

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

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

Poznań, dn.18.04.2001 r.

RPZ – 57-S/2/2000/D.O./01/

Decyzja nr RPZ - 8/2001

I. Na podstawie art. 104 k.p.a. i art. 9 w związku z art. 8 ust. 1 i 2 pkt 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 122 poz. 1319), po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego wszczętego na wniosek Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poznaniu oraz Ogólnopolskiego Związku Pracodawców – Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu, w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów **nakazuje się** Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych z siedzibą w Poznaniu **zaniechanie stosowania praktyk ograniczających konkurencję**, polegających na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonych z terenu województwa wielkopolskiego poprzez narzucenie uciążliwych warunków „konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej” oraz uciążliwych warunków „umów na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”, opracowanych i przyjętych na 2001 rok, w drodze:

- przyjęcia, że jednostką rozliczeniową za zamówione i wykonywane świadczenia zdrowotne jest punkt o nieustalonej i zmiennej w czasie trwania umowy wartości, co jest równoznaczne z nieokreśleniem jednostkowych cen usług i w ten sposób wartości kontraktu, w wyniku czego na świadczeniodawców zostało w całości przerzucone ryzyko zmian warunków wpływających na sytuację finansową tej Kasy,
- uznania, iż termin uregulowania należności wobec świadczeniodawców przez tę Kasę zostaje zachowany w dniu obciążenia jej rachunku bankowego,

co stanowi dla niej źródło nieuzasadnionych korzyści.

II. Na podstawie art. 104 k.p.a. i art. 11 w zw. z art. 8 ust. 1 i 2 oraz art. 8 ust.2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów **nie stwierdza się** stosowania przez Wielkopolską Regionalną Kasę Chorych praktyk ograniczających konkurencję polegających na nadużywaniu pozycji

dominującej na ww. rynku, poprzez zawarcie w opracowanych i przyjętych na 2001 rok „szczegółowych warunkach konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej” oraz „umowach na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego” postanowień, na mocy których:

- nałożono na świadczeniodawców zobowiązania ograniczające osoby udzielające świadczeń co do możliwości pełnienia funkcji dyrektora, ordynatora i ich zastępców, a osoby będące stroną umowy w podjęciu zatrudnienia w innych zakładach opieki zdrowotnej, z którymi Kasa ta ma zawarte umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- może ona ingerować w wewnętrzną organizację i zarządzanie świadczeniodawców, m.in. w zakresie zatrudniania pracowników, określania ich czasu pracy,
- rozpatrzenie oferty oraz zawarcie umowy uzależnione zostało od bezwzględnej akceptacji treści ww. dokumentów,
- karami umownymi zostali obciążeni wyłącznie świadczeniodawcy.

Uzasadnienie

Do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów Delegatura w Poznaniu wpłynął wniosek Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poznaniu, ul. B. Krysiwicza 7/8 oraz Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu (zwanym dalej wnioskodawcami) o wszczęcie postępowania antymonopolowego przeciwko Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych z siedzibą w Poznaniu (zwaną dalej WRKCh). Wnioskodawcy zarzucili WRKCh, iż przyjęte przez nią „szczegółowe warunki konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2001 roku” oraz postanowienia umów na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zawieranych po przeprowadzeniu konkursu, naruszają przepisy art. 5 ust. 1 pkt 6-8 ustawy z dnia 24 lutego 1990 r. o przeciwdziałaniu praktykom monopolistycznym i ochronie interesów konsumentów (tekst jednolity: Dz.U. z 1999 r. Nr 52 poz. 547, zm. Dz.U. z 2000 r. Nr 31 poz. 38, zwaną dalej ustawą antymonopolową). Zdaniem wnioskodawców WRKCh będąc jedynym płatnikiem służby zdrowia narzuca jednostkom świadczącym usługi medyczne (świadczeniodawcom) jednostronnie dla siebie korzystne warunki wykonywania tych świadczeń oraz narzuca treść umów na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, których postanowienia ich dyskryminują. Wnioskodawcy zakwestionowali prawo WRKCh do wymuszania na nich przyjęcia zobowiązań, których treść ingeruje w ich wewnętrzną organizację i zarządzanie i które naruszają obowiązującą ustawę o zawodzie lekarza. Wnioskodawcy zakwestionowali postanowienia, na mocy których:

- osoby udzielające świadczeń nie mogą pełnić funkcji dyrektora, zastępcy dyrektora, ordynatora i jego zastępcy,
- osoby będące stroną umowy nie mogą zostać zatrudnione w innych zakładach opieki zdrowotnej, z którymi Kasa ta ma zawarte umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- zobowiązani zostali do składania imiennej listy osób udzielających świadczeń i podawania szczegółowych danych osobowych tych osób,

- zobowiązani zostali do określenia czasu pracy pracowników udzielających świadczeń,
- termin zapłaty za wykonane przez nich świadczenia został określony jako dzień obciążenia rachunku WRKCh,
- WRKCh zastrzegła wyłącznie sobie prawo nałożenia i egzekwowania kar umownych,
- przyjęty przez nią tryb przeprowadzania konkursu i zawierania umów wyklucza możliwość prowadzenia negocjacji.

