

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

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

RŁO/57-4/02/AL/

Łódź, 26 listopada 2002r.

Decyzja nr RŁO 25/2002

- I. Na podstawie art. 11, ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2000r. Nr 122, Poz. 1319 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą o okik w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, po rozpatrzeniu sprawy wszczętej na wniosek Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Pabianicka 62, 93 – 513 Łódź przeciwko Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych z siedzibą w Łodzi, ul. Kopcińskiego 58 **nie stwierdza się stosowania** przez Łódzką Regionalną Kasę Chorych praktyki ograniczającej konkurencję określonej w art. 8, ust. 2, pkt 1 ustawy o okik polegającej na nadużywaniu pozycji dominującej, poprzez narzucanie Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu im. M. Kopernika Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych cen rażąco niskich i limitów świadczeń zdrowotnych oraz poprzez narzucanie jednostronnie warunków umów i odmawianie negocjacji.
- II. Na podstawie art. 75 w związku z art. 76 ustawy powołanej w pkt I, w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie zasądza się kosztów postępowania w sprawie.

Uzasadnienie

Do Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Łodzi w dniu 28 marca 2002r. wpłynął wniosek (k 1 – 14) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika Samodzielny ZOZ zwanego dalej Wnioskodawcą o wszczęcie postępowania antymonopolowego przeciwko Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych, zwanej dalej Kasą. We wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego Wnioskodawca zarzucił Kasie naruszenie art. 8, ust. 1 ustawy o okik poprzez stosowanie praktyk ograniczających konkurencję poprzez nadużywanie pozycji dominującej w zakresie narzucania Wnioskodawcy limitów usług i cen rażąco niskich oraz zarzucił Kasie stosowanie praktyki ograniczającej konkurencję polegającej na narzucaniu Wnioskodawcy jednostronnie treści warunków umów i odmawianie negocjacji.

W uzasadnieniu wniosku Wnioskodawca stwierdził, że świadczy usługi medyczne na odpowiednim poziomie profesjonalnym, co przekłada się na cenę tych usług. Od 1999r. Wnioskodawca nie może wynegocjować odpowiedniego kontraktu z Kasą, która swoje

negatywne stanowisko uzasadnia brakiem pieniędzy. Kasa narzuca Wnioskodawcy w proponowanych kontraktach:

1. limity usług medycznych dla oddziałów szpitala,
2. limity hospitalizowanych pacjentów,
3. limity cen na poszczególne świadczenia.

Te ograniczenia w ocenie Wnioskodawcy prowadzą do sytuacji, w której narzucony limit pacjentów i koszt świadczeń nie odpowiada faktycznym i możliwym kosztom wykonywanych usług. W proponowanych kontraktach Kasa nie dopuszcza do uwzględnienia takich podstawowych praw rynkowych jak inflacja, wzrost kosztów leczenia między innymi poprzez wzrost kosztów leków, wprowadzenie podatku VAT, który nie podlega odliczeniu. Ponadto Wnioskodawca stwierdził, że jego propozycje aby ceny usług medycznych obejmowały obowiązkową podwyżkę płać na podstawie ustawy z dnia 22 grudnia 2000r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym kształtowaniu przyrostu wynagrodzeń w zakładach opieki zdrowotnej o kwotę 303 zł miesięcznie nie są uwzględniane przez Kasę mimo, że wzrost wynagrodzeń uchwalony został przez Sejm, a z zapisów w drukach sejmowych nr 2482 zał. 1 do projektu ustawy wynika, że podwyżki płać pochodzą głównie ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez kasy chorych. W ocenie Wnioskodawcy dowodem na nadużywanie pozycji dominującej jest fakt, że cena na świadczone usługi w 2002r. narzucona przez Kasę pozostała nie zmieniona w prowadzonych negocjacjach. Jest to kontrakt zawarty pod przymusem. Ceny usług medycznych wynikające z tego kontraktu są rażąco niskie. Zdaniem Wnioskodawcy szpital o wysokiej specjalizacji nie może być przy negocjacji kontraktu traktowany poniżej kosztów własnych, co faktycznie ma miejsce. Kontrakt zawarty z kasą w 2002r. winien zgodnie z zasadami rynkowymi uwzględniać minimalne elementy wzrostu cen usług, choćby w takim zakresie aby zawierały koszty 1999r. + inflację + ustawową podwyżkę wynagrodzeń 203 zł. Wnioskodawca twierdzi, że stanowisko Kasy o braku pieniędzy na uwzględnienie podstawowych kosztów leczenia w proponowanym przez Wnioskodawcę kontrakcie nie zasługuje na usprawiedliwienie. Zdaniem Wnioskodawcy Kasa nie wykorzystwała instrumentalnego i prawnego działania polegającego na wystąpieniu do Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych celem zmiany wskaźnika kosztów dla województwa łódzkiego. Mazowiecka Kasa Chorych posiada preferencyjny wskaźnik, inne kasy w Polsce tworzą lokaty i rezerwy środków, które mogłyby być zagospodarowane zgodnie z bieżącymi i niezbędnymi potrzebami świadczeniobiorców na terenie Łodzi. W piśmie z dnia 12 czerwca 2002r. (k 66) Wnioskodawca doprecyzował podstawę prawną zarzutów przeciwko Kasie powołując art. 8, ust. 2, pkt 1 ustawy o okik.

Kasa ustosunkowując się do zarzutów wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego w piśmie z dnia 8 maja 2002r.(k 23 – 50) wniosła o umorzenie wszczętego postępowania albo o wydanie decyzji o nie stwierdzeniu stosowania przez Kasę praktyk ograniczających konkurencję – stosownie do unormowania art. 11, ust. 1 ustawy o okik. Kasa stwierdziła także, że jako instytucja ubezpieczenia zdrowotnego, aby zapewnić ubezpieczonym świadczenia zdrowotne, określone ustawą gromadzi środki finansowe, zarządza nimi, a także zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Obowiązkiem kas chorych przy zawieraniu umów jest przestrzeganie zasady zrównoważenia kosztów z przychodami oraz zasady, że suma kwot zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w planie finansowym kasy chorych. Ustosunkowując się do zarzutu narzucania limitów świadczeń i cen na poszczególne świadczenia, Kasa stwierdziła także, że w celu ustalenia jednego z niezbędnych elementów umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych jakim jest maksymalna kwota zobowiązania trzeba określić ich ilość i cenę. W ocenie Kasy ustawa z dnia 16 grudnia 1994r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. z 1995r., Nr 1, poz. 2 z późn. zm.) na którą powołuje się Wnioskodawca nie nakłada obowiązku wykonania określonego w niej zobowiązania ze środków kas chorych. W tej sytuacji zdaniem Kasy, gdy nie jest wskazane

źródło finansowania wydatki te powinny być pokryte z budżetu państwa. Ustosunkowując się do zarzutu Wnioskodawcy polegającego na niewystąpieniu przez Kasę do Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych celem zmiany wskaźnika kosztów dla województwa łódzkiego, Kasa podała, że procedurę wyrównań finansowych dokonywanych między kasami chorych określa unormowanie art. 135 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153, z późn. zm.). Kasa stwierdziła także, że od roku 2000 starała się racjonalizować warunki konkursu i w miarę możliwości dostosować cenę do ponoszonych kosztów przez świadczeniodawców. Ponadto w II półroczu 2001 roku ceny niektórych oddziałów szpitala Wnioskodawcy zostały zrewaloryzowane przez Kasę w stosunku do cen zakontraktowanych.

