieważ nie ma obiektywnej metody oceny prawidłowości ustalenia ich wartości, biegły uzyskał opinie respondentów, które pozwalają na stwierdzenie, że wartość wskaźników korygujących nie budzi szczególnych kontrowersji wśród lekarzy stomatologów, bowiem przeważają opinie, że wskaźniki są odpowiednie.

Badanie biegłego wykazało także, że:

- w lepszej sytuacji finansowej są przychodnie, które dużą lub większą część przychodów uzyskują z wykonywania usług odpłatnych, nie objętych kontraktami z NFZ,
- koszty działania, przede wszystkim koszty stałe, są silnie zróżnicowane - małe przychodnie na ogół wykonują procedury stomatologiczne przy niższych kosztach niż przychodnie średnie i duże.

OIL zakwestionowała opinię BAA Polska w części dotyczącej przyjętej metodologii kalkulacji kosztów jednostkowych procedur stomatologicznych, podkreślając, że przyjęta przez biegłego metodologia nie jest zgodna z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej wymienionym wśród innych aktów prawnych, które zgodnie z postanowieniem Prezesa Urzędu powinny zostać uwzględnione przy sporządzaniu tej opinii. Na poparcie swojego stanowiska Wnioskodawca przedłożył opinię biegłego rewidenta (zwanego dalej „rewidentem”) sporządzoną na jego zlecenie. Na zlecenie wnioskodawcy sporządzona została również Recenzja opinii biegłego wniesiona jako dowód w przedmiotowym postępowaniu. Recenzent stwierdził, że opinia biegłego nie prezentuje wiarygodnej oceny kosztów jednostkowych procedur stomatologicznych, m.in. z powodu uzyskania przez biegłego w badaniu ankietowym jedynie 45% odpowiedzi (55% odmów), oraz z powodu przyjętych przez biegłego podstaw szacowania niezbędnych nakładów materiałowych i czasu trwania poszczególnych zabiegów stomatologicznych.

Odnosząc się do opinii biegłego, jak również do uwag i opinii Wnioskodawcy, NFZ stwierdził, że zgadza się z tezą zawartą w opinii biegłego, iż nie jest możliwe, ani zgodne z zasadami wolnego rynku, aby poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniał pokrycie kosztów działalności wszystkich podmiotów funkcjonujących na rynku usług stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 10 § 1 kpa, strony postępowania zostały zawiadomione o możliwości zapoznania się z całością materiału dowodowego i wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań w wyznaczonym terminie. Wnioskodawca w dniu 25 października 2006 r. zapoznał się z aktami sprawy, natomiast NFZ z tego prawa nie skorzystał.

### **Prezes Urzędu zważył, co następuje:**

Przedmiotem niniejszego postępowania antymonopolowego prowadzonego przez Prezesa Urzędu jest rozstrzygnięcie, czy NFZ nadużywał posiadanej pozycji dominującej na krajowym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, poprzez bezpośrednie narzucanie w 2004 r. nieuczciwych, tj. rażąco niskich, cen zakupu świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego, co wyczerpuje znamiona praktyki zakazanej z mocy art. 8 ust. 2 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji.

Ustawa o ochronie konkurencji ściśle określa krąg podmiotów legitymowanych do wystąpienia z wnioskiem o wszczęcie postępowania antymonopolowego przed Prezesem Urzędu w związku z podejrzeniem naruszenia przepisów ww. ustawy. Zgodnie z art. 84 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy z wnioskiem o wszczęcie postępowania antymonopolowego może wystąpić przedsiębiorca lub związek przedsiębiorców, którzy wykażą swój interes prawny. Wszczęcie przez Prezesa Urzędu postępowania antymonopolowego uzależnione jest tym samym od uprzedniego wykazania, iż wnioskodawca posiada status przedsiębiorcy w rozumieniu ww. ustawy. Ustawa o ochronie konkurencji względnie szeroko definiuje pojęcie „przedsiębiorca”. Stosownie do jej art. 4 pkt 1 przez przedsiębiorcę należy rozumieć przedsiębiorcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. Nr 173, poz. 1807 ze zm.), a także: a) osobę fizyczną, osobę prawną, a także jednostkę organizacyjną niemającą osobowości prawnej, organizującą lub świadczącą usługi o charakterze użyteczności publicznej, które nie są działalnością gospodarczą w rozumieniu przepisów o działalności gospodarczej, b) osobę fizyczną wykonującą zawód we własnym imieniu i na własny rachunek lub prowadzącą działalność w ramach wykonywania takiego zawodu, c) osobę fizyczną posiadającą akcje lub udziały zapewniające jej co najmniej 25% głosów w organach co najmniej jednego przedsiębiorcy lub posiadającą kontrolę, w rozumieniu pkt 13, nad co najmniej jednym przedsiębiorcą, choćby nie prowadziła działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o działalności gospodarczej,

jeżeli podejmuje działania podlegające kontroli koncentracji. W art. 4 pkt 2 ustawy o ochronie konkurencji zdefiniowano także pojęcie „związku przedsiębiorców”, do którego zaliczane są izby, zrzeszenia i inne organizacje zrzeszające przedsiębiorców, o których mowa w pkt 1, jak również związki tych organizacji.

Zatem Wnioskodawca, będący związkiem przedsiębiorców w rozumieniu art. 4 pkt 2 ustawy o ochronie konkurencji, posiada przymiot przedsiębiorcy i tym samym jest uprawniony do występowania z wnioskiem o wszczęcie takiego postępowania.

Kwestią wymagającą rozważenia jest także, czy NFZ przysługuje przymiot przedsiębiorcy – w znaczeniu art. 4 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji – a tym samym, czy jego działania mogą podlegać ocenie Prezesa Urzędu pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów tej ustawy.

