



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

Gdańsk, dnia 31 grudnia 2001r.

RGD.57-4/00/01/HK

DECYZJA NR RGD.35/2001

Na podstawie art. 11 ust. 1, w związku z art. 8 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2000r., Nr 122, poz. 1319), po przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego wszczętego z wniosku Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie przeciwko Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasie Chorych, w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie stwierdza się stosowania przez skarżonego przedsiębiorcę praktyk ograniczających konkurencję, polegających na nadużywaniu pozycji dominującej na lokalnym rynku województwa zachodniopomorskiego, poprzez narzucanie w „Umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii” uciążliwych warunków w zakresie: rozliczania kosztów badań diagnostycznych, wysokości kar umownych z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy oraz sposobu rozliczania umów wieloletnich.

UZASADNIENIE

Do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wpłynęło pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie (zwanej dalej Izba) wnoszącej o wszczęcie przeciwko Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasie Chorych z siedzibą w Szczecinie (zwanej dalej Kasą) postępowania administracyjnego pod zarzutem naruszenia przez skarżoną, obowiązującej w dacie złożenia wniosku, ustawy z dnia 24 lutego 1990r. o przeciwdziałaniu praktykom monopolistycznym i ochronie konsumentów (tekst jednolity: Dz.U. z 1999r., Nr 52, po. 547 z późniejszymi zmianami).

Jak podniosła skarżąca, jej legitymacja czynna wynika „wprost” z treści przepisu art. 4 ust. 2 pkt 10 ustawy z dnia 17 maja 1989r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158 z późniejszymi zmianami), stanowiącego, iż do zadań samorządu lekarskiego należy „występowanie w obronie interesów indywidualnych i zbiorowych jego członków”.

Zdaniem Izby, interesy jej członków zostały w przedmiotowej sprawie naruszone w ten sposób, iż narzucono im, wskutek wykorzystania przez Kasę „*monopolistycznej pozycji największego w województwie zachodniopomorskim zleceniodawcy usług stomatologicznych*”, w „*z góry opracowanym wzorze tekstu*” projektu „Umowy nr 01-03 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii” (stanowiącym obligatoryjny załącznik do ofert składanych przez lekarzy w ramach konkursu ofert na

80-824 GDAŃSK, UL. PODWALE PRZEDMIEJSKIE 30

TEL. (058) 346-29-32, TEL/FAX (058) 346-29-33, TEL. CENTRALA (058) 301-50-21

E-MAIL: GDANSK@UOKIK.GOV.PL

lata 2001-2003) uciążliwe warunki (bez możliwości ich zmiany przez „drugą stronę”), mające przysporzyć skarżonej nieuzasadnionej korzyści (kosztem świadczeniodawców), a to wskutek włączenia następujących postanowień:

- **§ 5 UST. 7**, nakładającego na lekarza stomatologa „*obowiązek wykonywania [...] w ramach przyznaných środków finansowych wszelkich badań diagnostycznych związanych z udzielanymi świadczeniami*” bez zabezpieczenia na realizację tego celu „*odpowiednio wysokich środków finansowych*”;

- **§ 15 UST. 1**, określającego wysokość kar umownych z tytułu nieuzasadnionej przerwy bądź odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem spornej umowy (odpowiednio: **PKT 1 i 2**) oraz zaniechania podania do publicznej wiadomości faktu zawarcia tej umowy z Kasą (**PKT 4**), w ten sposób, że są one „*rażąco wygórowane*” (wynosząc – odpowiednio – 3.000PLN za każdy dzień przerwy, 4.000PLN za odstąpienie od umowy i 3.000PLN za każdy stwierdzony miesiąc braku takiej informacji), i dopuszczającego ich uruchomienie wskutek „*subiektywnej oceny [...] zdarzenia stanowiącego podstawę do zastosowania kary*”;