Jako naruszenie przepisów ustawy antymonopolowej wnioskodawcy uznali również przyjęty przez WRKCh sposób finansowania świadczeń. Ich zdaniem WRKCh zmusiła świadczeniodawców do podpisania umów, w których przyjęła, iż jednostką rozliczeniową jest punkt o zmiennej wartości. Wartość tego punktu ustalana jest na każdy miesiąc przez WRKCh, w oparciu o liczbę punktów wykazanych przez wszystkich świadczeniodawców w miesiącu poprzedzającym. Tym samym wartość punktu nie jest znana i nie jest określona w złotych polskich, w wyniku czego podpisywane są umowy, z mocy których nie wynika, jaką świadczeniodawcy otrzymają zapłatę za wykonaną w danym miesiącu usługę medyczną.

W odpowiedzi na zawiadomienie o wszczęciu postępowania WRKCh podniosła, iż jej działalność nie może być oceniana na podstawie przepisów ustawy antymonopolowej, gdyż *nie jest przedsiębiorcą* w rozumieniu przepisu art. 2 pkt 1 tej ustawy. Po pierwsze dlatego, że zgodnie z art. 4 ust. 7 ustawy z dnia 06 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 153 z późniejszymi zmianami; zwaną dalej ustawą o p.u.z.) Kasa Chorych nie może prowadzić działalności gospodarczej. Ochrona zdrowia jest bowiem taką dziedziną, a zdaniem WRKCh powszechne ubezpieczenie zdrowotne ma taki właśnie charakter, że nie jest dopuszczalne wprowadzenie w tej dziedzinie elementów wpływających na zwiększenie ryzyka finansowego. Podniosła również, że Kasa Chorych nie można także zakwalifikować do podmiotów organizujących lub świadczących usługi o charakterze użyteczności publicznej. Wynika to z faktu pełnienia roli płatnika, który gromadzi środki finansowe pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne i rozlicza się bezpośrednio z tymi zakładami opieki zdrowotnej, które w ramach zawartych umów świadczą usługi na rzecz ubezpieczonych. Funkcje organizatora, w ocenie WRKCh, pełnią zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne i grupowe praktyki osób wykonujących zawody medyczne, organy wykonujące uprawnienia właścicielskie i kontrolne oraz jednostki samorządu terytorialnego. Kasy Chorych na podstawie planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, którego opracowanie na mocy przepisu art. 55 ustawy o p.u.z. jest obowiązkiem samorządu terytorialnego, zawierają umowy ze świadczeniodawcami.

Ustosunkowując się do treści poszczególnych zarzutów WRKCh wyjaśniła, iż wszelkie jej poczynania mają na celu dobro ubezpieczonych, których interesy na mocy art. 66 ust. 1 ustawy o p.u.z. Kasy Chorych reprezentują. Dysponując określonymi środkami finansowymi Kasy Chorych mają obowiązek zapewnić ubezpieczonym dostęp do usług medycznych, a ich działanie nie jest nastawione na osiąganie zysku. Tym samym nie można zarzucać jej stosowania praktyk monopolistycznych zakazanych przepisem art. 5 ust. 1 pkt 6 ustawy antymonopolowej, do którego to naruszenia dochodzi w sytuacji, gdy w wyniku zakazanych działań osiągnane są nieuzasadnione korzyści.

WRKCh podniosła ponadto, iż w 2000 roku zawarła ponad 3.500 umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, stąd nie jest możliwe negocjowanie warunków tych umów z każdym z oferentów przystępującym do konkursu. Wskazując na uprawnienia dane jej ww. ustawą

o p.u.z. WRKCh wyjaśniła, iż postanowienia umów, które ograniczają możliwości pełnienia określonych funkcji przez osoby udzielające świadczeń w poradniach mają na celu zagwarantowanie ubezpieczonym jak najlepszej obsługi medycznej. Podkreśliła, iż w ramach przysługujących jej uprawnień przeprowadza kontrole w zakładach świadczeniodawców, a wyniki tych kontroli oraz skargi składane przez pacjentów wskazują na wiele nieprawidłowości w funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej w zakresie dostępności pacjenta do lekarza oraz zapewnienia przez niego właściwego wykonania warunków umowy. Osoby, które poza pracą w poradni pełnią inne obowiązki, nie gwarantują właściwego wykonywania usług medycznych wynikających z postanowień zawartej umowy. Również z racji nałożonych na Kasy Chorych obowiązków zapewnienia ubezpieczonym pełnej dostępności do świadczeń oraz kierując się planami opracowanymi przez jednostki samorządu terytorialnego, WRKCh zawarła w zakwestionowanych „szczegółowych warunkach konkursu ofert” oraz umowach na udzielanie świadczeń zdrowotnych postanowienia zobowiązujące świadczeniodawców do przedstawienia wykazu osób zatrudnianych, podania ich kwalifikacji oraz określenia czasu pracy pracowników udzielających świadczeń.