Zgodnie z obowiązującą w dacie wszczęcia niniejszego postępowania antymonopolowego ustawą o NFZ, Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną (por.: art. 36 ww. ustawy). Do jego zadań należy m.in. zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu oraz w celu zapobiegania chorobom, a także promocja zdrowia (art. 39 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy), oraz przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych (art. 39 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy). Niewątpliwie usługi medyczne świadczone w ramach powszechnego ubezpieczenia są usługami o charakterze użyteczności publicznej, a NFZ zajmował się organizowaniem tych usług. Tym samym należy uznać, iż Narodowy Fundusz Zdrowia, który organizuje usługi o charakterze użyteczności publicznej, jest przedsiębiorcą w rozumieniu art. 4 pkt 1 lit. a ustawy o ochronie konkurencji.

Powyższe stanowisko organu antymonopolowego jest zgodne z licznymi orzeczeniami Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej „SOKiK”), który stwierdził, że kasy chorych są podmiotami, które organizują usługi o charakterze użyteczności publicznej i dalej *„Wprawdzie nigdzie w ustawie nie zostało sprecyzowane co dokładnie można uznać za działalność o charakterze użyteczności publicznej, niejednolite są także poglądy doktryny w tej dziedzinie, jednakże zdaniem Sądu można ustalić ich zakres 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 ust. z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym), a zadania własne gmin z reguły traktowane są jako zadania o charakterze użyteczności*

*publicznej, można przyjąć, iż świadczenie usług medycznych należy także do kategorii usług o takim właśnie charakterze. Nadto zbieżne z powyższym wydaje się stanowisko Trybunału Konstytucyjnego. W swojej uchwale z dnia 12 marca 1997 r. Trybunał Konstytucyjny podkreślił, że zadania mające charakter użyteczności publicznej należy rozumieć możliwie najszerzej. Zdaniem Sądu takie właśnie cechy w swoim działaniu przejawiają kasy chorych, w związku z tym należy uznać, iż wypełniają znamiona podmiotów organizujących usługi o charakterze użyteczności publicznej określonych w art. 4 ust. 1 a ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów”.*<sup>4</sup>

Jednocześnie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 1 kwietnia 2004 r. orzekł, że z dniem 1 kwietnia 2003 r., w którym weszła w życie ustawa o NFZ, regionalne kasy chorych przekształciły się z mocy prawa w oddziały wojewódzkie Funduszu (art. 206 ustawy o NFZ), a NFZ stał się z mocy prawa podmiotem wszelkich praw i obowiązków kas chorych (art. 202 ust. 1 ustawy o NFZ).<sup>5</sup>

Wobec powyższego zarówno OIL, jak i NFZ posiadają status przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji.

Dla uznania, że sprawa ma charakter antymonopolowy niezbędne jest ustalenie, czy w okolicznościach sprawy doszło do naruszenia interesu publicznego.

### **Interes publiczny**

Zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawa o ochronie konkurencji określa warunki rozwoju i ochrony konkurencji oraz zasady podejmowanej w interesie publicznym ochrony interesów przedsiębiorców i konsumentów. Wszczynając postępowanie antymonopolowe Prezes Urzędu w pierwszej kolejności rozważa zatem, czy skutek działań skarżonego przedsiębiorcy został naruszony interes publiczny. Powyższy przepis wskazuje, iż ustawa antymonopolowa należy do dziedziny prawa publicznego i jako taka powinna mieć zastosowanie w sytuacji zagrożenia interesu publicznego, a nie interesu jednostkowego. Stanowisko to podzielił Sąd Antymonopolowy, który w wyroku z dnia 27 czerwca 2001 r. podkreślił, iż ustawa antymonopolowa chroni interes publiczny, co wynika z jej treści art. 1 ust. 1, a więc znajduje zastosowanie tylko wówczas, gdy zagrożony lub naruszony zostaje interes publiczny, polegający na zapewnieniu właściwych warunków funkcjonowania rynku gospodarczego.<sup>6</sup> Zdaniem Sądu, pojęcie interesu publicznego nie jest pojęciem o charakterze stałym i jednolitym. W każdej sprawie powinien on być ustalony i konkretyzowany, co do swych

<sup>4</sup> Wyrok z dnia 5 lutego 2003 r., sygn. akt XVII Ama 18/02

<sup>5</sup> Wyrok z dnia 1 kwietnia 2004 r., sygn. akt III SK 24/04

<sup>6</sup> Wyrok Sądu Antymonopolowego z dnia 27 czerwca 2001 r., sygn. akt XVII Ama 92/00

wymagań. Organ administracji publicznej (a więc także Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów) powinien w toku postępowania i przy wydawaniu decyzji być rzecznikiem tego interesu, albowiem wynika to z jego zadań w strukturze administracji publicznej. Zatem podstawą do zastosowania przez Prezesa Urzędu przepisów ustawy o ochronie konkurencji winno być uprzednie stwierdzenie, że został naruszony interes publicznoprawny, a nie interes jednostki, czy też grupy.