- **§ 16 UST. 2**, dozwalającego, w odniesieniu do umów wieloletnich zawieranych na podstawie § 16 ust. 1, w sytuacji wyczerpania procedury renegotjacji i wtedy, gdy strony nie dojdą w stosownym czasie do porozumienia, ich przedłużenie na kolejny rok „*na warunkach finansowych określonych na rok bieżący*”, co gwarantuje „*zapewnienie Kasie dotychczasowych usług za mniejszą, w przypadku spadku wartości pieniądza, cenę.*”

Równocześnie, Izba, mając na względzie zarzuty stawiane ZRKCh, wskazała, iż – w ich świetle – oczekuje takiej zmiany treści spornych między stronami postanowień, które spowodowałyby:

- pewność, po stronie świadczeniodawcy, iż „*chodzi tylko o badania podstawowe znajdujące pokrycie w przyznaných przez Kasę środkach finansowych albo, przy zachowaniu dotychczasowej treści, wprowadzenie zapisu o zobowiązaniu się Kasy do zapewnienia świadczeniodawcy odpowiednich, dla wykonania wszelkich badań diagnostycznych, środków finansowych*” (**§ 5 UST. 7**);

- obniżenie wysokości kar umownych do kwot – odpowiednio – 100PLN, 1.000LN i 500LN oraz uzupełnienie zapisów umowy o stwierdzenie, iż chodzi o zawnione działanie lub zaniechanie świadczeniodawcy, stanowiące podstawę do zastosowania kary (**§ 15 UST. 1 PKT 1, 2 i 4**);

- skreślenie zdania „*W przypadku, gdy strony nie dojdą do porozumienia obowiązują warunki finansowe określone na rok bieżący*” i wprowadzenie, w jego miejsce, zapisu nakazującego podwyższenie (w wypadku umów wieloletnich), z dniem 1 stycznia kolejnego roku kalendarzowego obowiązywania umowy, dotychczasowych stawek o, publikowany przez Prezesa GUS, wskaźnik wzrostu cen towarów i usług w roku poprzednim (**§ 16 UST. 2**).

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, mając na uwadze treść zarzutów stawianych przez Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie skarżonej, tj. Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasy Chorych z siedzibą w Szczecinie, wszczął przeciwko niej – w dniu 24 listopada 2000r. – postępowanie antymonopolowe w sprawie nakazania zaniechania stosowania praktyk ograniczających konkurencję, polegających na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku lokalnym województwa zachodniopomorskiego poprzez „*narzucanie świadczeniodawcom zrzeczonym w OIL*”

w S. uciążliwych warunków umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii, przynoszących ZRKCh nieuzasadnione korzyści", co mogło stanowić – w dacie wszczęcia – naruszenie zakazu art. 5 ust. 1 pkt 6 ustawy o przeciwdziałaniu [...], a w obecnym stanie prawnym – art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2000r., Nr 122, poz. 1319).

Kasa Chorych, wnosząc pismem z dnia 4 grudnia 2000r., o oddalenie wniosku, stwierdziła, iż, jej zdaniem, zarzut narzucania przez nią uciążliwych warunków umów należy uznać za chybiony z następujących, co najmniej, powodów:

- Jak dotąd, nie nastąpiło „rzekome” naruszenie postanowienia § 5 ust. 7 umowy, bowiem w dacie złożenia wniosku konkurs ofert w zakresie opieki stomatologicznej nie został „ostatecznie rozstrzygnięty”. Równocześnie, stawka za jeden punkt rozliczeniowy uwzględnia, zdaniem Kasy, także ewentualne konieczne badania diagnostyczne, za wyjątkiem wysokospecjalistycznych, a w przyjętej stawce każdorazowo mieszczą się koszty koniecznych badań diagnostycznych.

- Kara umowna jest, zdaniem skarżonej, jedynie „zastrzeżoną sankcją cywilnoprawną na wypadek niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, tj. zakresu rzeczowego umowy”, a jej włączenie do umowy ma na celu zwiększenie realności jej wykonania wobec faktu, że nadrzędnym celem działalności Kasy jest zapewnienie ubezpieczonym „świadczeń zdrowotnych na dobrym poziomie jakościowym i w granicach koniecznej potrzeby.” Takie rozumienie postanowień umowy powinno wyeliminować zbyteczne obawy skarżącej o nadużycie przez Kasę Chorych roszczenia o zapłatę kar umownych ponad ich rolę jako „bodźca mobilizującego zobowiązanego do należytego wykonania zobowiązania.”