W piśmie z dnia 31 maja 2002r. (k 52 – 57) Wnioskodawca stwierdził, że Kasa nie dopuszczając do negocjowania kontraktu w zakresie np. cen hospitalizacji uniemożliwia pośrednio dostęp chorego do wybranego szpitala naruszając tym samym prawo pacjenta płynące z zapisu art. 31c pkt 2 ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym, jak również art. 68 konstytucji, która gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Tę gwarancję prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych ma zapewnić zarówno kasa chorych jak i szpital. Wnioskodawca stwierdził, że wskaźniki kształtujące ceny usług takie jak inflacja, wzrost urzędowej ceny leków, obowiązkowa podwyżka płac dla pracowników wprowadzona ustawą z 22.12.2000r. o negocjacyjnym kształtowaniu wzrostu wynagrodzeń w służbie zdrowia powinny stanowić podstawę i obowiązek dla obu stron kontraktu do ustalenia realnych tj. nie niższych od kosztów z lat poprzednich zasad finansowania dla ubezpieczonych. Wnioskodawca podał także, iż Sejm uchwalając ustawę z dnia z 22.12.2000r. o negocjacyjnym kształtowaniu wzrostu wynagrodzeń w służbie zdrowia zakładał, że finansowanie wzrostu wynagrodzeń ma nastąpić między innymi z kontraktów z kasą chorych. Dał temu wyraz w projekcie do uchwalonej ustawy – druk sejmowy nr 2482 z 15.12.2000r. w którym na stronie 3 uzasadnienia jest zapis: ”realizacja wzrostu wynagrodzeń nastąpi w ramach środków na wynagrodzenia jakimi będą dysponować pracodawcy pochodzące głównie ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez kasy chorych”. Wnioskodawca powołał też pismo Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia p. Tomasza Grottela skierowane do Przewodniczącego Związków Zawodowych Służby Zdrowia, w którym wskazuje, że jednym ze źródeł finansowania wzrostu wynagrodzeń są renegotjacje kontraktów z kasą chorych, która w 2001r. przyjęła składki na ubezpieczenie zdrowotne podwyższone do 7, 75% oraz została zwolniona z konieczności zwrotu w 2001r. otrzymanej w 2000r. pożyczki. Wnioskodawca stwierdził także, że przestrzeganie przez Kasę zrównoważenia kosztów z przychodami nie wyłącza ustalania cen świadczeń zdrowotnych odpowiednich do ich wartości. Zatem błędne jest stanowisko Kasy stwierdzające, że aby móc ustalić maksymalną kwotę zobowiązania ma ona prawo określać arbitralnie cenę świadczeń i ich ilość. Umowy o świadczenia zdrowotne dotyczą pacjentów ubezpieczonych mających prawo do uzyskania tych świadczeń na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i żadne limity (pacjentów) nie obowiązują. Lekarz nie ma prawa odmówić pomocy medycznej pod rygorem zwolnienia z pracy, narzucony limit doprowadza do przyjęcia przez szpital obowiązku leczenia ubezpieczonego pacjenta bez zapłaty.

W piśmie z dnia 27 czerwca 2002r. (k 71 – 74) Wnioskodawca stwierdził, że Kasa stosowała wobec niego w zawieranych umowach o świadczenie usług ceny rażąco niskie, które na przestrzeni okresu 1999 – 2002 stanowią jeszcze tendencję malejącą, odwrotnie do wzrostu kosztów stałych wpływających na wysokość ceny wykonywanych usług. Powołując się na załącznik do wniosku o wszczęcie postępowania Wnioskodawca podał, że jeżeli cenę wykonywanej usługi medycznej w 1999r. potraktować jako 100% to cena tej samej usługi medycznej w roku 2000 stanowić będzie 79 % ceny z roku 1999, w roku 2001 – 72 %, w roku 2002 – 73 %. Dla porównania Wnioskodawca podał także, iż średnia cena usługi medycznej w zakresie nefrologii przedstawiona w ofercie Wnioskodawcy wynosiła 1 289 zł

dla jednego pacjenta, natomiast cena ostatecznie zaproponowana przez Kasę do kontraktu wyniosła 890 zł. W Branzowej Kasie Chorych w Krakowie cena za to samo świadczenie wynosi 3 025 zł, a w Śląskiej Kasie Chorych 1 960 zł.

W piśmie z dnia 17 lipca 2002r. (k 88 – 89) Kasa stwierdziła, że ceny na poszczególne świadczenia medyczne ustalane są na podstawie średnich cen obowiązujących w latach poprzednich oraz możliwości finansowych Kasy. Większość jednoimiennych świadczeń zdrowotnych posiada jednakową cenę dla wszystkich świadczeniodawców. W wyjątkowych przypadkach ceny różnią się. Zależy to m. in. od:

- poziomu referencyjnego placówki,
- rozszerzonego katalogu usług wchodzących w skład świadczenia (np. wykonywanie unikatowych badań, procedur, bogate zaplecze diagnostyczne).

Kasa podała, że zasady oraz tryb przeprowadzania postępowania konkursowego określony jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. nr 148, poz. 978 z późn. zm.). Negocjacje odbywają się w części niejawnego konkursu, w przypadku gdy ich przeprowadzenie zarządzi komisja konkursowa. Rokowania przeprowadza się z oferentami, którzy złożyli najkorzystniejsze oferty w celu ustalenia ilości planowanych do udzielenia świadczeń oraz ceny za udzielane świadczenia zdrowotne. Przedmiotem rokowań w zakresie ceny jest jednostkowa cena świadczenia, procedury, bądź grupy świadczeń, badań, itd. W zależności od przedmiotu konkursu oraz przewidzianej w szczegółowych warunkach konkursu oferty jednostki kalkulacyjnej. Ceny za poszczególne świadczenia zdrowotne zostały ustalone z Wnioskodawcą w następujący sposób:

- w konkursie ofert na udzielanie od 1 stycznia 2002r. świadczeń zdrowotnych m. in. w zakresie hospitalizacji i ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych komisja konkursowa przeprowadziła rokowania z oferentem – Wnioskodawcą,
- w toku postępowania konkursowego oferent składał propozycje podwyższenia cen jednostkowych zaproponowanych przez kasę podając argument, iż zaproponowane ceny nie pokrywają kosztów jednostkowych świadczeń,
- podczas poszczególnych procedur konkursowych Kasa brała pod uwagę wnioski oferenta jednocześnie uwzględniając możliwości finansowe kasy oraz średnią wycenę jednoimiennych świadczeń kupowanych również u innych oferentów,
- Kasa nie uwzględniała w całości żądań finansowych oferenta z powodu braku możliwości finansowych Kasy (plan finansowy na rok 2002, zasada, że suma kwot zobowiązań Kasy wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi mieścić się w planie finansowym Kasy - art. 53, ust. 3, pkt 2 w/w ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) oraz średniej wyceny świadczeń kontraktowanych również z innymi oferentami.

Przy piśmie z dnia 26 lipca 2002r. (k 90 - 95) Wnioskodawca doręczył protokoły z postępowania konkursowego prowadzonego z Kasą w 2001r. dotyczących zawarcia kontraktów na 2002r., a w treści pisma podał, że z analizy tych dokumentów iż kilkudniowe negocjacje odnośnie limitów i cen świadczeń medycznych proponowanych przez Wnioskodawcę nie przyniosły rezultatu. Wnioskodawca zmuszony był niejednokrotnie do zawarcia kontraktu na warunkach rażąco niskich cen narzuconych przez Kasę, to samo dotyczy limitów usług medycznych dla pacjentów poszczególnych oddziałów i poradni. Wnioskodawca musiał zrezygnować z wykonywania świadczeń. Wnioskodawca dokonał także przykładowego porównania ceny usług medycznych poprzez porównanie cen za tę samą usługę stosowaną w Kasie innych kasach chorych. Cena dla oddziału nefrologii zakontraktowana przez Kasę wynosiła 890 zł, podczas gdy Śląska Kasa Chorych dla szpitala Rydygiera w Krakowie zakontraktowała tę usługę za cenę 3 025 zł. W 2002r. Kasa zakontraktowała dla poradni endokrynologicznej 3500 porad lekarskich wraz z diagnostyką

po cenie 30 zł. Natomiast Wnioskodawca w ofercie zaproponował te porady w ilości 4800 po cenie 52 zł. Ta sama usługa w poradni endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Bródnickiego w Warszawie odpowiadającego takiemu samemu poziomowi referencyjnemu (II stopień) co Wnioskodawca wyniosła 60 zł, a dla szpitala Wolskiego w Warszawie o niższym stopniu referencji (I stopień) wyniosła 43 zł. Wnioskodawca stwierdził także, iż przy braku dostatecznej ilości środków finansowych rolą Kasy jest pozyskiwanie tych środków z różnych źródeł np. poprzez wystąpienie do UNUZ o zmianę wskaźnika kosztów, czego zdaniem Wnioskodawcy, Kasa nie uczyniła. Przepis art. 135, ust. 3 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz wydane na jego podstawie przepisy wykonawcze rozporządzenia Rady Ministrów z 27.10.1998r. w sprawie algorytmu wyrównywania finansowego dokonywanego pomiędzy kasami chorych (Dz.U. Nr 134, poz. 874) stanowi instrument do wykorzystania w celu wyrównywania różnic finansowych pomiędzy kasami chorych. W roku 2002 Wnioskodawca zwrócił się do Marszałka Województwa pismem z dnia 11 marca 2002 o podjęcie skutecznych działań mobilizujących Kasę do korekty niekorzystnego wskaźnika określającego kwotę wyrównania finansowego. W piśmie tym Wnioskodawca przypomina, że podjął wielokierunkowe procesy restrukturyzacyjne w szpitalu, które przyniosły widoczne efekty pod postacią korzystnego zbilansowania kosztów i przychodów, jednakże wobec narzucania przez Kasę rażąco niskich cen sytuacja finansowa szpitala stała się dramatycznie trudna.