Odnośnie przyjętego na 2001 rok sposobu rozliczania świadczeniodawców WRKCh wyjaśniła, iż wprowadziła system punktowy do świadczeń z zakresu stomatologii, rehabilitacji i ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej. Stosowany w latach 1999-2000 system rozliczania, w którym jednostką rozliczeniową była porada, wymagał zmiany, z uwagi na nierzetelne realizowanie przez świadczeniodawców usług zdrowotnych w ramach ustalonej przez strony umów liczby porad i przekraczanie przez nich maksymalnej rocznej wartości kontraktu. Opierając się na wynikach analizy zapotrzebowania na usługi zdrowotne na terenie Wielkopolski, danych dot. wskaźników stanu zdrowia społeczeństwa, sytuacji demograficznej i epidemiologicznej, WRKCh doszła do wniosku, iż świadczeniodawcy niewłaściwie realizowali umowy z zakresu specjalistyki. Błędy polegały na udzielaniu porad z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego, zawiązaniu liczby udzielonych porad, w tym porad „receptowych”, odraczaniu przyjęć pacjentów wymagających skomplikowanej diagnostyki. Wskazując na ograniczone możliwości płatnicze wynikające z przyjętych planów finansowych, w celu racjonalnego gospodarowania tymi środkami WRKCh przyjęła system punktowy, dzieląc porady na trzy typy, z których każda ma inną wartość punktową. Jednocześnie zaprzeczyła, jakoby w zawieranych umowach nie określiła wartości punktu. Wartość punktu na miesiąc styczeń 2001 roku została wskazana, ustalono ją bowiem w oparciu o uśrednione dane za rok 2000. Zdaniem WRKCh bezpodstawny jest również zarzut dokonywania zmiany ceny punktu w trakcie trwania umowy. Celem przyjęcia zasady zmiennej wartości punktu było wyłonienie oferentów, którzy zapewnią jak najlepszą opiekę medyczną, w tym jak najdłuższy czas pracy poradni. W sytuacji, gdy oferenci zapewnią maksymalnie długi czas pracy, uzyskają maksymalną liczbę punktów możliwą do wykonania. Ustalona cena może ulegać zmianie w zasadzie wyłącznie wówczas, gdy liczba wykonanych usług będzie mniejsza od zadeklarowanej. Przy założeniu, że świadczeniodawcy wykonają odpowiednią liczbę świadczeń, wartość punktu w skali całego roku nie będzie niższa, od przyjętej na miesiąc styczeń.

Ustosunkowując się do zarzutu nieprawidłowego określenia terminu płatności, WRKCh podniosła, iż ma podpisane umowy z bankami na dokonywanie przelewów w systemie ELKSIR, co gwarantuje wpłynięcie środków na konta świadczeniodawców w dniu złożenia przez nią polecenia przelewu. Odnośnie zarzutu nie zagwarantowania świadczeniodawcom prawa nakładania kar umownych w sytuacji nie wywiązywania się przez nią z warunków umowy, WRKCh zwróciła uwagę, iż kary takie zgodnie z art. 483 k.c. mogą być zastrzeżone wyłącznie w stosunku do zobowiązań niepieniężnych. Tymczasem jedynym

obowiązkiem Kas Chorych wobec świadczeniodawców jest zapłata za wykonane przez nich usługi.

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

Z wnioskiem o wszczęcie przeciwko WRKCh niniejszego postępowania antymonopolowego wystąpiło dwóch wnioskodawców: Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poznaniu, przy ulicy Krysiowicza 7/8 oraz Ogólnopolski Związek Pracodawców – Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu. Pierwszy z wnioskodawców jest publicznym zakładem opieki zdrowotnej, działającym w oparciu o przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z zm.). Na udzielanie świadczeń w zakresie opieki ambulatoryjnej specjalistycznej zawarł z WRKCh w dniu 09 stycznia 2001 r. umowę nr 15R/LS/SS.0208/1/01, w której maksymalna kwota zobowiązania tej Kasy z tytułu udzielania przez wnioskodawcę ww. świadczeń zdrowotnych ustalona została na 2.844 964,50 zł. Załącznik nr 2 tej umowy precyzuje, jaką maksymalną liczbę punktów wnioskodawca może wypracować w ramach zawartej umowy w skali roku oraz miesiąca, z podziałem na poszczególne poradnie. W 2001 roku wnioskodawca może wypracować maksymalnie 441.276 punktów (karty akt 117-148).

Drugi z wnioskodawców - Ogólnopolski Związek Pracodawców – Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu, jest Związkiem zrzeszającym samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, mającym na celu ochronę ich praw i reprezentowanie ich interesów (statut Związku – karty akt 47-54).

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o p.u.z. Kasa Chorych zawiera umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych po uprzednim przeprowadzeniu konkursu. Tryb składania ofert w celu zawarcia takich umów, przeprowadzania konkursu ofert oraz zgłaszania skarg i protestów z tym związanych określony został w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998 r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. nr 148 poz. 978 ze zm.). Zgodnie z treścią par. 7 tego rozporządzenia, w przypadku gdy zamawiający (kasa chorych) przygotował wzór oferty lub jej formularz, złożenie oferty powinno nastąpić zgodnie z tym wzorem lub formularzem. WRKCh opracowała i opublikowała przyjęte w dniu 28.07.2000r. uchwałą Zarządu Kasy „szczegółowe warunki konkursu ofert na udzielanie świadczeń

zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przeprowadzanych w powiatach województwa wielkopolskiego” (karty akt: 8-28). W dokumencie tym wyszczególnione zostały kryteria, w oparciu o które oferty będą oceniane. W oparciu o ten dokument świadczeniodawcy zamierzający ubiegać się o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązani byli do opracowania swojej oferty. Ww. rozporządzenie MZiOS nie precyzuje, jaka powinna być szczegółowa treść oferty. Jednakże w par.6 pkt 3 nałożony został na zamawiającego (kasy chorych) obowiązek określenia w *ogłoszeniu o konkursie ofert* warunków, jakie oferta powinna spełniać. W konkursie ofert organizowanym przez WRKCh na 2001 rok mogły uczestniczyć wyłącznie oferty opracowane w oparciu o ten dokument.