- W umowach wieloletnich jest konieczne określenie terminu na przeprowadzenie renegotjacji ich warunków. W wypadku, kiedy po kolejnym okresie rozliczeniowym nie dojdzie do uzgodnień akceptowanych przez obie strony, będą obowiązują dotychczasowe warunki finansowe bądź świadczeniodawca będzie mógł, zgodnie z treścią § 17 ust. 1 umowy, rozwiązać ją za wypowiedzeniem lub za porozumieniem stron. W świetle zasad finansowania świadczeń zdrowotnych nie jest możliwe przyjęcie wariantu automatycznego waloryzowania stawek, bowiem Kasa musi przestrzegać reguły równoważenia wydatków z przychodami zawartymi w jej planie finansowym, do czego, w sposób bezwzględny, obliguje ją art. 53 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późniejszymi zmianami). Mając na uwadze treść tego przepisu, Kasa kieruje się nie tylko generalnym kryterium wyboru, zgodnie z którym świadczenia zdrowotne są udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych znajdujących się w jej dyspozycji, ale także regułą, według której w wypadku każdej zawieranej umowy następuje jednoznaczne określenie maksymalnej kwoty zobowiązania Kasy wobec świadczeniodawcy (art. 53 ust. 4 pkt 4 powołanej ustawy).

Ustosunkowując się, pismem z dnia 22 grudnia 2000r., do stwierdzeń i argumentów Kasy skarżąca podniosła, iż:

- Zarzut uczestnika postępowania o „przedwczesności wniosku” Izby jest o tyle bezprzedmiotowy, iż w dniu 12 grudnia 2000r. został przez Kasę rozstrzygnięty konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii, zaś częścią składową każdej przyjętej oferty był kwestionowany przez wnioskodawcę projekt umowy (w niezmienionej formie i treści).

- Jako nieprawdziwe i nie znajdujące potwierdzenia w rzeczywistości należy uznać stanowisko skarżonej jakoby koszty wykonania wszelkich badań diagnostycznych związanych z realizacją świadczeń stomatologicznych zostały uwzględnione w stawce wynagrodzenia „za jeden punkt”. Takiemu podejściu przeczy, zdaniem Izby, powszechnie znany fakt, iż „stawki wynagrodzenia za jeden punkt z trudem pokrywają koszty działalności świadczeniodawców, zapewniając jedynie minimum wynagrodzenia za świadczone usługi stomatologiczne”, a Kasa nie wykazała, by przyznane środki finansowe w całości pokrywały koszty wszelkich badań diagnostycznych. Intencją wnioskodawczyni jest zatem doprowadzenie do zmiany treści § 5 ust. 7 umowy poprzez „urealnienie zapisu, a nie uzyskanie dodatkowych środków finansowych na pokrywanie badań”; w wypadku odmowy akceptacji przez Kasę tej propozycji należałoby uznać, iż „stosuje [ona – dop. Prezesa UOKiK] praktyki monopolistyczne narzucając świadczeniodawcom w umowach finansowanie części świadczeń zdrowotnych z własnych prywatnych środków finansowych.”

- Nie został należycie odparty zarzut dotyczący „wygórowanych stawek kar umownych”, bowiem skarżąca nie kwestionuje zasadności i celowości ich wprowadzenia (jako środka dyscyplinującego świadczeniodawców), ale „rażącą wysokość w relacji z brakiem określenia w umowie okoliczności powodujących ich wymagalność, pozwalającym Kasie na dowolną interpretację zapisu umożliwiającą nadużywanie tego prawa i uzyskiwanie w ten sposób nieuzasadnionych korzyści.” Ponadto, zważyć należy iż w prawie cywilnym kara umowna pełni rolę swoistego ryczałtowego odszkodowania i w związku z tym powinna być współmierna do stopnia ewentualnej szkody, jaką mógłby ponieść zleceniodawca, co znajduje potwierdzenie w treści art. 484 § 2 K.c. (zdanie ostatnie). Zdaniem skarżącej, wysokość kary umownej liczonej według stawki 3.000PLN za jeden dzień przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych przesądza o tym, że jest ona „rażąco wygórowana” w rozumieniu powołanego przepisu, nie pozostając – jednocześnie – w żadnej relacji z wynagrodzeniem uzyskiwanym przez świadczeniodawcę za zlecone umową usługi stomatologiczne.