W piśmie z dnia 27 sierpnia 2002r. (k 260 – 262) Kasa stwierdziła, że Wnioskodawca jest podmiotem, którego propozycje podwyższenia cen na poszczególne świadczenia zdrowotne były brane pod uwagę przez Kasę podczas poszczególnych procedur konkursowych. Jednak uwzględnienie całości żądań finansowych było nierealne ze względu zarówno na możliwości finansowe Kasy, jak i średnią wycenę świadczeń kontraktowanych z innymi oferentami. Kasa podała także, iż w regionie łódzkim jest kilkanaście szpitali o tym samym co Wnioskodawca drugim poziomie referencyjnym. Dla udowodnienia, że Kasa stosuje jednakowe kryteria cenowe dla podmiotów należących do tego samego poziomu referencyjnego Kasa załączyła do przedmiotowego pisma kserokopie planów rzeczowo – finansowych szpitali drugiego poziomu referencyjnego, z którymi podpisała umowy na rok 2002. Plany te dotyczą jednostek wykonujących takie same świadczenia jak Wnioskodawca. Wobec tego ceny za te świadczenia są takie same, choć ceny pewnych zakontraktowanych u Wnioskodawcy świadczeń są na wyższym poziomie niż u pozostałych. Pokreślenia wymaga również fakt, iż Wnioskodawca jako jedyny wykonuje niektóre świadczenia stąd też porównywanie cen tych świadczeń z cenami występującymi u innych świadczeniodawców jest niemożliwe. Ustosunkowując się do twierdzeń Wnioskodawcy, że inne kasy chorych kontraktują świadczenia zdrowotne po wyższych cenach, podając jako przykład śląską Regionalną Kasę Chorych i Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych Kasa stwierdziła, że te kasy jako dwie z pięciu obowiązane są przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych do wypłaty ze swojego funduszu kwot wyrównania finansowego. W ocenie Kasy świadczy to jednoznacznie o lepszej kondycji finansowej tych kas chorych. Tak więc zdaniem Kasy nie można porównywać zakontraktowanych przez te kasy chorych cen wobec różnicy poziomów sytuacji finansowych. Kasa stwierdziła też, że kasy chorych zostały powołane do życia w celu organizowania i finansowania świadczeń zdrowotnych, nie zaś jak oczekuje Wnioskodawca w celu finansowania działalności szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej. Odpierając zarzuty Wnioskodawcy dotyczące nie podejmowania przez Kasę działań w celu poprawienia jej sytuacji finansowej, Kasa podała, że w czerwcu 2000r. Rada kasy podjęła uchwałę o wystąpieniu do Ministra Zdrowia z wnioskiem o nowelizację rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 30 grudnia 1999r. w sprawie sposobu ustalania wysokości zaliczek przekazanych kasom chorych w 2000r. przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz trybu i terminu ich rozliczania, a także o wystąpieniu do Ministra Zdrowia oraz Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń zdrowotnych o podjęcie działań zmierzających do zmiany rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 października 1998r. w sprawie algorytmu

wyrównania finansowego dokonywanego między kasami chorych, przekazywanego do kas chorych we wrześniu każdego roku. W lipcu 2000r. Kasa wystąpiła do Przewodniczącego Rady Krajowego Związku Kas Chorych o podjęcie działań o unieważnienie dokonanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych korekty przychodów ze składek Kasy za I kwartał 2000r. W lutym 2001r. stanowisko Zarządu Kasy w sprawie oceny algorytmu wyrównania finansowego dokonywanego między kasami chorych zostało przedstawione Marszałkowi Województwa Łódzkiego oraz Posłowi RP Andrzejowi Pęczakowi. Natomiast w styczniu 2002r. Kasa wystąpiła do Ministra Zdrowia z pismem, w którym przedstawiła różnice w przychodach przewidywanych, a tych które może uzyskać wobec zmiany stawki składki na ubezpieczenie zdrowotne.

W dniu 5 września 2002r. organ antymonopolowy przeprowadził rozprawę administracyjną (k 304 – 309). Podczas rozprawy Wnioskodawca wyjaśnił, że od momentu wprowadzenia reformy w służbie zdrowia konkurs ofert na udzielanie świadczeń medycznych odbywa się w ten sposób, że Wnioskodawca składa swoją ofertę, w której określa ilość i rodzaj świadczeń medycznych oraz ceny ich wykonania. W proponowanych cenach uwzględnia się minimalne koszty wykonania usług medycznych (koszty osobowe, stałe, rzeczowe, wskaźnik inflacji, wzrost cen leków. W odpowiedzi Kasa przedstawia swoją ofertę, która jest zazwyczaj około 40 % niższa w stosunku do maksymalnej kwoty kontraktu w stosunku do oferty Wnioskodawcy. Oferta Kasy jest sztywna i nie podlega negocjacji w górę, to Wnioskodawca musi dostosować swoją ofertę do oferty Kasy. W konsekwencji podpisany kontrakt na udzielanie świadczeń medycznych jest przyjęciem przez Wnioskodawcę oferty Kasy. Umowa zostaje podpisana przez Wnioskodawcę wraz ze złożonym oświadczeniem, że warunki kontraktu nie pokrywają kosztów Wnioskodawcy. Kasa jest głównym kontrahentem Wnioskodawcy. 98 % obrotów Wnioskodawcy przypada na kontrakt z Kasą. W konsekwencji zawartych kontraktów na udzielanie świadczeń medycznych Wnioskodawca od 2000r. do chwili obecnej ponosi straty. Od początku 2000r. do końca czerwca 2002r. strata wynosi 30 mln zł. Kolejną konsekwencją zawierania niekorzystnej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Kasą jest ograniczenie w 50 % działalności oddziału ginekologiczno – położniczego z końcem roku. Pełnomocnik Wnioskodawcy wyjaśnił, że w trakcie prowadzonych negocjacji Kasa informuje Wnioskodawcę, iż stosuje takie same ceny na określone usługi medyczne bez względu na poziom referencyjny świadczeniodawcy.

Przesłuchiwana na rozprawie w charakterze świadka główna księgowa Wnioskodawcy p. Krystyna Stefanowicz wyjaśniła, że wartość wszystkich kontraktów zawartych z Kasą na rok 2000 wyniosła (*tajemnica przedsiębiorcy*) zł, z czego Kasa nie zapłaciła Wnioskodawcy kwoty (*tajemnica przedsiębiorcy*) zł z tytułu wykonanych świadczeń. Brak zapłaty tej sumy Kasa uzasadniła w ten sposób, że maksymalna kwota wydatków przewidziana w budżecie Kasy na określony rodzaj świadczeń w danym roku jest stała i dlatego nie można dokonać przesunięć pomiędzy kategoriami świadczeń. W umowie dotyczącej specjalistyki ambulatoryjnej na 2000r. Kasa nie renegotjowała kontraktu mimo, że istniały usługi niezapłacone z tytułu nadwykonań i jednocześnie były usługi zakontraktowane które nie zostały wykonane, ponieważ nie było na nie zapotrzebowania. Umowy zawierane z Kasą są umowami zawieranymi przez przystąpienie. Żadne uwagi i zastrzeżenia zgłaszane przez Wnioskodawcę do umów nie są uwzględniane. W 2001r. renegotjowano kontrakty do maksymalnej wartości kontraktu w ramach kategorii świadczeń W 2002r. renegotjowano w czerwcu umowę dotyczącą hospitalizacji w zakresie przesunięć pomiędzy poszczególnymi rodzajami świadczeń, ale w ramach maksymalnej kwoty zobowiązania kasy.