Po przeprowadzeniu konkursu ofert WRKCh wyłania świadczeniodawców, z którymi zawiera „*umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*”. Treść tych umów również została opracowana przez WRKCh i przyjęta ww. uchwałą jej Zarządu. Przedmiotem umów jest organizowanie i udzielanie przez świadczeniodawcę bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w ściśle określonym zakresie (par. 2 umowy). Art. 53 ust. 4 ustawy o p.u.z. precyzuje, jaką problematykę powinny regulować umowy zawierane między Kasą Chorych, a świadczeniodawcami. Zgodnie z jego treścią, umowy powinny określać rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, warunki i zasady ich udzielania, zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami, maksymalną kwotę zobowiązania Kasy Chorych wobec świadczeniodawców, zasady kontroli realizacji umów, rozpatrywania kwestii spornych, prowadzenia dokumentacji i jej udostępniania. Wszystkie te elementy zawarte zostały w treści umowy opracowanej i przyjętej na 2001 rok przez WRKCh, w tym również w treści umowy podpisanej z wnioskodawcą numer 1.

Wnioskodawcy zakwestionowali następujące postanowienia „*szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*” oraz *umów na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*:

- 1) paragraf 20 *umowy*, w którym ustalone zostały ogólne zasady finansowania świadczeń. WRKCh przyjęła, iż jednostką rozliczeniową jest punkt o zmiennej wartości (par. 20 pkt. 1). Sposób wyznaczania wartości punktu ustalony został w pkt 5. Wartość tego punktu wyznacza iloraz kwoty miesięcznej przeznaczonej na finansowanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych wynikających z planu finansowego Kasy w roku obowiązywania umowy, z podziałem na poszczególne grupy finansowo-tematyczne, oraz liczby punktów wykazanych w poprzednim miesiącu przez świadczeniodawców w poszczególnych grupach finansowo-tematycznych z zakresu ambulatoryjnej opieki, zgłaszanych do rozliczenia do 10-go dnia każdego miesiąca. Paragraf 20 pkt 2 dzieli porady specjalistyczne na trzy typy, różniące się stopniem obciążenia diagnostyką (par. 1 pkt 3 umowy). Poradzie I typu odpowiada jeden punkt. Porada ta związana jest z ciągłością leczenia bez badań diagnostycznych, obejmuje również kontrolę po wykonanych zabiegach. Poradzie II typu odpowiadają dwa punkty. Obejmuje zakres porady lekarza specjalisty, obejmuje badania diagnostyczne z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego, których powtórzenie lub wykonanie uznano za niezbędne. Poradzie typu III odpowiada pięć punktów. Obejmuje pełen zakres kompetencji lekarza specjalisty ze zleconą i wykonaną diagnostyką lub zabiegami wynikającymi z kompetencji lekarza specjalisty. Jednocześnie w paragrafie 20 pkt 3 ustalono, iż średni czas trwania porady specjalistycznej wynosi 15 minut. Paragraf 20 pkt 4 odsyła do treści załącznika nr 2 do umowy, w którym określona

- została maksymalna roczna i miesięczna liczba punktów do wykonania przez świadczeniodawcę w ramach zawartej umowy. Jednocześnie WRKCh sklasyfikowała świadczenia zdrowotne w ramach 6 grup tematyczno-finansowych. Podział ten uwzględnia koszty badań diagnostycznych w poszczególnych poradniach specjalistycznych (załącznik nr 3 „Szczegółowych warunków konkursu...” karta akt 111-112),
- 2) paragraf 22 pkt 7 umowy, zgodnie z którym za termin płatności uznany został dzień obciążenia rachunku bankowego WRKCh,
 - 3) paragraf 30 dotyczący kar umownych, zgodnie z którym świadczeniodawca zobowiązany jest do zapłaty na rzecz WRKCh kar umownych.
 - 4) punkt XII podpunkt m „szczegółowych warunków konkursu ofert...” oraz par 12 umowy, na mocy których lekarze będący stroną umowy nie mogą w czasie jej trwania udzielać świadczeń w innym z.o.z., który zawarł umowę z Kasą Chorych, a osoby udzielające świadczeń pełnić funkcji dyrektora i ordynatora oraz ich zastępców,
 - 5) punkt XII podpunkt f „szczegółowych warunków konkursu ofert...” oraz par. 5 umowy, który nakłada na świadczeniodawcę obowiązek przedstawienia WRKCh imiennej listy fachowego personelu medycznego wraz z podaniem jego kwalifikacji oraz zobowiązuje do zgłaszania zmian personalnych, jakie wystąpią w czasie trwania umowy,

W dniu 01 kwietnia 2001 r. weszła w życie ustawa z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 122 poz. 1319). Ustawa ta zastąpiła ww. ustawę antymonopolową, w trybie której zostało wszczęte i było prowadzone niniejsze postępowanie. Przepis art. 113 nowej ustawy stanowi, iż do postępowań wszczętych i nie zakończonych stosuje się przepisy nowej ustawy. Ponieważ postępowanie administracyjne kończy wydanie decyzji, a niniejsza decyzja wydana zostaje po dniu wejścia w życie nowej ustawy, odpowiedniej zmiany wymagała klasyfikacja prawna zarzutów podniesionych wobec WRKCh.