- Trudno podzielić argumentację skarżonej dotyczącą § 16 ust. 2 „Umowy o udzielanie [...]”, a to dlatego, że istotą i celem porozumień obowiązujących przez czas ściśle określony jest „zabezpieczenie trwałości stosunku umownego łączącego strony na ten czas.” W podobnych okolicznościach przedsiębiorcy, zawierając umowę, która, co do zasady, nie powinna być wypowiedziana przez żadną ze stron, winni unormować stosunki wzajemne w ten sposób, aby warunki przyszłej współpracy były pewne i z góry określone, co – w odniesieniu do wynagrodzenia – może oznaczać np. włączenie do niej takich mechanizmów, które zabezpieczą jego waloryzację „w miarę spadku jego realnej wartości.” Tymczasem, zdaniem wnioskodawczyni, „konstrukcja treści § 16 ust. 2 umowy nie tylko wprowadza [...] stan niepewności co do **essentia-
lia negotii**, ale i powoduje, że świadczeniodawca chcąc zachować stosunek umowny, zmuszony będzie do udzielania świadczeń zdrowotnych po uzgodnionej przy zawieraniu umowy stawce wynagrodzenia, której realna wartość ulegnie obniżeniu w następnych latach obowiązywania umowy.”

Kasa, składając kolejne wyjaśnienia wskazała, pismem z dnia 19 stycznia 2001r., na to, iż na podstawie art. 45a i 54 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...] i rozporządzenia 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 późniejszymi zmianami)

uruchomiła stosowne procedury konkursowe. Skarżona podkreśliła w szczególności, iż proponując tekst umowy (w brzmieniu, które stało się podstawą wystąpienia Izby), nie „narzucała [go – dop. Prezesa UOKiK] jako umowy wiążącej”, lecz traktowała ją jako propozycję do negocjacji. Według niej, każdy z oferentów miał prawo negocjować warunki umowy (w trakcie tzw. rokowań), nie tylko finansowe. Kasa nadmieniła też, że nie stosuje umów standardowych.

Skarżona ponownie podniosła, iż zarzut nieuzasadnionej wysokości kar umownych jest chybiony. Jej zdaniem, to strony decydują w umowie nie tylko o stosowaniu (bądź nie) tego rodzaju kar, ale również o ich wysokości, na potwierdzenie czego przedstawiła przykładowy tekst umowy „po przeprowadzonych negocjacjach”, różniący się istotnie w zakresie wysokości stawek kar umownych od pierwotnie proponowanych przez Kasę.

Kasa poinformowała także, że od 2001r. wprowadziła trzy rodzaje umów:

- jednoroczne, proponowane lekarzom stomatologom podejmującym współpracę z Kasą po raz pierwszy,
- trzyletnie, oferowane lekarzom mającym II stopień specjalizacji albo Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej zatrudniającemu takiego lekarza,
- trzyletnie z promessą, tj. obietnicą przedłużenia na następny okres, oferowane wtedy, gdy świadczenia udzielane były udzielane „na prawidłowym poziomie”, a lekarz ma stałe miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych.