W toku rozprawy Kasa wyjaśniła, że należy do jednej z biedniejszych kas chorych i z tego tytułu otrzymuje tzw. wyrównanie finansowe z pięciu bogatszych kas chorych. W 2002r. w stosunku do planu finansowego założonego przez Kasę Zakład Ubezpieczeń Społecznych za 6 miesięcy 2002r. nie przekazał Kasie ponad 36 mln zł. Budżet Kasy na 2002r. wynosi 1, 5

mld zł. Kwota jaką Kasa przeznaczona na jednego ubezpieczonego jest niższa o 100 zł od kwoty przeznaczanej na jednego ubezpieczonego w Branżowej Kasie Chorych i o 50 zł w Mazowieckiej Kasie Chorych, mimo stosowania algorytmu wyrównania finansowego w tej sprawie. Zarząd i Rada Kasy wielokrotnie występowały do UNUZ w celu zmiany tego algorytmu. Zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Kasa musi działać w sposób zrównoważony pomiędzy otrzymanymi środkami a wydatkami. Kasa nie prowadzi działalności gospodarczej jest instytucją działającą non profit. Kasa zakupując świadczenia medyczne kieruje się własnym planem finansowym i nie jest zobowiązana do uwzględniania kosztów świadczeniodawców, w tym także podwyżek płac pracowników oraz innych kosztów administracyjnych świadczeniodawców. Pełnomocnik Kasy wyjaśniła także, że ze względu na zróżnicowaną kondycję finansową poszczególnych kas chorych, a w szczególności mazowieckiej i śląskiej, nie można porównać cen za poszczególne usługi medyczne pomiędzy tymi kasami chorych a Kasą.

Przy piśmie z dnia 11.09.2000r. (k 312 – 320) Kasa doręczyła do akt sprawy zestawienie porównawcze przychodów i kosztów świadczeń medycznych wszystkich kas chorych za rok 2002 wraz z własnym komentarzem oraz porównanie cen świadczeń medycznych za lata 2000, 2001 i 2002 przykładowych oddziałów w szpitalach o tym samym poziomie referencyjnym co Wnioskodawca. Kasa wyjaśniła, że zestawienia zostały opracowane na podstawie materiałów przesłanych do kas chorych przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych tj.:

1. koszty świadczeń zdrowotnych na jednego ubezpieczonego – plan na rok 2002,
2. planowane przychody kas chorych z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w 2002 roku.

Kasa wskazała, że mimo funkcjonującego wyrównania finansowego przychody kas chorych ze składek na jednego ubezpieczonego są bardzo zróżnicowane. Różnica między Kasą a najbogatszą Branżową Kasą Chorych Służb Mundurowych wynosi około 60 zł na jednego ubezpieczonego. Uwzględniając nadwyżkę przychodów nad kosztami, czyli dodatni wynik finansowy z lat ubiegłych różnice te pogłębiają się jeszcze bardziej. Przychody Kasy na jednego ubezpieczonego są np. mniejsze o 129, 29 zł od przychodów Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych, co w przeliczeniu na ogół ubezpieczonych w Kasie daje łączną –314 951 086,45 zł. Mimo takiej różnicy w przychodach Kasa przeznaczona aż 98, 30 % przychodów na zakup świadczeń zdrowotnych co świadczy o prawidłowym wypełnianiu obowiązków Kasy wymienionych w art. 4, ust. 2 i 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Większy odsetek zaangażowania posiadanych środków finansowych na świadczenia zdrowotne występuje tylko w Kasach Małopolskiej i Wielkopolskiej. Mając na względzie zróżnicowanie składek przypadających na jednego ubezpieczonego w poszczególnych kasach chorych wydaje się być uzasadnione, że bogatsze kasy chorych (do których zaliczane są np. Kasa Mazowiecka czy też Śląska, które powołuje Wnioskodawca) mogą proponować swoim świadczeniodawcom ceny wyższe niż kasy biedne. Wobec powyższego w ocenie Kasy zarzuty stawiane przez Wnioskodawcę są nieuzasadnione biorąc pod uwagę fakt, że Kasę zaliczyć należy do grupy kas biedniejszych.

Ustosunkowując się do w/w pisma Kasy Wnioskodawca w piśmie z dnia 23 września 2002r. (k 321 – 325) stwierdził, że szpital im. M. Kopernika jest szpitalem wieloprofilowym o szerokim zakresie specjalistyki, posiada 19 oddziałów, klinik i zakładów specjalistycznych, w których zatrudnionych było w latach 2001 – 2002 10 konsultantów wojewódzkich. Oznacza to, że do szpitala im. M. Kopernika kierowana jest znaczna część pacjentów w stanach ciężkich i skomplikowanych wymagających szerokiej wiedzy medycznej i dużego doświadczenia konsultantów. W ocenie Wnioskodawcy porównanie cen świadczeń w jednostkach o tym samym poziomie referencyjnym, a różnych profilach prowadzi do nieuzasadnionych wniosków. Zdaniem Wnioskodawcy świadczy o tym sposób rozliczania przez Kasę kosztów leczenia pacjentów, których schorzenia wymagają leczenia na różnych

oddziałach specjalistycznych szpitala (w tzw. ruchu międzyoddziałowym). Wnioskodawca stwierdził, że postawiony przez niego zarzut narzucania rażąco niskich cen dotyczy spadku średniej ceny jednego hospitalizowanego w kolejnych umowach w latach 1999 – 2002. Cena ta jest nominalnie niższa 2001r. o 40, 86 zł od średniej ceny z roku 1999r.. Ponadto Wnioskodawca nie zgadza się, ze stanowiskiem Kasy, że przy ustalaniu cen zakupywanych świadczeń medycznych nie jest ona zobowiązana do uwzględniania kosztów świadczonych usług, ponieważ doprowadza ono publiczne zakłady opieki zdrowotnej do strat finansowych prowadzących w konsekwencji do obniżenia jakości usług.

Ustosunkowując się do twierdzeń Wnioskodawcy Kasa w piśmie z dnia 9 października 2002r. (k 328 – 331) stwierdziła, że pacjent trafiający do szpitala im. M. Kopernika dzięki umiejscowieniu w placówce znakomicie wyposażonych zakładów diagnostycznych, klinik, mając do dyspozycji konsultantów regionalnych w określonych dyscyplinach medycyny powinien trafić bezpośrednio do specjalistycznego oddziału. Ma to powodować ograniczenie nieuzasadnionych pobytów pacjentów na innych oddziałach celem postępowania diagnostycznego, co mnożyłoby koszty świadczeń. Odnośnie twierdzenia Wnioskodawcy o zmniejszeniu ceny nominalnej za usługę w 2001r. w stosunku do średniej w roku 1999 Kasa stwierdziła, że rozlicza koszty świadczeń, zgodnie z przepisami ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym tzn. bilansując kwoty przychodów i wydatków. W związku z tym nie jest możliwe zwiększenie cen świadczeń. Kasa stwierdziła również, że w stosunku do 1999 roku zmieniły się warunki kontraktowania na tyle, że Kasa odstąpiła od kontraktowania średniej ceny usługi, a uwzględniła w poszczególnych dyscyplinach poziomy referencyjne, rzeczywiste wykonanie świadczeń, brak skarg i zastrzeżeń co do jakości usług itp. Ustosunkowując się do zarzutu jednostronnego narzucania treści warunków umów, tzn. ilości świadczeń, limitowania zbyt niskiego do oferty szpitala oraz sposobu rozliczania świadczeń, należy wskazać, że Kasa jest zamawiającym w prowadzonym konkursie ofert i jako zamawiający ma prawo przedstawić taki zakres określonych wymogów zgodnie z obowiązującymi przepisami, które jej zdaniem w sposób właściwy zapewnią obsługę świadczeniodawców, a jednocześnie nie pogorszą jakości świadczonych usług dla pacjentów ubezpieczonych w Kasie.

Organ antymonopolowy ustalił co następuje:

Praktyki ograniczające konkurencję ujawniają się na rynku. Z tego względu punktem wyjścia dla rozstrzygnięcia każdej sprawy jest określenie rynku - rynku istotnego w sprawie (rynku właściwego).

W tej sprawie rynkiem produktu jest zawieranie i finansowanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Charakterystyka tego rynku i mechanizmy jego funkcjonowania wynikają z ustawy o puz, aktów wykonawczych do ustawy o puz oraz innych ustaw regulujących organizację i funkcjonowanie świadczeniodawców. Po stronie popytu uczestnikami rynku są kasy chorych, które reprezentują interesy ubezpieczonych i kupują dla nich świadczenia zdrowotne zawierając odpowiednie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami. W praktyce, co do zasady, każda z kas chorych reprezentuje ubezpieczonych z określonego regionu kraju co powoduje, że na lokalnych rynkach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego kasy chorych mają silną pozycję dominującą. Po stronie podaży uczestnikami tego rynku są świadczeniodawcy - podmioty oferujące do sprzedaży kasom chorych świadczenia. Legalna definicja świadczeniodawcy znajduje się w art. 7, pkt 23 ustawy o puz.