Podobnie SOKiK wypowiada się na temat art. 1 ust. 2 ustawy antymonopolowej.<sup>7</sup> Stosownie do treści tego przepisu, ww. ustawa reguluje zasady i tryb przeciwdziałania praktykom ograniczającym konkurencję oraz praktykom naruszającym zbiorowe interesy konsumentów, a także antykonkurencyjnym koncentracjom przedsiębiorców i ich związków, jeżeli te praktyki lub koncentracje wywołują lub mogą wywołać skutki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Tak określony cel ustawy pozwala na przyjęcie, że ma ona charakter publicznoprawny i służy ochronie interesu ogólnospołecznego. Znajduje zatem zastosowanie wówczas, gdy zagrożony lub naruszony był interes publiczny, polegający na zapewnieniu właściwych warunków funkcjonowania rynku gospodarczego. Rynek taki funkcjonować może prawidłowo wówczas, gdy zapewniona jest możliwość powstania i rozwoju konkurencji. Ustawa chroni zatem konkurencję jako zjawisko o charakterze instytucjonalnym. Za zagrożenie lub naruszenie konkurencji w tym rozumieniu należy uznać zaś jedynie takie działania, które dotyczą sfery interesów szerszego kręgu uczestników rynku gospodarczego, a więc gdy dotyczą konkurencji rozumianej nie jako sytuację pojedynczego przedsiębiorcy (konsumenta), lecz jako zjawisko charakteryzujące funkcjonowanie gospodarki. Ingerencja organów działających na podstawie ustawy antymonopolowej uzasadniona jest tylko wówczas, gdy służy ochronie tak pojętej konkurencji. Celem ustawy nie jest więc ochrona indywidualnego przedsiębiorcy, gdyż indywidualne prawa podmiotowe uczestników obrotu gospodarczego podlegają ochronie w trybie dochodzenia roszczeń przed sądem powszechnym bądź przed sądem administracyjnym.

Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w jednym z orzeczeń<sup>8</sup>, w którym stwierdził, iż: *„W rozpoznawanej sprawie, przy dokonywaniu oceny czy doszło do naruszenia lub zagrożenia zasady wolnej konkurencji na rynku relewantnym, nie można poprzestać na zbadaniu sytuacji ewentualnego pokrzywdzenia bezpośrednich kontrahentów przedsiębiorcy dominującego na tym rynku. Potrzebne jest tu spojrzenie szersze, uwzględniające także to, w jaki sposób działania przedsiębiorstwa odbijają się na interesach członków spółdzielni, a nie tylko jej*

---

<sup>7</sup> Wyrok SOKiK z dnia 10 lutego 2003 r., sygn. akt XVII 38/02

<sup>8</sup> Wyrok z dnia 24 lipca 2003 r., sygn. akt I CKN 496/01



*samej, jako bezpośredniego kontrahenta przedsiębiorstwa. Ten szerszy kontekst naruszenia interesów także członków spółdzielni, dotkniętych pośrednio działaniem powoda naruszając interes o charakterze ogólniejszym – publicznoprawnym, a nie jak przyjął Sąd Antymonopolowy, odnoszą się najwyżej do interesu grupy konsumenckiej”.*

Zdaniem organu antymonopolowego, działania NFZ spełniają wymóg naruszenia interesu publicznego, bowiem wywierają istotny, bez wątpienia, wpływ na warunki funkcjonowania na rynku właściwym przedsiębiorców, w interesie których występuje wnioskodawca, przez co w konsekwencji, oddziałują również na sytuację szerokiego kręgu osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

### **Rynek właściwy**

Działania przedsiębiorców, które mogą stanowić praktykę ograniczającą konkurencję, ujawniają się na rynku właściwym. Ustalenie rynku właściwego w danej sprawie ma zatem istotne znaczenie dla prawidłowego stosowania przepisów ustawy antymonopolowej.

Przepis art. 4 pkt 8 ustawy antymonopolowej definiuje pojęcie rynku właściwego jako rynku towarów, które ze względu na ich przeznaczenie, cenę oraz właściwości, w tym jakość, są uznawane przez ich nabywców za substytuty oraz są oferowane na obszarze, na którym, ze względu na rodzaj i właściwości, istnienie barier dostępu do rynku, preferencje konsumentów, znaczące różnice cen i koszty transportu, panują zbliżone warunki konkurencji. Natomiast towarami w rozumieniu art. 4 pkt 6 ustawy antymonopolowej są rzeczy, jak również energia, papiery wartościowe i inne prawa majątkowe, usługi, a także roboty budowlane.

Rynek właściwy należy wyznaczyć pod względem przedmiotowym (rynek produktowy) oraz terytorialnym (rynek geograficzny). Identyfikacja rynku właściwego jest wynikiem połączenia między rynkami towarów wzajemnie wymiennych i geograficznym zasięgiem terytorium, na którym dochodzi do wymiany tych produktów. Na zasadnicze znaczenie, jakie dla stosowania przepisów ustawy antymonopolowej ma ustalenie granic rynku relewantnego, wskazuje orzecznictwo antymonopolowe. W wyroku z dnia 26 października 1994 r.,<sup>9</sup> Sąd Antymonopolowy przyjął, iż wyznaczenie rynku polega na przeprowadzeniu analizy działalności podmiotów gospodarczych pod kątem segmentacji jakiejś sfery produkcji lub obrotu, aby na tej podstawie wyodrębnić kilka rynków, w tym rynek właściwy w danej sprawie (tzw. rynek relewantny). Następnie w wyroku z dnia 18 grudnia 2002 r. SOKiK dodał, iż wyznaczenie relewantnego rynku jest koniecznym warunkiem zastosowania ustawy antymonopolowej do postępowań toczących się w jej trybie. Rynek relewantny wyznacza

---

<sup>9</sup> Wyrok Sądu Antymonopolowego z dnia 26 października 1994 r., sygn. akt XVII Amr 24/94

plaszczynę współzawodnictwa przedsiębiorców w zakresie danego towaru na określonym terytorium geograficznym.<sup>10</sup>

Zgodnie z powołanymi przepisami ustawy o ochronie konkurencji oraz przytoczonym orzecznictwem antymonopolowym rynkiem właściwym w niniejszej sprawie jest krajowy rynek organizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stomatologicznego w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. Rynek ten ma pionowy aspekt, bowiem wnioskodawca jest przedsiębiorcą wykonującym świadczenia zdrowotne, natomiast NFZ, któremu zarzucono stosowanie praktyki ograniczającej konkurencję, usług takich nie świadczy. Jego rola sprowadza się do organizowania świadczenia takich usług na rzecz ubezpieczonych. Stąd działania NFZ wywołują skutki nie na rynku organizowania świadczeń zdrowotnych, lecz na rynku wykonywania tych świadczeń.