W kontekście powyższego skarżona podkreśliła, że jej dążeniem jest zawieranie, „docelowo”, umów wieloletnich, pozwalających świadczeniodawcom „na ekonomiczne prowadzenie praktyki lekarskiej.” Mając na uwadze fakt, iż w wypadku tego rodzaju kontraktów jest niezbędne ustalenie zasad regulujących sposób rozliczeń między stronami, Kasa zaproponowała – w zgodzie z art. 54 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...] – stosowanie okresowej (corocznej) renegotjacji stawek, z tym, że jako podstawę tego mechanizmu przyjęła, mając świadomość, że mogą być „krzywdzące dla świadczeniodawców”, stawki stałe minimalne. Takie podejście jest uzasadnione, jej zdaniem, zarówno brakiem odpowiedniego wskaźnika pozwalającego na „sprawiedliwą regulację wzrostu lub spadku ceny”, jak i tym, że Kasa „nie może podpisać umowy, w której wysokość cen i ilość świadczeń zdrowotnych nie będą miały ze sobą żadnego związku, a tak byłoby, gdyby przyjęto zapis o waloryzowaniu stawki w oparciu o stopień wzrostu cen towarów i usług w roku poprzednim.”

Pismem z dnia 5 listopada 2001r. Kasa wyjaśniła, iż:

- Celem wprowadzenia § 5 ust. 7 do „Umowy o udzielanie [...]”, nakładającego na świadczeniodawców obowiązek pokrywania kosztów niezbędnych badań diagnostycznych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 11 sierpnia 2000r. w sprawie wykazu podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych (Dz.U. Nr 72, poz. 851), było tylko i wyłącznie zabezpieczenie „interesu pacjentów-ubezpieczonych”, a kwestionowany przez skarżącą zapis dotyczy wszystkich umów „ogólnostomatologicznych”.

- W sytuacjach wymagających rozszerzonej diagnostyki laboratoryjnej, mających powiązanie z chorobami ogólnoustrojowymi, takich jak np. zabiegi z zakresu chirurgii stomatologicznej przy zaburzeniach krzepliwości, dopuszcza się urucho-

mienie procedur związanych z leczeniem specjalistycznym, które mogą polegać albo, na skierowaniu pacjenta do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, celem oznaczenia czasów krzepliwości krwi, i uzyskania odpowiedniej konsultacji pozwalającej na bezpieczne wykonanie zabiegu o podwyższonym ryzyku, albo na skierowaniu go do lekarza stomatologa specjalisty z danej dziedziny, albo też – w wypadku schorzenia skomplikowanego – do szpitala (na oddział chirurgii szczękowo-twarzowej, z pełną diagnostyką i leczeniem). W każdej z wymienionych wyżej sytuacji świadczeniodawca nie będzie ponosił kosztów wystawienia stosownego skierowania, a zatem nie uszczuplą one jego „wynagrodzenia za świadczone usługi stomatologiczne.”

- W okresie 3 lat od daty wprowadzenia „Umów o udzielanie [...]” nie nałożono żadnych „kar z tytułu zaniechania badań diagnostycznych stomatologicznych” ani „innych kar umownych.” Równocześnie, wysokość kar umownych określona w postanowieniach umowy na rok 2001 została dostosowana, w części, do sugestii Izby, w ten sposób, iż obniżono ich stawki proponowane przez Kasę.

- W analogicznym okresie miały miejsce wypadki potrąceń nadpłaty wynikającej z zapłaty za realizację świadczeń nie objętych umową (tzw. ponadstandardowych) oraz po stwierdzeniu niezgodności między sprawozdawczością przedstawioną przez świadczeniodawcę, a skontrolowaną dokumentacją medyczną. Należy zaznaczyć, że potrącona kwota stanowiła jedynie równowartość dokonanej nadpłaty, mimo, iż istniała możliwość nałożenia (na podstawie § 15 ust. 1 pkt 3 „Umowy o udzielanie [...]”) kary w wysokości dwukrotności tej kwoty.

- Świadczeniodawcy, w trakcie rokowań dotyczących treści „Umów o udzielanie [...]” na rok 2001, nie podnosili konieczności negocjowania brzmienia § 15; w wypadku innych zapisów umownych, po uprzednim przedstawieniu przez nich stosownych propozycji, uzyskiwali zgodę na ich modyfikację (skarżona udokumentowała ten fakt przykładowymi „Protokołami rokowań”).