Zgodnie z art. 66, ust. 1 i 2 ustawy o puz kasy chorych są posiadającymi osobowość prawną samorządnymi instytucjami reprezentującymi ubezpieczonych. Podstawowym sposobem poprzez, który kasy chorych reprezentują ubezpieczonych jest zawieranie ze świadczeniodawcami umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Kasy chorych obowiązują ustawowy zakaz prowadzenia działalności gospodarczej wynikający z art. 4, ust. 7 ustawy o puz. Środki finansowe, które kasy chorych przeznaczają na zakup świadczeń zdrowotnych pochodzą ze składek na ubezpieczenie zdrowotne wnoszonych przez ubezpieczonych. Z tego względu, że kasy chorych zarządzają i wydają środki pieniężne o charakterze publicznym ustawa o puz zawiera szereg wymogów, które kasy chorych zobowiązane są spełnić dokonując zakupu świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 53, ust. 3 kasy chorych przy zawieraniu umów są obowiązane do przestrzegania zasady zrównoważenia kosztów z przychodami i zasady, że suma kwot zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w planie finansowym kasy chorych. Zawierając umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych kasy chorych są zobowiązane do uprzedniego przeprowadzenia konkursu ofert (art. 54, ust. 1 ustawy o puz). Szczegółowe zasady przeprowadzania konkursu ofert reguluje rozporządzenie wykonawcze do ustawy o puz – rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez kasy chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z 1998r., Nr 148, poz. 978 z późn. zm.), zwane dalej rozporządzeniem. Zgodnie z § 17, ust. 1, pkt 3 rozporządzenia kasa chorych jako zamawiający ma obowiązek unieważnić postępowanie konkursowe gdy cena najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą zamawiający przeznaczył na finansowanie zamówienia. W treści umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych kasy chorych mają obowiązek określić maksymalną kwotę swojego zobowiązania wobec świadczeniodawcy (art. 53, ust. 4, pkt 4 ustawy o puz).

Świadczeniodawcy to podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, które sprzedają udzielane przez siebie świadczenia zdrowotne kasom chorych. Świadczeniodawcy działają na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991r., Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

Przedstawiona wyżej charakterystyka rynku zawierania i finansowania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych daje podstawę do wyznaczenia w niniejszej sprawie jako rynku właściwego rynku zawierania i finansowania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego terenu województwa łódzkiego. Na tym rynku po stronie popytu działa Kasa, która jako instytucja reprezentująca ubezpieczonych, działająca na podstawie ustawy o puz jest przedsiębiorcą w rozumieniu art. 4, pkt 1, lit. a ustawy o okik, natomiast po stronie podaży na wyznaczonym rynku właściwym działa Wnioskodawca, który także jest przedsiębiorcą w rozumieniu art. 4, pkt 1, lit. a ustawy o okik. Kasa na lokalnym rynku świadczeń zdrowotnych posiada pozycję dominującą w rozumieniu art. 4, pkt 9 ustawy o okik.

Na rok 2002 Kasa i Wnioskodawca zawarli następujące umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

1. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacji zawarta 27 grudnia 2001r. nr 051/110043/01/02.
2. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego z dnia 31 grudnia 2001r., nr 051/110043/30/02
3. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego z dnia 31 grudnia 2001r., nr 051/110043/30/02/1 zawarta na okres od 1 stycznia 2002r. do 30 czerwca 2002r.

4. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne z 31 grudnia 2001r., nr 051/110043/09/02.
5. Umowa z dnia 27 grudnia 2001r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hemodializ i dializ otrzewnowych, nr 051/110043/41/02.
6. Umowa z dnia 28 grudnia 2001r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa środowiskowego nr 051/110043/20/02.
7. Umowa z dnia 31 grudnia 2001r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa środowiskowego nr 051/110043/24/02.
8. Umowa z dnia 27 grudnia 2001r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni medycyny paliatywnej nr 051/110043/85/02/1.
9. Umowa z dnia 27 grudnia 2001r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu stacjonarnej opieki paliatywnej nr 051/110043/85/02.
10. Umowa z dnia 16 lutego 2002r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wszczepiania portu naczyniowego do radykalnej chemioterapii, nr 051/110043/45/02.
11. Umowa z dnia 18 marca 2002r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu: „ambulatoryjne zabiegi lecznicze – wlewy i iniekcje dożylnie z cytostatyków z wyłączeniem leczenia drobnokomórkowego raka płuc”, nr 051/110043/38/02.
12. Umowa z dnia 28 grudnia 2001r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek w okresie przeddializacyjnym, nr 051/110043/33/02.
13. Umowa z dnia 8 kwietnia 2002r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie programu profilaktyki kardiologicznej nr 051/110043/53/02.
14. Umowa z dnia 8 kwietnia 2002r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie programu profilaktyki kardiologicznej nr 051/110043/53/02.
15. Umowa z dnia 28 grudnia 2001r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stwardnienia rozsianego nr 051/110043/31/02.
16. Umowa z dnia 27 grudnia 2001r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie hospitalizacji z wszczepieniem stymulatora serca, nr 051/110043/01/02/1.
17. Umowa z dnia 19 lutego 2002r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie realizacji programu prewencji cukrzycy nr 051/110043/52/02.

W/w umowy zostały zawarte przez Kasę i Wnioskodawcę były poprzedzone postępowaniem konkursowym przeprowadzonym według zasad określonych w rozporządzeniu wykonawczym. Z dołączonych do akt sprawy protokołów postępowania konkursowego wynika, że wszystkie złożone przez Wnioskodawcę oferty były przedmiotem rokowań stron. Co więcej w przypadku wielu ofert strony odbywały szereg spotkań w celu osiągnięcia konsensusu w przedmiocie ustalenia warunków umownych.

Oferty Wnioskodawcy, co do których rokowania zostały zakończone porozumieniem stron:

1. oferta nr 1121/OPAL (k 214 – 216),
2. oferta nr 1663/OPAL (k 213),
3. oferta nr 1734 (k 212),
4. oferta nr 1690/SPE/1 (k 211),
5. oferta nr 1690/SPE (k 210),
6. oferta nr 1689/SPE (k 209),
7. oferta nr 223/HOS (k 205),
8. oferta nr 1122/HOS/MZ (k 206),
9. oferta nr 472/POŁ (k 217),
10. oferta nr 1661/GAS (k 240),
11. oferta nr 1507/WPN (k 235),
12. oferta nr 1473/PPC (k 234),
13. oferta nr 1518/CRP (k 233),
14. oferta nr 1554/ORT (k 218),
15. oferta nr 1687/ALS (k 230),
16. oferta nr 6/PRN (k 238 – 239),
17. oferta nr 6/PRO (k 236 – 237),
18. oferta nr 138/zor (k 221 – 223).

Oferty Wnioskodawcy, co do których rokowania nie zostały zakończone porozumieniem stron:

1. oferta nr 1733/WIDC (k 231 – 232),
2. oferta nr 1348/HDL (k 224 – 225),
3. oferta nr 1348/HOS (k 226 – 229),
4. oferta nr 1686/SPE (k 207 – 208),
5. oferta nr 1122/HOS (k 192 – 204),
6. oferta nr 883/SPE (k 172 – 191).

Ustaleń organu antymonopolowego wynika, że Kasa i Wnioskodawca zawierają umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od 1999r. Z analizy materiału dowodowego załączonego do akt sprawy wynika, że jednostkowe ceny świadczeń zdrowotnych kupowanych przez Kasę u Wnioskodawcy na przestrzeni lat 1999 – 2002 były zróżnicowane i nie wykazują jedynie tendencji malejącej z roku na rok. Dokonując przykładowego porównania ceny jednej hospitalizacji z kontraktów Kasy i Wnioskodawcy w latach 1999 – 2002 dla poszczególnych oddziałów szpitala Wnioskodawcy (k 7 – zestawienie sporządzone przez Wnioskodawcę) należy stwierdzić, że kształtowały się one w sposób bardzo zróżnicowany.