Urząd zważył, co następuje:

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

Jak wyżej wspomniano zasady funkcjonowania Kas Chorych, ich strukturę oraz nadzór nad działalnością regulują przepisy ustawy o p.u.z. Przepis art. 7 tej ustawy stanowi, iż Kasa Chorych *nie może prowadzić działalności gospodarczej*, co przesądza o niemożności

uznania Kas Chorych, w oparciu o to kryterium, za przedsiębiorcę w rozumieniu przepisów ustawy Prawo działalności gospodarczej. Rozważeniu natomiast podlega, czy Kasy Chorych *organizują lub świadczą usługi o charakterze użyteczności publicznej*. Zgodnie z art. 4 pkt 1a ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów spełnienie tego kryterium umożliwia uznanie danego podmiotu za przedsiębiorcę podlegającego jej rygorom. Kasy Chorych nie zajmują się bezpośrednio świadczeniem usług medycznych, są natomiast *organizatorami* tej działalności. Za przedsiębiorców w rozumieniu ww. przepisu mogą zostać uznane wyłącznie wówczas, gdy przyjmujemy, iż świadczenie usług medycznych jest działalnością *o charakterze użyteczności publicznej*. Definicja usług o charakterze użyteczności publicznej nie została ściśle sprecyzowana. W myśl jednego z poglądów doktryny usługi o charakterze użyteczności publicznej należy zdefiniować poprzez wskazanie celu, któremu ma służyć ich realizacja. W przypadku usług medycznych celem tym jest ochrona zdrowia społeczeństwa. Ponieważ ochrona zdrowia lokalnej społeczności została wymieniona wśród zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego (art. 7 ustawy z dnia 08 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz. U. Z 1996 r. Nr 13 poz. 74 ze zmianami), a zadania własne gmin z reguły traktowane są jako zadania o charakterze użyteczności publicznej, można przyjąć, iż świadczenie usług medycznych należy również do kategorii usług o takim właśnie charakterze. Inny z poglądów łączy działalność o charakterze użyteczności publicznej z realizacją potrzeb o charakterze zbiorowym, brakiem ekwiwalentności świadczeń (odbiorcy ponoszą jedynie część realnych kosztów uzyskanego świadczenia), nie nastawieniem na osiągnięcie zysku i zasilaniem finansowym ze środków publicznych (por. C. Kosikowski „Polskie Publiczne Prawo Gospodarcze” Wyd. Prawnicze PWN W-wa 1998, str. 293). Wszystkie te kryteria, w ocenie Urzędu, spełniają Kasy Chorych. Ponieważ zgodnie z treścią art. 31 ust. 2 ustawy o p.u.z. Kasy Chorych są zobowiązane do zapewnienia ubezpieczonym szeregu świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego poprzez zawieranie umów o udzielanie świadczeń z zakładami opieki zdrowotnej i osobami wykonującymi zawód medyczny (art. 53 ust. 1 w/w ustawy) i kontrolę realizacji tychże umów (art. 61 w/w ustawy), można uznać je za **organizatora usług użyteczności publicznej** na wyznaczonym terenie. Tym samym zasadne jest stwierdzenie, iż **Kasy Chorych są przedsiębiorcą** w rozumieniu art. 4 pkt 1a ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

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

Treść przepisów ustawy o p.u.z., która reguluje funkcjonowanie sektora ubezpieczeń zdrowotnych, rzutuje na wyznaczenie rynku właściwego (relevantnego) w niniejszej sprawie. Rynek ten należy zdefiniować jako **rynek organizowania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonych z terenu województwa wielkopolskiego**. Na tak oznaczonym rynku jedyną instytucją powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego uprawnioną do realizowania ubezpieczeń zdrowotnych jest WRKCh. W tym miejscu należy wyjaśnić, iż zdaniem Urzędu uczestnikiem tego rynku nie są branżowe kasy chorych (w chwili obecnej działa Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych). Do Kasy tej przynależą bowiem wyłącznie osoby z określonych grup zawodowych oraz członkowie ich rodzin. Nie ma więc ona charakteru powszechnego, a tym

samym nie jest to instytucja konkurencyjna w stosunku do regionalnych kas chorych, w tym WRKCh.

Zarzuty podniesione przez wnioskodawców dotyczą przyjętych przez WRKCh zasad rozliczania świadczeniodawców oraz zakresu jej ingerencji w ich wewnętrzną organizację i zarządzanie. Urząd wszczął i prowadził postępowanie antymonopolowe pod zarzutem naruszenia przepisu **art. 5 ust. 1 ustawy antymonopolowej**, a w odniesieniu do postanowień umowy dotyczących zasad finansowania świadczeń i rozliczeń, pod zarzutem naruszenia przepisu **art. 5 ust. 1 pkt 6**. W nowej ustawie o ochronie konkurencji i konsumentów ww. praktyki zakazane są przepisami **art. 8 ust. 2 oraz art. 8 ust. 2 pkt 6**. Pierwszy przepis zakazuje nadużywania pozycji dominującej na rynku, nie wymieniając w sposób wyczerpujący przejawów nadużywania tej pozycji. Z uwagi na otwarty katalog praktyk ograniczających konkurencję, nie ma formalnych przeszkód, aby został on poszerzony o działania przedsiębiorców, noszące znamiona bezprawnego zachowania ograniczającego konkurencję lub eksploatującego pozycję zajmowaną na rynku czy godzącego w interesy konsumentów. Drugi przepis zakazuje narzucania uciążliwych warunków umów, przynoszących przedsiębiorcy narzucającemu takie warunki nieuzasadnione korzyści. Do jego naruszenia dochodzi wówczas, gdy spełnione zostają łącznie trzy przesłanki: zakwestionowane warunki umów są uciążliwe, zostają narzucone i przynoszą nieuzasadnione korzyści. Narzucanie uciążliwych warunków umów musi mieć charakter przymusowy, wymuszony przez podmiot dominujący posiadaną siłą rynkową.