Możliwość stwierdzenia naruszenia przez przedsiębiorcę zakazu stosowania praktyk ograniczających konkurencję poprzez nadużywanie pozycji dominującej uzależniona jest od uprzedniego stwierdzenia, iż przedsiębiorca posiada na rynku właściwym pozycję dominującą, przez którą należy rozumieć pozycję przedsiębiorcy, która umożliwia mu zapobieganie skutecznej konkurencji na rynku właściwym przez stworzenie mu możliwości działania w znacznym zakresie niezależnie od konkurentów, kontrahentów oraz konsumentów; domniemywa się, że przedsiębiorca ma pozycję dominującą, jeżeli jego udział w rynku przekracza 40% (art. 4 pkt 9 ustawy o ochronie konkurencji).

### **Nadużywanie pozycji dominującej**

Pozycja dominująca NFZ na krajowym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych na rzecz osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym wynika wprost z przepisów ustawy o NFZ, bowiem wyłącznie jemu przyznano ustawowo (art. 37 i 39 tej ustawy) uprawnienie do zarządzania środkami finansowymi przekazywanymi na ten cel oraz do zawierania umów ze świadczeniodawcami w celu zapewnienia tych świadczeń. NFZ jest tym samym faktycznie jedynym podmiotem realizującym ubezpieczenie zdrowotne. Oznacza to, że nadana NFZ z mocy prawa pozycja wyczerpuje znamiona, o których mowa w art. 4 pkt 9 ustawy o ochronie konkurencji. Powyższe odnosi się w sposób oczywisty do krajowego rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stomatologicznego, który stanowi część krajowego rynku organizowania świadczeń zdrowotnych we wszystkich zakresach lecznictwa.

---

<sup>10</sup> Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 18 grudnia 2002 r., XVII Ama 19/01

Sam fakt posiadania pozycji dominującej na rynku właściwym nie stanowi jeszcze naruszenia prawa. Przesłanką niezbędną do zastosowania przepisów art. 8 ust. 2 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji jest wykazanie nadużywania tej pozycji przez przedsiębiorcę, w szczególności przez bezpośrednie lub pośrednie narzucanie nieuczciwych cen, w tym cen nadmiernie wygórowanych albo rażąco niskich. Przedsiębiorca bezpośrednio narzuca ceny nieuczciwe, gdy skutek posiadanej siły rynkowej wymusza je na swoich kontrahentach. W takiej sytuacji kontrahenci są słabszą stroną umowy, zdaną na dyktat cenowy odbiorcy oferowanych przez nich usług. Do sytuacji takich można niewątpliwie zaliczyć ustalenie przez NFZ cen maksymalnych wprowadzonych do kontraktowania świadczeń stomatologicznych na 2004 r. Świadczeniodawcy usług stomatologicznych będący kontrahentami NFZ, chcąc zaistnieć na rynku publicznych usług medycznych, zmuszeni byli do zawierania z nim kontraktów, jako jedynym podmiotem uprawnionym do zawierania i finansowania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych.

Jakkolwiek organ antymonopolowy nie jest organem kontroli cen, to jednak ustawa o ochronie konkurencji upoważnia go do ingerencji, gdy ceny stosowane przez przedsiębiorcę dominującego na rynku stanowią wyraz nadużywania przez tego przedsiębiorcę jego siły rynkowej ze szkodą dla kontrahentów i konsumentów. Zatem w niniejszej sprawie należy rozstrzygnąć, czy NFZ, określając maksymalne ceny zakupu świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego, po których świadczeniodawcy mogli oferować swoje usługi w kontraktach zawieranych na 2004 r., naruszył zakaz nadużywania pozycji dominującej, tzn. czy takie działanie NFZ wypełniało znamiona praktyki wskazanej w art. 8 ust. 2 pkt 1 ustawy antymonopolowej.

Do stwierdzenia, że określone działanie przedsiębiorcy stanowi praktykę, o której mowa w ww. przepisie, niezbędne jest łączne wystąpienie następujących okoliczności:

- przedsiębiorca posiadający pozycję dominującą na rynku właściwym narzuca bezpośrednio lub pośrednio ceny,
- ceny te są rażąco niskie, a tym samym mają charakter cen nieuczciwych.

W odniesieniu do pierwszej okoliczności należy stwierdzić, że wykazana wcześniej dominująca pozycja NFZ umożliwia mu jednostronne określanie warunków umów zawieranych ze świadczeniodawcami umów, w tym zwłaszcza dotyczących cen i liczby nabywanych usług. W takiej sytuacji kontrahenci, będący słabszą stroną umowy, są zmuszeni do podpisywania niekorzystnych dla nich warunków ofertowych. Przymus ekonomiczny dotyczy w szczególności publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które nie mają możliwości świadczenia odpłatnych usług stomatologicznych. W przypadku tych przedsiębiorców

niezawarcie kontraktu z NFZ oznacza w istocie brak możliwości kontynuowania działalności. W tej sytuacji przedsiębiorcy ci przystępują do konkursu ofert na kontrakty z NFZ mimo świadomości, że ceny zakupu świadczeń, które proponuje Fundusz nie pokrywają ich kosztów. Konieczność zawarcia przez tych świadczeniodawców kontraktu z NFZ (wynika) powstaje niewątpliwie wskutek posiadania i wykorzystywania przez Fundusz pozycji monopolisty.

Powyższe stwierdzenie pozwala na postawienie NFZ zarzutu narzucania kontrahentom cen, natomiast oddzielnym zagadnieniem jest, czy ceny narzucane przez Fundusz są cenami rażąco niskimi, co oznaczałoby, że noszą znamiona cen nieuczciwych.