Oddziały, na których ceny wykazują tendencję malejącą:

	1999	2000	2001	2002
- ginekologia i położnictwo	1 159, 45 zł	920 zł	836, 56 zł	842, 40 zł
- chirurgia klatki piersiowej	3729, 93 zł	2 643, 56 zł	2 462, 60 zł	2 265, 23 zł
- OIOM	9 450 zł	14 000 zł	13 024, 94 zł	8 411, 57 zł
- radioterapia i onkologia				
ogólna	1 920 zł	2 180 zł	1 673, 16 zł	1 700 zł
- ginekologia onkologiczna	1920 zł	1 567, 50 zł	1 526, 95 zł	1 764 zł
- chirurgia onkologiczna	1 800 zł	1 033, 32 zł	1 038, 51 zł	1 306, 51 zł
- chemioterapia	2 058, 59 zł	1 534, 91 zł	1 494, 30 zł	1 428, 97 zł
- noworodki	1 177, 95 zł	900 zł	740 zł	790 zł
- klinika hematologii	3 700 zł	3 000, 52 zł	2 983, 07 zł	3 060, 50 zł
- klinika chirurgii				

onkologicznej	1 800 zł	1 033, 32 zł	1 038, 51 zł	1 306, 51 zł
- klinika chemioterapii	2 058, 59 zł	1 534, 91 zł	1 494, 30 zł	1 428, 97 zł

Oddziały, na których ceny wykazują tendencję wzrostową:

	1999	2000	2001	2002
- chirurgia ogólna	1 609, 98 zł	1 854, 73 zł	2 214, 32 zł	1 673, 02 zł
- neurochirurgia	3 740 zł	3 100 zł	3 025, 48 zł	4 242, 21 zł
- neurologia	1 610 zł	1 888, 03 zł	1 750 zł	1 682, 27 zł
- kardiologia rehabilitacyjna	1 414, 05 zł	2 100 zł	2 090 zł	2 100 zł
- reumatologia	1 352, 79 zł	1 700 zł	1 654, 92 zł	1 700 zł
- opieka paliatywna	2 045, 75 zł	1 978, 32 zł	2 151, 54 zł	2 128, 09 zł
- klinika urologii	1 709, 77 zł	1 015, 40 zł	1 880, 96 zł	2 056, 17 zł
- klinika chirurgia endokrynologii	1 519, 98 zł	1 520, 20 zł	1 560, 36 zł	1 673, 02 zł

Oddziały, na których ceny pozostają mniej więcej na tym samym poziomie:

	1999	2000	2001	2002
- interna	1 450 zł	1 450 zł	1 457, 92 zł	1 431, 67 zł
- chirurgia urazowo-ortopedyczna	2 250, 70 zł	2 326, 58 zł	2 279, 22 zł	1 927, 42 zł

Na rok 2002 Kasa zawarła także umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z innymi świadczeniodawcami działającymi na terenie województwa łódzkiego.

Przykładowe ceny jednej hospitalizacji w szpitalach drugiego poziomu referencyjnego na terenie województwa łódzkiego według umów z Kasą obowiązujących w 2002r.

Oddział szpitala	Wnioskodawca	SP ZOZ Kutno	III Szpital Miejski im. Dr K. Jonszera	WSZ Skierniewice	Wojewódzki Specj. Szpital im. Madurowicza
interna	1 534 zł	1 278 zł	1 278 zł	1 278 zł	1 278 zł
neurologiczny	1 700 zł	1 450 zł	1 600 zł	-	-
nefrologiczny	1 500 zł	1 500 zł	-	1 500 zł	-
Intensywna terapia	- 2 900 zł (gr II) - 9 650 zł (gr III) - 15 440 zł (gr IV)	- 2 900 zł (gr II) - 9 200 zł (gr III)	- 2 900 zł (gr II) - 9 200 zł (gr III)	- 2 900 zł (gr II) - 9 200 zł (gr III)	-
Neonatologiczny	790 zł	790 zł	-	790 zł	790 zł
Chirurgia urazowo-ortopedyczna	700 zł (gr I)	700 zł (gr I)	700 zł (gr I)	700 zł (gr I)	-

Z ustaleń kontroli gospodarki finansowej Kasy w roku 1999 i 2000 przeprowadzonej przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych wynika, że wynik finansowy Kasy za rok 1999 i za pierwsze półrocze 2000r. był ujemny. W dniu 26 czerwca 2000r. Rada Kasy podjęła

uchwałę nr R/U/81/2000 (k 268) w sprawie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.12.1999r. w sprawie sposobu ustalania wysokości zaliczek przekazanych Kasom Chorych w 2000r. przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz trybu i terminu ich rozliczania oraz w sprawie algorytmu wyrównania finansowego. § 1 uchwały stanowi, że Rada Kasy wnosi do Ministra Zdrowia o nowelizację w/w rozporządzenia, natomiast § 2 uchwały stanowi, że Rada Kasy wnosi do Ministra Zdrowia oraz Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych o podjęcie działań zmierzających do zmiany rozporządzenia Rady Ministrów z 27.10.1998r. w sprawie algorytmu wyrównania finansowego dokonywanego między Kasami Chorych, przekazywanego do Kas Chorych we wrześniu każdego roku. W piśmie z dnia 29 czerwca 2000r. do Ministra Zdrowia (k 269 – 270) Kasa przedstawiła uzasadnienie podjęcia w/w uchwały przez Radę Kasy. Kasa wyjaśniła, że umowy ze świadczeniodawcami obowiązujące w 2000r. były podpisane przy określonych, ustalonych przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych wpływach ze składek. Decyzją z dnia 10.09.1999r. nr UNUZ-669/99/DEF Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych ustalił plany przychodów kas chorych oraz wysokość wyrównania finansowego zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 27.10.1998r. w sprawie algorytmu wyrównania finansowego dokonywanego między kasami chorych oraz wysokości procentowej przewidywanych przychodów, które nie są uwzględniane w wyrównaniu. W maju 2000r. kiedy rozliczono zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 30.12.1999r. zbieralność składek za I kwartał 2000r. Kasa otrzymała środki finansowe z ZUS zmniejszone o nadpłaconą w I kwartale 2000r. kwotę 30 974 516 zł, to znaczy że w II kwartale 2000r. Kasa dysponowała kwotą 311 803 371 zł co nie zmienia faktu, że Kasa będzie musiała wywiązać się z wcześniej podpisanych umów i płacić zgodnie z przyjętymi zobowiązaniami (powiększając debet i zwiększając koszty finansowe). Według planu finansowego dla Kasy średnia planowana składka na ubezpieczonego wynosiła 142,49 zł przy średniej krajowej 144,22 zł (w Wielkopolskiej Kasie Chorych wynosiła 125,96 zł, a w Branżowej Kasie Chorych Służb Mundurowych 160,07 zł, różnica w minimalnej i w maksymalnej składce jest bardzo duża). Sposób naliczenia wyrównania finansowego przez UNUZ (zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów) już spowodował różnice w składce na jednego ubezpieczonego. Po rozliczeniu przez ZUS zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wpływów ze składek za I kwartał 2000r. z uwzględnieniem dotychczasowego wyrównania finansowego w Kasie średnia ta wynosi 129,61 zł natomiast w kraju kształtowała się w przedziale od 121,97 zł (w Wielkopolskiej Kasie Chorych) do 162, 60 zł (w Małopolskiej kasie Chorych), różnica rozpiętości składki jeszcze wzrosła. Z powyższego wynika, że w Kasie średnia składka na ubezpieczonego zmalała o 12, 88 zł, co stanowi największe zmniejszenie w całym kraju. W 5 kasach nastąpił wzrost średniej planowanej składki np. w Śląskiej Kasie Chorych o 9, 86 zł, w Podlaskiej Kasie Chorych o 8 zł, w Kujawsko – Pomorskiej Kasie Chorych o 6, 15 zł. Kasa stwierdziła, że przy założeniu, iż na każdego ubezpieczonego w kraju składka winna być w jednakowej wysokości , gdyż takie były założenia reformy, takie są konstytucyjne prawa obywateli oraz opierając się na zasadzie solidaryzmu społecznego ujętej w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym należałoby rozliczyć zebrane składki z ZUS i KRUS proporcjonalnie do ilości ubezpieczonych w poszczególnych regionalnych kasach chorych w taki sposób aby średnia krajowa składka była identyczna dla każdej kasy chorych.

W piśmie z dnia 12 lipca 2000r. (k 271 - 272) Kasa zwróciła się do Przewodniczącego Krajowego Związku Kas Chorych o podjęcie działań o unieważnienie przez Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych korekty przychodów ze składek Kasy za I kwartał 2000r., ponieważ zmniejszenie za I kwartał 2000r. wpływów z tytułu należnych składek od ZUS w kwocie 31 mln zł może doprowadzić do utraty płynności finansowej Kasy, a tym samym nie będzie możliwości pełnego sfinansowania zawartych na rok 2000 kontraktów ze świadczeniodawcami, zawartych do wysokości planowanych wpływów.