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

Osiągane przez przedsiębiorcę stosującego praktykę ograniczającą konkurencję z art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów **nieuzasadnione korzyści** są odpowiednikiem uciążliwych warunków umów narzuconych kontrahentowi. Nieuzasadnione korzyści są osiągane kosztem kontrahenta i pozostają w normalnym związku przyczynowym z narzuconymi kontrahentowi uciążliwymi warunkami umów (*Ustawa antymonopolowa. Komentarz j.w.*).

Umowa łącząca WRKCh oraz wnioskodawców ma charakter cywilno-prawny. Z chwilą jej podpisania pomiędzy stronami dochodzi do zawiązania stosunku zobowiązaniowego. Z istoty zobowiązań wynika, iż na każdej ze stron umowy ciążyą określone prawa i obowiązki. W przypadku umowy badanej w ramach niniejszego postępowania, wnioskodawcy zobowiązani są do udzielania świadczeń zdrowotnych, natomiast WRKCh do zapłaty za wykonane przez nich świadczenia. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego powinna więc co najmniej precyzować do wykonywania jakich świadczeń zdrowotnych wnioskodawcy są zobowiązani oraz jaką otrzymają za to zapłatę. Zdaniem Urzędu są to elementy konieczne tej

umowy (*essentialia negotii*), i jako takie powinny zostać w jej treści uwzględnione. Bezsporne jest, iż w umowie zawartej przez WRKCh i wnioskodawców zakres usług świadczonych przez wnioskodawcę został ściśle sprecyzowany. Wątpliwości budzi drugi istotny element umowy – cena tych usług, czyli kwota zobowiązania WRKCh wobec świadczeniodawców. W umowie na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych określona została *maksymalna* kwota zobowiązania WRKCh wobec kontrahenta (w umowie zawartej z wnioskodawcą kwota ta ustalona została na 2.844964,50 zł.). Kwota ta *nie jest więc wartością kontraktu*, lecz jedynie określa do jakiej wysokości WRKCh rozliczy wnioskodawcę za wykonane przez niego usługi. Jednocześnie w paragrafie 20 umowy przyjęto, iż jednostką rozliczeniową za wykonane usługi jest punkt o zmiennej wartości. Wartość tego punktu nie jest wartością stałą, znaną wnioskodawcy oraz innym świadczeniodawcom w momencie podpisywania umowy oraz wykonywania usługi. Przyjęty przez WRKCh sposób ustalania wartości punktu, zgodnie z którym do 25-go dnia każdego miesiąca określa ona wartość punktu w oparciu o dane z *poprzedniego* miesiąca, powoduje, iż wykonując usługę wnioskodawca nie wie jaką otrzyma za to zapłatę. W sytuacji, gdy wykonanie tej usługi wiąże się z powstaniem po jego stronie określonych, dających się wyliczyć kosztów, przyjęty przez WRKCh sposób ustalenia zapłaty odrywa cenę usługi od kosztów jej świadczenia. Z punktu widzenia zasad konkurencji jest to niedopuszczalne. Cena umożliwia porównanie nakładów jak i efektów określonego przedsięwzięcia gospodarczego. Motywuje przedsiębiorców do stosowania rachunku ekonomicznego, stanowiąc tym samym instrument prawidłowego wykorzystania zasobów. Umożliwia również elastyczne dostosowywanie wielkości zdolności produkcyjnej do zapotrzebowania na konkretne towary, usługi. Z powyższych względów istotne jest, aby ceny były wynikiem działania konkurencji (por. Stanisław Gronowski „Ustawa antymonopolowa. Komentarz” Wyd. BECK wyd 2, W-wa 1999, str. 101-102). Zdaniem Urzędu przyjęty przez WRKCh sposób rozliczania świadczeniodawców w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mechanizmy te wyłącza, i w rezultacie cena usługi oderwana zostaje od uwarunkowań ekonomicznych. W sytuacji, gdy wartość punktu uzależniona jest od liczby punktów wypracowanych w poprzednim miesiącu przez wszystkich zakontraktowanych świadczeniodawców, nie znają oni ceny usługi w momencie jej wykonywania. Co prawda przepis art. 53 ust. 4 pkt 3 i 4 ustawy o p.u.z. nakazuje, aby w umowach zawieranych ze świadczeniodawcami określone zostały jedynie *zasady rozliczeń* oraz maksymalna kwota zobowiązania Kasy Chorych wobec świadczeniodawcy, lecz zdaniem Urzędu zasady te powinny zostać określone w oparciu o zasadę swobody umów, z uwzględnieniem interesów obu kontrahentów. Tymczasem przyjęty przez WRKCh sposób rozliczania świadczeniodawców powoduje przerzucenie na nich kosztów świadczenia tych usług w sytuacji, gdy przyjęta na dany miesiąc wartość punktu będzie niższa. Nastąpi to w sytuacji, gdy liczba punktów „wypracowanych” przez wszystkich świadczeniodawców w poprzednim miesiącu będzie wysoka. W rezultacie *w miarę wzrostu liczby udzielonych świadczeń, ich cena jednostkowa maleje*. WRKCh wydatkuje więc taką samą kwotę bez względu na liczbę świadczeń udzielonych w danym okresie rozliczeniowym. Reasumując, w ocenie Urzędu WRKCh stawia się w sytuacji korzystniejszej, aniżeli jest to przyjęte w stosunkach pomiędzy przedsiębiorcami o równorzędnej sile rynkowej. Korzyścią WRKCh jest przerzucenie na świadczeniodawców części ciężaru publicznego polegającego na zagwarantowaniu ubezpieczonym dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz całego ryzyka prowadzenia działalności związanej z udzielaniem przez nich świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Świadcząc usługę nie mają oni bowiem pewności jaką otrzymają za to zapłatę. Nie można wykluczyć, iż w ostatecznym rachunku zapłacona cena nie będzie pokrywała kosztów wytworzenia danej usługi. Maksymalna kwota zobowiązania WRKCh wobec wnioskodawcy na 2001 ustalona została na kwotę niższą, niż na 2000 r., przy analogicznym zakresie świadczeń. Jednocześnie ogłoszona przez WRKCh