Ustalenie, że pobierane ceny mają charakter cen rażąco niskich, wymaga wskazania ceny, której poziom należy uznać za właściwy. Jest to o tyle trudne, iż nie zawsze można precyzyjnie określić tę cenę. Z ekonomicznego punktu widzenia powinna to być cena pokrywająca uzasadnione koszty produkcji i zawierająca pewien poziom zysku. Zatem w przedmiotowym postępowaniu uznanie bądź nie uznanie stosowanych cen za rażąco niskie wymaga odniesienia ich poziomu do poziomu średnich kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców przystępujących do umów z NFZ. Wnioskodawca przedstawił kalkulację jednostkowych kosztów standardowych podstawowych procedur stomatologicznych, natomiast NFZ nie udokumentował wystarczająco sposobu ustalenia ceny maksymalnej jednego punktu rozliczeniowego w wysokości 0,07 zł w zakresie leczenia stomatologicznego. W tej sytuacji w celu dokonania oceny, czy stosowana przez NFZ w procesie kontraktowania usług stomatologicznych na 2004 r. cena maksymalna jednego punktu rozliczeniowego w wysokości 0,07 zł w zakresie leczenia stomatologicznego jest ceną rażąco niską, Prezes Urzędu zlecił biegłemu wykonanie kalkulacji kosztów jednostkowych procedur stomatologicznych, które powinny stanowić w 2004 r. podstawę ich wyceny w procesie kontraktacji usług zdrowotnych (metodologia badań zastosowana przez biegłego i ich wyniki zostały wcześniej przedstawione w uzasadnieniu decyzji).

Analizując wyniki badania biegłego oraz informacje przedstawione przez Wnioskodawcę organ antymonopolowy doszedł do przekonania, że w obu przypadkach cena maksymalna punktu rozliczeniowego stosowana przez NFZ nie pokrywa – jakkolwiek w różnym stopniu – średnich kosztów wykonywania procedur stomatologicznych. W przypadku danych Wnioskodawcy cena punktu rozliczeniowego odbiega od kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców 2,6 raza, natomiast w przypadku kalkulacji sporządzonej przez biegłego niedofinansowanie procedur stomatologicznych przy zastosowaniu ceny na poziomie 0,07 zł wynosi średnio ok. 23%.

Zdaniem organu antymonopolowego tak istotna różnica między wnioskami biegłego i opracowania Wnioskodawcy może być spowodowana m.in. faktem sporządzania kalkulacji kosztów jednostkowych procedur stomatologicznych dla różnych podmiotów gospodarczych działających na rynku świadczenia usług stomatologicznych. W opracowaniu załączonym do wniosku OIL zbadane zostały jednostkowe koszty standardowe procedur stomatologicznych wykonywanych przez przychodnie stomatologiczne będące publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, natomiast biegły badał koszty faktycznie poniesione w 2004 r. przez przychodnie prywatne, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Niezależnie jednak od przyczyny istotnej różnicy w oszacowaniu średnich kosztów procedur stomatologicznych dokonanych przez Wnioskodawcę i biegłego porównanie ceny maksymalnej punktu rozliczeniowego w zestawieniu z przedstawionymi wyżej dwoma wariantami kalkulacji kosztów procedur stomatologicznych prowadzi do wniosku, że cenę tę należy uznać za rażąco niską, bowiem została ona ukształtowana na poziomie niższym niż koszty niezbędne do świadczenia standardowej procedury stomatologicznej stanowiącej usługę. Oznacza to, że cena ta ma charakter ceny nieekwiwalentnej, bowiem została w oczywisty sposób zaniżona w stosunku do wartości usługi świadczonej przez kontrahentów NFZ.

Jak wiadomo celem działalności NFZ jest zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych wszystkim do tego uprawnionym. Do realizacji tego celu służą środki finansowe pochodzące ze składek ubezpieczonych przekazywanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Źródło pochodzenia tych środków przesądza o tym, że ich wielkość jest ograniczona, a NFZ wobec zakazu prowadzenia działalności gospodarczej nie ma możliwości ich pomnażania. Jednocześnie zgodnie z art. 72 ustawy o NFZ obowiązywała go zasada zrównoważenia kosztów z przychodami, co oznacza, że suma kwot zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawców nie mogła przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. W tej sytuacji dokonując rozdysponowania środków finansowych Fundusz stoi każdorazowo przed wyborem między zakupem większej liczby świadczeń po niższej cenie lub zakupem mniejszej liczby świadczeń po cenie wyższej. Konieczność dokonywania tego wyboru nie może jednak w ocenie organu antymonopolowego usprawiedliwiać faktu ustalania cen, które nie pokrywają kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców. Istotne znaczenie ma przy tym określenie, które z kosztów należy uznać za uzasadnione, a które takimi nie są. Powyższe stanowisko organu antymonopolowego jest zgodne z orzeczeniem SOKiK, który w wyroku z dnia 23 lutego 2004 r. stwierdził, że oddziaływanie NFZ na wysokość cen jest istotne z punktu widzenia

interesu publicznego oraz że „*Oddziaływanie to powinno z jednej strony stymulować redukcję kosztów, z drugiej zaś strony gwarantować pokrycie kosztów uzasadnionych i zapewnić uczciwy zysk. Istota rozstrzygnięcia (...) powinna więc się sprowadzać do ustalenia czy ceny narzucone przez zainteresowanego (NFZ) odpowiadają powyższym kryteriom.*” I dalej: „*Zdaniem Sądu, istotne znaczenie ma określenie, które z kosztów mają charakter uzasadniony, a które nie. Za nieuczciwy należy bowiem uznać system, w którym ustalenie ceny jest wynikiem dzielenia wszystkich kosztów (ponoszonych zasadnie i bezzasadnie) przez ilość świadczonych usług, jak i dzielenie posiadanych środków przez ilość potrzebnych usług.*”<sup>11</sup>

Biorąc pod uwagę wyjaśnienia i dokumenty przedstawione przez NFZ w toku postępowania uzasadnionym jest domniemanie, że w przypadku ustalania przez NFZ ceny maksymalnej punktu rozliczeniowego mamy do czynienia z systemem, w którym ceny ustalane są jako wynik podzielenia posiadanych środków przez ilość potrzebnych usług. O takim sposobie ustalania ceny maksymalnej świadczyć może m.in. nieprzedstawienie przez NFZ kalkulacji kosztów stanowiących podstawę ustalenia tej ceny, jak również fakt, że nie uległa ona żadnym zmianom w wyniku wyliczeń dokonanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu po przesłaniu im tabeli, w której zaproponowana została cena na poziomie 0,07 zł.