W 2001r. roku zarząd Kasy dokonał oceny algorytmu wyrównania finansowego i przedstawił ją razem z prośbą o podjęcie działań zmierzających do poprawy jej sytuacji Marszałkowi Województwa Łódzkiego (pismo z 26.02.2001r., k 265), Wiceprzewodniczącemu Zarządu Województwa Łódzkiego (pismo z 26.02.2001r., k 266), Posłowi RP Andrzejowi Pęczakowi (pismo z 26.02.2001r., k 267). W sporządzonej ocenie Kasa stwierdziła, że analiza lat ubiegłych i symulacja planowanych dochodów w roku 2001 wskazuje na znaczące różnice w przychodach na jednego ubezpieczonego w poszczególnych kasach chorych. Wyrównanie finansowe wyliczone dla Kasy na rok 2001 nie zniwelowało w sposób zadowalający różnic w porównaniu z innymi kasami chorych. Po uwzględnieniu wyrównania finansowego przychody te nie są zrównane w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego. Dysproporcje pomiędzy najuboższą a najbogatszą Kasą Chorych sięgają ok. 100 zł rocznie na jednego ubezpieczonego. Zatem niemal 20 % przewaga kwotowa stanowi poważny bodziec do rozważenia zmian we wzorze algorytmu wyrównania finansowego. Symulacja planowanych na rok 2001 dochodów Kasy z uwzględnieniem wyrównania finansowego na jednego ubezpieczonego wykazuje notowania poniżej średniej krajowej o 8 zł, co stanowi pomniejszone wpływy do budżetu Kasy o około 20 mln zł. W regionie łódzkim ponad 18 % ubezpieczonych to ludność w wieku powyżej 60 lat i w tym wypadku wskaźnik ten przekracza średnią krajową o 2 %. Dane te w połączeniu z faktem, że koszt leczenia tej grupy ubezpieczonych jest najwyższy pogłębiają i tak istotne już dysproporcje dostępności pacjentów do świadczeń medycznych w porównaniu ze średnią krajową.

Sytuację finansową Kasy w 2002r. na tle innych, wybranych kas chorych obrazuje poniższe zestawienie:

Kasa Chorych	Przychody ze składek netto	Wyrównanie finansowe
Łódzka	1 629 385 700 zł	101 817 071 zł
Małopolska	1 906 292 210 zł	160 280 645 zł
Mazowiecka	4 097 104 630 zł	- 561 617 096 zł
Śląska	3 844 918 380 zł	- 420 123 900 zł
Wielkopolska	2 304 284 430 zł	19 750 279 zł
Branżowa Służb Mundurowych	2 447 449 330 zł	-306 177 353 zł

Organ antymonopolowy zważył co następuje:

Art. 8, ust. 1 ustawy o okik stanowi, że zakazane jest nadużywanie pozycji dominującej na rynku właściwym przez jednego lub kilku przedsiębiorców.

Art. 8, ust. 2, pkt 1 ustawy o okik stanowi, że nadużywanie pozycji dominującej polega w szczególności na bezpośrednim lub pośrednim narzucaniu nieuczciwych cen, w tym cen nadmiernie wygórowanych albo rażąco niskich, odległych terminów płatności lub innych warunków zakupu albo sprzedaży towarów.

We wniosku o wszczęcie postępowania i w trakcie jego trwania Wnioskodawca twierdzi, że Kasa narzuca mu jednostronnie ceny rażąco niskie za zakupione u Wnioskodawcy świadczenia medyczne oraz limity ilości usług medycznych dla oddziałów szpitala i limity ilości hospitalizowanych pacjentów. W ocenie Wnioskodawcy ceny te są rażąco niskie ponieważ:

1. od 1999r. ceny po jakich Kasa kupuje świadczenia zdrowotne u Wnioskodawcy są z roku na rok niższe,
2. ceny nie uwzględniają wzrostu kosztów Wnioskodawcy, spowodowanych inflacją, wzrostu kosztów leczenia spowodowanych wzrostem kosztów leków i wprowadzeniem podatku VAT, który nie podlega odliczeniu,

3. ceny tych samych świadczeń zdrowotnych w innych kasach chorych (Wnioskodawca powołuje się na przykład Śląskiej, Mazowieckiej, Małopolskiej i Branżowej Kas Chorych) są wyższy niż ceny tych samych świadczeń w Kasie.

Przepis art.8, ust. 2, pkt 1 ustawy o okik nie podaje kryteriów oceny ceny rażąco niskiej. Ustawodawca pozostawił wypracowanie takich kryteriów oceny orzecznictwu antymonopolowemu. Jednak ustawa o okik obowiązuje zbyt krótko (od 1 kwietnia 2001r.) i jak dotąd organy antymonopolowe – Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów i Sąd Antymonopolowy nie wypracowały kryteriów oceny ceny rażąco niskiej. Z tego też względu organ antymonopolowy dokonując oceny cen świadczeń zdrowotnych stosowanych przez Kasę w umowach zawieranych z Wnioskodawcą przeanalizował zebrany w sprawie materiał dowodowy pod kątem kryteriów ceny rażąco niskiej wskazanych przez Wnioskodawcę we wniosku o wszczęcie postępowania oraz w kontekście mechanizmu funkcjonowania rynku właściwego, który wynika z regulacji tego rynku zawartej w ustawie o puz, a przedstawionej we wcześniejszej części uzasadnienia decyzji.

W warunkach nieskrępowanej gospodarki rynkowej, w której rynek nie jest w żaden sposób ograniczony szczególnymi regulacjami prawnymi cena jest wypadkową gry podaży i popytu. Ponadto to przedsiębiorca oferujący na rynku do sprzedaży towary lub usługi (uczestnik rynku po stronie podaży) w swojej ofercie proponuje ustaloną przez siebie cenę. Ustalając cenę uczestnik rynku po stronie podaży ma pełną swobodę ustalania cen, pod warunkiem braku szczegółowych regulacji prawnych w tej materii, bądź posiadania pozycji dominującej na rynku. W tym ostatnim wypadku jego ceny mogą być oceniane na gruncie prawa antymonopolowego w aspekcie ceny nadmiernie wygórowanej lub rażąco niskiej. Poza tym w takim wypadku stosowanie cen nadmiernie wygórowanych lub rażąco niskich zawsze wiąże się z zamiarem zakłócenia konkurencji na rynku właśnie po stronie podaży.

Sytuacja na rynku właściwym w niniejszej sprawie przedstawia się zupełnie inaczej. Wnioskodawca jako uczestnik rynku właściwego po stronie podaży działa w warunkach konkurencji, natomiast Kasa uczestnicząca w rynku po stronie popytu działa w warunkach dominacji rynkowej. Odzwierciedleniem istnienia na rynku jednego nabywcy, który reprezentuje prawie cały popyt na produkty i usługi jest monopson. W rozpatrywanym przypadku Kasa działa w warunkach monopsonicznej struktury rynku. Siła rynkowa Kasy działającej w warunkach monopsonu jest podobna do siły rynkowej przedsiębiorcy działającego w warunkach monopolu. Jednakże w przeciwieństwie do monopolu nie dotyczy ona sprzedawców i podaży, lecz nabywców i popytu. Podobnie jak w warunkach monopolu istnienie na rynku jednego nabywcy oznacza, że sprzedawcy świadczeń zdrowotnych są pozbawieni możliwości wyboru nabywcy, a postępowanie Kasy charakteryzuje wysoki stopień niezależności, ograniczony wyłącznie przepisami prawa.

Z przedstawionej wcześniej regulacji rynku właściwego wynikającej z ustawy o puz wynika, że Kasa ma swobodę w ustalaniu cen po jakich dokonuje zakupu świadczeń zdrowotnych, ale jest w tym ograniczona wysokością środków finansowych jakimi dysponuje. Co więcej jako podmiot, którego obowiązuje ustawowy zakaz prowadzenia działalności gospodarczej Kasa ma ograniczony wpływ na pomnażanie środków finansowych (może jedynie na warunkach określonych w ustawie o puz korzystać z lokat bankowych). Środki finansowe, które Kasa przeznacza na zakup świadczeń zdrowotnych pochodzą ze składek ubezpieczonych na ubezpieczenie zdrowotne. Wpływy z tytułu tych składek determinują wysokość środków finansowych jakie Kasa może przeznaczyć na zakup świadczeń zdrowotnych. Jednym z ustawowych obowiązków Kasy jest czuwanie nad równowagą pomiędzy przychodami i wydatkami. Ponadto zgodnie z cytowanym wyżej § 17, ust. 1, pkt 3 rozporządzenia wykonawczego do ustawy o puz Kasa ma obowiązek unieważnić postępowanie konkursowe poprzedzające zawarcie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdy cena

najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Kasa przeznaczyła na sfinansowanie zamówienia. Z powyższej regulacji rynku właściwego nie wynika także aby Kasa w cenach po jakich zakupuje świadczenia zdrowotne miała obowiązek uwzględniać koszty świadczeniodawców – swoich kontrahentów.