wartość punktu na m-c luty 2001 jest niższa od wartości punktu przyjętej do rozliczeń za miesiąc styczeń 2001.

Grupa tematyczna	Wartość punktu w styczniu 2001 (zł)	Wartość punktu w lutym 2001 (zł)
I	7,40	6,27
II	11,30	10,57
III	6,00	7,64
IV	12,80	10,95
V	9,50	8,14
VI	8,70	7,17

Powyższe okoliczności pozwalają stwierdzić, iż w sytuacji gdy koszt wytworzenia usługi świadczenia zdrowotnego na przestrzeni roku niewątpliwie wzrósł (choćby o współczynnik inflacji), ustalony przez WRKCh sposób rozliczania uniemożliwia świadczeniodawcom prowadzenie działalności w oparciu o rachunek ekonomiczny. W swoich kalkulacjach muszą oni bowiem uwzględniać możliwość ponoszenia strat w związku z wykonywaniem świadczeń w ramach umowy zawartej z WRKCh.

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

Wnioskodawcy zakwestionowali także treść paragrafu 22 pkt 7 umowy, zgodnie z którym za termin płatności uznawany jest dzień obciążenia rachunku bankowego WRKCh. Jest poza sporem, iż WRKCh w sposób nieprawidłowy ustaliła termin płatności faktur/rachunków wystawionych przez świadczeniodawców. Art. 454 k.c. stanowi bowiem, iż w przypadku, gdy miejsce spełnienia świadczenia nie jest oznaczone ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie pieniężne powinno być spełnione w miejscu zamieszkania lub siedzibie wierzyciela w chwili spełnienia świadczenia. Miejsce świadczenia pieniężnego w odniesieniu do świadczeń bezgotówkowych wyznacza rachunek bankowy wierzyciela, a świadczenie takie zostaje spełnione z chwilą, gdy następuje faktyczna realizacja polecenia przelewu, tzn. kwota nim objęta wpływa na rachunek wierzyciela (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 1995 r. III CZP 164/94 – OSNC z 1995 r. nr 4. poz. 62). Wobec powyższego rozważenia wymaga, czy WRKCh uzyskuje tą drogą nieuzasadnione korzyści, a przez to narusza przepis art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Wyjaśnienia nadesłane w ramach niniejszego postępowania

przez Krajową Izbę Rozliczeniową S.A. z siedzibą w Warszawie pozwoliły ustalić, iż większość banków dokonuje przelewów w systemie ELIKSIR, który zapewnia krótki czas przepływu pieniądza między uczestnikami. Na powyższą okoliczność w swoich wyjaśnieniach wskazywała WRKCh argumentując, iż dzięki pracy w tym systemie na konta świadczeniodawców pieniądze przelewane są w dniu złożenia przez nią polecenia przelewu. WRKCh podniosła jednocześnie, iż takie określenie terminu płatności nie stanowi dla niej źródła nieuzasadnionych korzyści. Ze stanowiskiem tym Urząd nie zgadza się. W przypadku uznania, iż termin płatności jest zachowany w dniu obciążenia jej rachunku, korzyścią WRKCh jest przerzucenie na wnioskodawców całego ryzyka związanego z nieprawidłowym funkcjonowaniem systemu bankowego. Tym samym WRKCh zwalnia się od odpowiedzialności za działania instytucji i osób, którymi posługuje się wykonując swoje zobowiązania (art. 474 k.c.).

Stad orzeczono, jak w punkcie I sentencji decyzji.