Odnosząc się do kwestii kosztów uzasadnionych, które powinny być pokrywane przez „uczciwe” ceny, należy stwierdzić, że zgodnie z powszechną wiedzą ekonomiczną działalność gospodarcza podmiotów prywatnych jest bardziej racjonalna ekonomicznie niż działalność jednostek uspołecznionych, ponieważ te ostatnie ponoszą wyższe koszty z racji funkcjonowania jako część większych zakładów opieki zdrowotnej. Wyższe koszty wynikają z konieczności pokrycia wydatków ponoszonych na finansowanie kosztów administracji i zarządzania tych jednostek (w aneksie do swojej opinii biegły stwierdził, że w przychodniach publicznych narzuty kosztów administracji i zarządu stanowią 34% kosztów wytworzenia procedur stomatologicznych, podczas gdy w przychodniach prywatnych narzuty te nie przekraczają 10%).

Uznanie części kosztów ponoszonych przez publiczne przychodnie stomatologiczne za nieuzasadnione nie oznacza jednak, że cena punktu rozliczeniowego w wysokości 0,07 zł pokrywa koszty uzasadnione, bowiem jak wynika z badania przeprowadzonego przez biegłego koszty niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej działających w zakresie leczenia stomatologicznego nie były refundowane przez NFZ w około 23%. Jednocześnie cena punktu rozliczeniowego ustalona przez NFZ jako maksymalna cena zakupu procedur stomatologicznych pokrywała koszty jedynie części przedsiębiorców funkcjonujących na tym

---

<sup>11</sup> Sygn. akt XVII Ama 14/03

rynku. Biegły oszacował, że w 2004 r. mniejsze lub większe straty poniosło około 48% przychodni stomatologicznych funkcjonujących w województwie małopolskim, które wykonywały świadczenia zakontraktowane przez NFZ. Powyższe dane prowadzą do wniosku, że stosowany w 2004 r. przez NFZ algorytm wyznaczania ceny jednego punktu rozliczeniowego w lecznictwie stomatologicznym sprawił, iż świadczeniodawcy, których koszty można uznać za uzasadnione, nie osiągnęli dodatniego wyniku finansowego realizując kontrakty zawarte z NFZ.

W opinii organu antymonopolowego niedofinansowanie procedur stomatologicznych w wysokości stanowiącej prawie 1/4 średnich kosztów wykonywania procedur stomatologicznych uzasadnia uznanie ceny jednego punktu rozliczeniowego za rażąco niską cenę zakupu świadczeń stomatologicznych. Oznacza to, że cena ta spełnia kryteria ceny rażąco niskiej - nie pokrywa kosztów niezbędnych do świadczenia standardowej procedury stomatologicznej oraz nie zapewnia uczciwego zysku.

Należy także wskazać, że powyższy poziom niedofinansowania świadczeniodawców usług stomatologicznych określony został przy przyjęciu przez biegłego niskich wynagrodzeń lekarzy i personelu pomocniczego, zbliżonych do średnich płac w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Zatem gdyby uwzględnić wynagrodzenia na wyższym poziomie, stosowane u świadczeniodawców działających w warunkach konkurencyjnych, niedofinansowanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej byłoby większe. Biegły przeprowadził badanie prywatnych (niepublicznych) przychodni stomatologicznych, które z założenia działają efektywniej aniżeli zakłady publiczne. Jeżeli zatem nawet ich działalność jest niedoszacowana, uprawnione jest domniemanie, że działalność zakładów publicznych jest niedoszacowana w wyższym stopniu.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że – zgodnie z przytoczonym stanowiskiem SOKiK - zapłata za świadczone usługi powinna gwarantować *pokrycie kosztów uzasadnionych i zapewnić uczciwy zysk*. W przypadku nier refundowania kosztów świadczeń stomatologicznych w około 23% nie tylko nie występuje zysk z działalności, ale przeciwnie - kontrahenci NFZ ponoszą straty. Prowadzenie działalności na takich warunkach uniemożliwia odtworzenie i modernizację sprzętu, co oznacza dekapitalizację środków trwałych i brak możliwości rozwoju poprzez dokonywanie inwestycji. W dłuższej perspektywie czasowej sytuacja taka może prowadzić do obniżenia standardu świadczeń, a nawet ograniczyć możliwość kontraktacji niezbędnej liczby świadczeń w przypadku likwidacji działalności przez część nie dofinansowanych kontrahentów NFZ. Dochodzi zatem do drenowania przez

NFZ kontrahenta, który nie osiąga zysku, a przecież tylko z zysku może inwestować i rozwijać działalność.

Powyższe stwierdzenia prowadzą do wniosku, że stosowana przez NFZ cena maksymalna na kontraktowane w 2004 r. procedury stomatologiczne jest rażąco niska, a tym samym ma ona charakter ceny nieuczciwej.