Dokonując oceny sposobów zwiększania przez Kasę realnego popytu na usługi przy danej wielkości dochodów, z punktu widzenia zgodności z art. 8 ust. 1 pkt 1 ustawy o okik, organ antymonopolowy dokonał oceny zarzutów Wnioskodawcy przez pryzmat analizy zasad kształtowania cen za świadczenia zdrowotne przez Kasę. Takie podejście gwarantuje bowiem realizację przez organ antymonopolowy ustawowego obowiązku ochrony interesu publiczno-prawnego ubezpieczonych w Kasie konsumentów, a nie ochrony interesów indywidualnego kontrahenta.

Kasa działa w opisanych wyżej warunkach otoczenia, które determinują możliwości finansowe Kasy jako nabywcy kupującego świadczenia zdrowotne. Analiza zebranego w sprawie materiału dowodowego wskazała, że dochody Kasy w latach 1999-2002 były jednymi z najniższych w skali kraju. Z tego powodu Kasa otrzymywała i otrzymuje tzw. wyrównanie finansowe z innych, bogatszych kas chorych. W warunkach braku możliwości aktywnego kształtowania wysokości dochodów, ilość nabywanych przez Kasę jednostek usług medycznych zależy od ceny. Ustalanie przez Kasę ceny nabywanych usług w drodze wyboru kontrahentów w konkursie ofert, było zgodne z przepisami ustawy o puz i rozporządzenia wykonawczego oraz zgodne z uznawaną w orzecznictwie antymonopolowym zasadą konkurencji o rynek, której stosowanie w warunkach monopsonu stwarzało warunki do rozwoju konkurencji po stronie podaży.

Dla podejmowania racjonalnych decyzji cenowych niezbędna jest także analiza konsekwencji podejmowanych decyzji z punktu widzenia celu funkcjonowania przedsiębiorcy. Teoretycznie zgodnie z zasadą ekonomii każdy przedsiębiorca jest ukierunkowany na maksymalizację zysku. Natomiast Kasa, jest instytucją wykonującą zadania z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, której celem jest gromadzenie i wydatkowanie środków finansowych na zakup świadczeń zdrowotnych.

Reasumując organ antymonopolowy stwierdził, że nie zostały spełnione przesłanki narzucania przez Kasę ceny rażąco niskiej za zakupywane świadczenia zdrowotne.

W kontekście ustalonej w postępowaniu trudnej sytuacji finansowej Kasy wydaje się, że okoliczność, iż od 1999r. ceny po jakich Kasa kupuje świadczenia zdrowotne u Wnioskodawcy są z roku na rok niższe oraz okoliczność, że ceny tych samych świadczeń zdrowotnych w innych kasach chorych są wyższe nie może być wystarczającą podstawą do postawienia Kasie zarzutu narzucania cen rażąco niskich.

Z przedstawionego na str. 13 i 14 uzasadnienia decyzji przykładowego porównania cen świadczeń zdrowotnych zakupywanych przez Kasę u Wnioskodawcy w latach 1999 – 2002 wynika, że ceny nie wszystkich świadczeń zdrowotnych wykazują tendencję malejącą, ale także wiele świadczeń zdrowotnych Wnioskodawca sprzedał Kasie po cenie wyższej niż cena z 1999r.

W toku postępowania Wnioskodawca porównując ceny świadczeń zdrowotnych stosowane w różnych kasach chorych powoływał się na przykłady cen z kas chorych Śląskiej, Mazowieckiej i Branżowej. Z ustaleń organu antymonopolowego przedstawionych na stronie 16 uzasadnienia decyzji wynika, że są to kasy najbogatsze, których przychody znacznie

przewyższają przychody Kasy. Z tego względu to kryterium nie może przesądzić o stosowaniu przez Kasę cen rażąco niskich.

Wobec braku obiektywnych kryteriów oceny czy dana cena jest rażąco niska organ antymonopolowy odwołał się do kryterium poziomu referencyjnego szpitali i dokonał porównania cen tych samych świadczeń zdrowotnych po jakich Kasa zakupuje te świadczenia w szpitalach II poziomu referencyjnego, do którego należy Wnioskodawca. Z analizy przedstawionej na str. 14 uzasadnienia decyzji wynika, że ceny te są jednakowe, natomiast w przypadku niektórych świadczeń ceny zakupu u Wnioskodawcy są wyższe.

W związku z regulacją zawartą w ustawie o puz trudno także przypisać Kasie zarzut stosowania praktyki ograniczającej konkurencję poprzez wprowadzanie do umów z Wnioskodawcą limitów ilości świadczeń zdrowotnych i limitów hospitalizowanych pacjentów. Skoro art. 53, ust. 4, pkt 4 ustawy o puz zobowiązuje Kasę do określenia w każdej umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych maksymalnej kwoty zobowiązania to dla realizacji umowy konieczne jest określenie ilości usług i ceny jednostkowej usługi.

Jednym z zarzutów wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego było stosowanie przez Kasę praktyki ograniczającej konkurencję poprzez narzucanie Wnioskodawcy jednostronnie warunków umów i odmawianie negocjacji (pkt 2 wniosku o wszczęcie postępowania k 1). W świetle ustaleń poczynionych w postępowaniu w ocenie organu antymonopolowego nie ma podstaw do postawienia Kasie takiego zarzutu. Z regulacji rynku właściwego zawartej w ustawie o puz i w aktach wykonawczych wynika, że Kasa prowadzi ze świadczeniodawcami rokowania w ramach konkursu ofert przed podpisaniem umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Z materiału dowodowego zebranego w sprawie wynika, że Kasa i Wnioskodawca prowadzili negocjacje co do wszystkich ofert Wnioskodawcy. Formułując powyższy zarzut Wnioskodawca nie wskazał warunków umownych innych niż rażąco niska cena świadczeń zdrowotnych i limity świadczeń zdrowotnych, które miałyby być jednostronnie narzucone. Jednostronne narzucanie warunków umownych może być uznane za praktykę ograniczającą konkurencję tylko w takim wypadku gdy narzucane warunki umowne w jakikolwiek sposób zakłócają konkurencję na rynku. Z tego względu „narzucanie” bez wskazania warunków umownych, których dotyczy nie może być uznane za praktykę ograniczającą konkurencję.

Podsumowując należy stwierdzić, że nie zostały spełnione przesłanki praktyki ograniczającej konkurencję z art. 8, ust. 2, pkt 1 ustawy o okik.

W punkcie II sentencji decyzji organ antymonopolowy postanowił o kosztach postępowania Kasa jako strona wygrywająca sprawę nie wniosła w wyznaczonym terminie wniosku o zwrot kosztów niezbędnych do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Wnioskodawca jako strona przegrywająca sprawę złożył wniosek o zasądzenie kosztów postępowania we wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego oraz w terminie wyznaczonym przez organ antymonopolowy złożył spis kosztów poniesionych w postępowaniu.

Organ antymonopolowy na podstawie art. 75 w związku z art. 76 ustawy o okik nie zasądził od Wnioskodawcy na rzecz Kasy kosztów postępowania.

Mając na uwadze powyższe orzeka się jak w sentencji.

Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Antymonopolowego za pośrednictwem niniejszej Delegatury w terminie dwutygodniowym od dnia doręczenia decyzji.

Na postanowienie rozstrzygające o kosztach postępowania służy zażalenie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Antymonopolowego za pośrednictwem niniejszej Delegatury w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia postanowienia.

Z upoważnienia Prezesa
Urzędu Ochrony Konkurencji
i Konsumentów

Iwona Bielska

Dyrektor Delegatury w Łodzi

Otrzymują:

1. Pani

Barbara Gorszwa
Radca Prawny - Pełnomocnik
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. M. Kopernika
ul. Lecznicza 17/98
93 – 173 Łódź

2. Pani

Jolanta Jagodzińska
Radca Prawny - Pełnomocnik
Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych
ul. Kopcińskiego 58
90 – 032 Łódź