Urząd nie dopatrzył się natomiast naruszenia przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów w postanowieniach umowy, na mocy których WRKCh ogranicza możliwość udzielania świadczeń w innym z.o.z. przez osoby będące stroną umowy oraz pełnienia funkcji dyrektora i ordynatora oraz ich zastępców przez osoby udzielające świadczeń, a także nakłada na nich obowiązek przedstawienia imiennej listy fachowego personelu medycznego wraz z podaniem jego kwalifikacji oraz zobowiązuje do zgłaszania zmian personalnych, jakie wystąpią w czasie trwania umowy. Swoje stanowisko w tym zakresie Urząd opiera na uprawnieniach i obowiązkach nałożonych na Kasy Chorych przepisami ustawy o p.u.z. Zgodnie z art. 1a pkt 5 ubezpieczenie zdrowotne jest oparte m.in. na zasadzie zapewnienia ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń. W tym celu, zgodnie z art. 4 ust. 6 ww. ustawy, Kasy Chorych współdziałają m.in. z organami jednostek samorządu terytorialnego. Art. 55a ustawy nakłada na organy samorządu terytorialnego obowiązek opracowania i aktualizacji planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na obszarze ich działania. W oparciu o takie plany Kasy Chorych zawierają umowy ze świadczeniodawcami. Plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej powinien uwzględniać zapewnienie ubezpieczonym całodobowego dostępu do świadczeń lekarskich i pielęgnarskich oraz niezbędną do tego celu liczbę lekarzy, pielęgniarek i innych świadczeniodawców. Jednocześnie na mocy przepisu art. 53 ust. 2 ustawy o p.u.z. Kasa Chorych po zasięgnięciu opinii samorządów medycznych określa warunki dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych, zapewnienia jakości i dostępności świadczeń, rozliczania kosztów świadczeń i mechanizmów ograniczania wzrostu tych kosztów, zasad kontroli realizacji umów. Powyższe przepisy dają Kasie Chorych uprawnienie do podejmowania działań mających na celu jak najpełniejsze wykonanie ciężących na niej obowiązków. Z tych względów wymóg przedstawienia listy osób wykonujących świadczenia, określenie czasu pracy, ograniczenia w zakresie udzielania świadczeń przez lekarzy u różnych świadczeniodawców oraz pełnienia funkcji, które są czasochłonne i wymagają dyspozycyjności, służą realizacji tych celów.

Urząd nie znalazł również podstaw do zakwestionowania przyjętego przez WRKCh trybu przeprowadzania konkursu i zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, który wyklucza możliwość prowadzenia negocjacji przy ustalaniu treści umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach p.u.z. Zdaniem Urzędu przepisy ustawy o p.u.z. oraz wydanego w tej sprawie rozporządzenia MZiOS uzasadniają w tym zakresie działanie WRKCh. Przepisy te nakładają na Kasy Chorych obowiązek zapewnienia ubezpieczonym

świadczeń zdrowotnych, m.in. poprzez zawieranie umów na udzielanie świadczeń. W 2000 r. umów takich WRKCh zawarła ponad 3000. Negocjowanie postanowień tych umów z każdym z świadczeniodawców byłoby więc praktycznie niewykonalne, także ze względu na krótki okres czasu przeznaczony na przeprowadzenie konkursu i zawarcie umów. Z tych względów WRKCh przygotowała wzorzec umowy, który następnie zastosowała przy zawieraniu umów z wybranymi w drodze konkursu oferentami. Zdaniem Urzędu zakwestionowany przez wnioskodawców tryb przeprowadzania konkursu ofert oraz podpisywania umów na świadczenia zdrowotne ma oparcie w przepisach ustawy o p.u.z. i jako taki nie może zostać uznany za bezprawny. Stąd nie można uznać, iż działanie WRKCh w tym zakresie narusza przepisy ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Ocenie Urzędu mogą natomiast podlegać warunki konkursu ofert oraz postanowienia ww. umów, co było przedmiotem niniejszego postępowania.

W ocenie Urzędu również paragraf 30 umowy, dotyczący kar umownych, zredagowany został w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy kodeksu cywilnego. Jak wyżej wyjaśniono wnioskodawcy zakwestionowali pominięcie ich prawa do obciążenia WRKCh karami umownymi w sytuacji, gdy Kasa ta nie wywiązuje się z ciężących na niej obowiązków. Tymczasem kary umowne mogą być zastrzeżone wyłącznie na wypadek niewykonania lub nienależytego wykonania świadczenie niepieniężnego (art. 483 k.c.). Natomiast jedynym obowiązkiem WRKCh, wynikającym z treści zawartych umów, jest zapłata za wykonane przez świadczeniodawców usługi zdrowotne. Jest to więc obowiązek o charakterze pieniężnym. W przypadku zwłoki w płatnościach, świadczeniodawcy służy prawo obciążenia WRKCh odsetkami lub odstąpienia od umowy (art. 481 k.c.). Nie przysługuje mu natomiast prawo obciążania tej Kasy karami umownymi. Tym samym należy stwierdzić, iż treść paragrafu 30 umowy zawartej z wnioskodawcą nie narusza obowiązujących przepisów, w tym przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Stąd orzeczono, jak w punkcie II sentencji decyzji.

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

w imieniu Prezesa
Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów

DYREKTOR
Delegatury w Poznaniu
dr Edward Stawicki

Otrzymują:

- 1) WRKCh - Zarząd Kasy
- 2) Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem
SPZOZ – Dyrekcja Szpitala, 61-825 Poznań, ul. Krysiewicza 7/8
- 3) Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ
61-825 Poznań, ul. Krysiewicza 7/8