Reasumując - w ocenie organu antymonopolowego - działanie NFZ polegające na bezpośrednim narzucaniu nieuczciwych, tj. rażąco niskich, cen zakupu świadczeń zdrowotnych w procesie ich kontraktowania na 2004 r. stanowi nadużycie pozycji dominującej na krajowym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. Wobec powyższych okoliczności należy uznać, iż NFZ stosował praktykę ograniczającej konkurencję, określoną w art. 8 ust. 2 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji, i zaniechał jej stosowania z dniem 1 stycznia 2005 r.

### **Zaniechanie praktyki ograniczającej konkurencję**

W ocenie organu antymonopolowego praktyka ograniczająca konkurencję, polegająca na bezpośrednim narzucaniu przez NFZ nieuczciwych, tj. rażąco niskich, cen zakupu świadczeń zdrowotnych, stosowana była przez tego przedsiębiorcę w 2004 r., co oznacza, że trwała jeden rok, bowiem sposób kontraktowania świadczeń stomatologicznych na rok 2005 uległ zmianie. Zmiana ta polegała m.in. na tym, że w procesie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2005 r. NFZ nie ustalał maksymalnych cen punktu rozliczeniowego w zakresie leczenia stomatologicznego. Prezes Urzędu stoi na stanowisku, że zmiana sposobu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w 2005 r. jest równoznaczna z zaniechaniem stosowania przez NFZ stwierdzonej wyżej praktyki z art. 8 ust 2 pkt 1 ustawy o ochronie konkurencji. Za datę zaniechania tej praktyki należy uznać dzień, od którego zaczęły obowiązywać kontrakty zawarte zgodnie z zasadami określonymi w wydanym w dniu 13 października 2004 r. Zarządzeniu Nr 12/2004 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia „*Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne*”, tj. dzień 1 stycznia 2005 r.

Stosownie do art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o ochronie konkurencji, jeżeli zachowanie rynkowe przedsiębiorcy przestało naruszać zakazy określone w art. 8 ustawy, Prezes Urzędu wydaje decyzję o uznaniu praktyki za ograniczającą konkurencję i stwierdzającą zaniechanie jej stosowania.



Wobec powyższego orzeczono, jak w pkt I sentencji.

Stosownie do art. 75 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, Prezes Urzędu rozstrzyga o kosztach postępowania, w drodze postanowienia, które może być zamieszczone w decyzji kończącej postępowanie.

Zgodnie z art. 74 ustawy o ochronie konkurencji Prezes Urzędu może, niezależnie od wyniku sprawy, nałożyć na stronę obowiązek zwrotu kosztów wywołanych jej niesumieniem lub oczywiście niewłaściwym postępowaniem, a zwłaszcza kosztów powstałych wskutek uchylenia się od wyjaśnień lub złożenia wyjaśnień niezgodnych z prawdą, zatajenia lub opóźnionego powołania dowodów. Nałożenie na przedsiębiorcę kosztów w trybie tego przepisu, który jest analogiczny do zasady zawinienia unormowanej w art. 103 k.p.c., należy do uznania Prezesa. Wobec faktu, że przesłanki nałożenia na stronę kosztów w obu regulacjach przyjmują identyczną treść, do powołanego przepisu ustawy o ochronie konkurencji ma zastosowanie dorobek orzecznictwa i doktryny postępowania cywilnego w tym zakresie.<sup>12</sup> Zgodnie z nim do zastosowania zasady zawinienia unormowanej w art. 103 k.p.c. konieczne jest istnienie winy kwalifikowanej – niesumienności lub oczywiście niewłaściwego postępowania.<sup>13</sup> Zgodnie z brzmieniem art. 103 k.p.c. przepis ten powinien być stosowany niezależnie od rozstrzygnięcia sprawy (możliwe jest więc obciążenie kosztami również strony wygrywającej), a wskazany w § 2 powołanego przepisu zakres zachowań stanowiących niesumienne lub oczywiście niewłaściwe postępowanie jest jedynie przykładowy. Sąd Najwyższy orzekł także, że ocena tych zachowań należy do sądu i uważa się, że może dotyczyć wszystkich działań lub zaniechań naruszających normy procesowe zawierające nakaz bądź zakaz.<sup>14</sup>

W ocenie organu antymonopolowego nieprzedstawienie przez NFZ sposobu ustalenia ceny maksymalnej jednego punktu rozliczeniowego w zakresie leczenia stomatologicznego stanowi niewłaściwe postępowanie, które spowodowało konieczność poniesienia przez Prezesa Urzędu kosztów sporządzenia opinii biegłego. W związku z powyższym na podstawie art. 74 ustawy o ochronie konkurencji nakłada się na NFZ obowiązek zwrotu na rzecz Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji Konsumentów **kosztów sporządzenia opinii**

---

<sup>12</sup> Korus K. Komentarz do art. 74 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2003 Nr 86, poz. 804).

<sup>13</sup> Demendecki T. Komentarz do art. 103 kodeksu postępowania cywilnego, [w:] A. Jakubecki (red.), J. Bodio, T. Demendecki, O. Marcewicz, P. Telenga, M.P. Wójcik, Kodeks postępowania cywilnego. Praktyczny komentarz, Zakamycze, 2005, wyd. II

<sup>14</sup> Orzeczenie SN z dnia 30 października 1969 r., II PR 372/69, OSPiK 1970, z. 9, poz. 193.

**biegłego w wysokości 29.414,20 zł** (słownie: dwadzieścia dziewięć tysięcy czterysta czternaście 20/100 złotych).

Wobec powyższego postanowiono, jak w pkt. II sentencji.

Jak już wskazywano, art. 75 ustawy o ochronie konkurencji stanowi, że Prezes Urzędu rozstrzyga o kosztach, w drodze postanowienia, które może być zamieszczone w decyzji kończącej postępowanie.

Zgodnie z art. 69 ust. 1 ww. ustawy w postępowaniu wszczętym na wniosek strona przegrywająca sprawę jest obowiązana zwrócić drugiej stronie, na jej żądanie, koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony, w tym także koszty opinii biegłych i instytucji naukowych.

Odpowiadając na wezwanie Prezesa Urzędu w sprawie przedstawienia spisu kosztów poniesionych przez strony postępowania jedynie pełnomocnik Wnioskodawcy, będący radcą prawnym, pismem z dnia 14 lutego 2007 r. wniósł o przyznanie kosztów postępowania według załączonego spisu.

NFZ nie wystąpił w wyznaczonym przez Prezesa Urzędu terminie z odpowiednim żądaniem, wobec czego – na podstawie art. 76 ustawy o ochronie konkurencji należy uznać, że jego roszczenie o zwrot kosztów wygasło.

OIL wniosła o zwrot koszt na łączną kwotę 8.389,40 zł, według wykazu obejmującego: opłatę od wniosku o wszczęcie postępowania – 500 zł, opłatę skarbową od pełnomocnictwa udzielonego radcy prawnemu – 15 zł, koszty przejazdu pełnomocnika Wnioskodawcy do siedziby Prezesa Urzędu w celu zapoznania się z aktami sprawy w dniu 25 października 2006 r. – 264,40 zł oraz koszty opinii biegłych, do których zaliczyła koszty: sporządzenia przez mgr inż. W Stylo w październiku 2003 r. opracowania „Kalkulacja kosztów jednostkowych podstawowych procedur stomatologicznych finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z uwzględnieniem wymaganego standardu” – 2000 zł, aktualizacji powyższego opracowania z grudnia 2005 r. – 1.110 zł, recenzji opinii biegłego powołanego w toku postępowania przez organ antymonopolowy – 3.300 zł i opinii - 1.200 zł.

Przepisy art. 69 ustawy o ochronie konkurencji nie wymieniają w sposób wyczerpujący kosztów podlegających rozliczeniu, co z jednej strony stwarza stronom możliwość wykazania niezbędności poniesionych kosztów, a z drugiej strony upoważnia Prezesa Urzędu do dokonania jej oceny.

W ocenie organu antymonopolowego do kosztów postępowania antymonopolowego należy niewątpliwie opłata od wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego w wysokości 500 zł, którą poniósł Wnioskodawca – strona wygrywająca spór – wnosząc o wszczęcie postępowania antymonopolowego. Wysokość tej opłaty została określona w przepisach rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2001 r. w sprawie wysokości opłat od wniosków o wszczęcie postępowania antymonopolowego oraz trybu ich uiszczania (Dz. U. Nr 34, poz. 404). Do kosztów postępowania antymonopolowego organ antymonopolowy zaliczył także opłatę skarbową od udzielonego pełnomocnictwa w wysokości 15,00 zł poniesioną przez OIL stosownie do przepisów obowiązującej w toku postępowania ustawy z dnia 9 września 2000 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2004 r. Nr 253, poz. 2532). Dowody poniesienia przez Wnioskodawcę obu wymienionych powyżej opłat znajdują się w aktach sprawy.

Przepis art. 69 ust. 3 ustawy o ochronie konkurencji stanowi, że do niezbędnych kosztów postępowania strony zalicza się koszty osobistego stawiennictwa strony na wezwanie Prezesa Urzędu. Należy przy tym wskazać, że zawiadomienie strony o możliwości zapoznania się z materiałem dowodowym w sprawie nie stanowi takiego wezwania<sup>15</sup>. Kierując się powyższym przepisem organ antymonopolowy nie zaliczył kosztów przejazdu pełnomocnika Wnioskodawcy, który jest radcą prawnym, do kosztów niezbędnych do celowego dochodzenia praw i celowej obrony.

Odnosząc się do pozostałych kosztów wymienionych w spisie przedstawionym przez OIL, Prezes Urzędu nie stwierdził ich niezbędności do celowego dochodzenia praw Wnioskodawcy, bowiem prowadzenie postępowania w niniejszej sprawie byłoby również możliwe bez sporządzenia ww. opinii i recenzji zleconych przez Wnioskodawcę.

Wobec powyższego postanowiono, jak w pkt. III sentencji.

Stosownie do treści art. 78 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji w związku z art. 479<sup>28</sup> § 2 k.p.c. od niniejszej decyzji przysługuje, za pośrednictwem Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w terminie dwutygodniowym od dnia jej doręczenia.

Stosownie do art. 78 ust. 6 ustawy o ochronie konkurencji w związku z art. 479<sup>28</sup> § 1 pkt 2 k.p.c. na postanowienia zawarte w punktach II i III sentencji decyzji służy zażalenie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w terminie

---

<sup>15</sup> Por. E. Modzelewska-Wąchal, *Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów. Komentarz*, wyd. Twigger, Warszawa 2002, str. 259

tygodniowym od dnia doręczenia postanowienia, za pośrednictwem Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Kwotę w wysokości 29.414,20 zł należy wpłacić w terminie 14 dni od dnia uprawomocnienia się decyzji na konto Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów:

Bank BPH S.A. Oddział w Warszawie nr rachunku 48106000760000411020001348.

Z upoważnienia Prezesa Urzędu  
Ochrony Konkurencji i Konsumentów

DYREKTOR  
Departamentu Ochrony Konkurencji  
*Monika Bychowska*

Otrzymują:

1. Narodowy Fundusz Zdrowia

ul. Grójecka 186  
02-390 Warszawa

2. Narodowy Fundusz Zdrowia

ul. Grójecka 186  
02-390 Warszawa

za pośrednictwem pełnomocnika

Radcy Prawnego  
Pana Adama Twarowskiego  
Dyrektora Biura Prawnego

3. Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

ul. Krupnicza 11 a  
31-123 Kraków

za pośrednictwem pełnomocnika

Radcy Prawnego  
Pani Agnieszki Nawara-Dubiel