- Definicje określeń „nieuzasadniona przerwa” i „nieuzasadnione odstępnie od umowy” wynikają wprost z zapisu umowy o okresie jej obowiązywania oraz z treści załącznika precyzującego dni i godziny czasu pracy i przyjęć ubezpieczonych.

Przez „przerwę nieuzasadnioną” należy rozumieć każdą przerwę w udzielaniu świadczeń, która powstała bez żadnego ważnego powodu (jak np. choroba, wyjazd w celu dopełnienia obowiązków administracyjnych, wyjazd na szkolenie, zaplanowany i zgłoszony w Kasie urlop). Jednocześnie, na podstawie § 8 ust. 1 „Umowy o udzielanie [...]”, świadczeniodawca zobowiązuje się do utrzymania we własnym zakresie „ciągłości udzielania świadczeń” zapewniając zastępstwo osoby trzeciej. Z kolei za „nieuzasadnione odstępnie od umowy” uznaje się każdą rezygnację świadczeniodawcy z wykonywania przyjętych na siebie obowiązków przed upływem okresu, na jaki zawarto umowę, bez podania powodu uniemożliwiającego dalsze wykonywanie świadczeń.

ORGAN ANTYMONOPOLOWY ZWAŻYŁ, CO NASTĘPUJE.

Podstawową kwestią wymagającą rozważenia w niniejszym postępowaniu jest ustalenie, czy Kasa Chorych posiada przymiot przedsiębiorcy – w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 2000r. o ochronie [...] – i czy, tym samym, jej działania mogą podlegać ocenie Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów tej ustawy.

Zgodnie z brzmieniem powołanego wyżej artykułu, przez przedsiębiorcę rozumie się nie tylko przedsiębiorcę, o którym mowa w ustawie z dnia 19 listopada 1999r. Prawo działalności gospodarczej (Dz.U. z 1999r., Nr 101, poz. 1178 z późniejszymi zmianami), ale również m.in. osoby fizyczne i prawne, a także jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, organizujące lub świadczące usługi o charakterze użyteczności publicznej, które nie wyczerpują przesłanek działalności gospodarczej w rozumieniu tej ustawy.

Kasa Chorych, jako samorządna instytucja posiadająca, na podstawie art. 66 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...], osobowość prawną, nie spełnia pierwszego kryterium przytoczonej definicji, tzn. nie prowadzi – wskutek zakazu wynikającego z art. 4 ust. 7 tej ustawy – działalności gospodarczej (w sensie ustawy z dnia 19 listopada 1999r. Prawo działalności gospodarczej).

W ocenie Prezesa UOKiK, Kasa Chorych spełnia natomiast drugi warunek, tzn. organizuje usługi o charakterze użyteczności publicznej. Działalność prowadzona w tym zakresie ma tę własność, iż wiąże się zazwyczaj z brakiem ekwiwalentności świadczeń (odbiorcy ponoszą jedynie część realnych kosztów uzyskanego świadczenia), nie jest nastawiona na osiągnięcie zysku (aczkolwiek powinna być prowadzona w oparciu o zasady racjonalności gospodarczej) i wymaga zasilania finansowego ze środków zewnętrznych, publicznych (patrz: Kosikowski C., Prawo gospodarcze publiczne, Warszawa 1994). Świadczenie usług zdrowotnych, wyczerpując powyższe przesłanki, może być zatem uznane za działalność o charakterze publicznym.

Nie budzi wątpliwości, iż podmiotami świadczącymi usługi o charakterze użyteczności publicznej, a więc przedsiębiorcami z punktu widzenia ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], są niewątpliwie zakłady opieki zdrowotnej. Kasa Chorych, co oczywiste, nie zajmując się bezpośrednio świadczeniem usług tego rodzaju, jest jednak zobowiązana do zapewnienia ubezpieczonym szeregu świadczeń zdrowotnych wymienionych w art. 31 ust. 2 ustawy o powszechnym [...], a obowiązek ten realizuje zarówno poprzez zawieranie stosownych umów z zakładami opieki zdrowotnej i osobami wykonującymi zawód medyczny (art. 53 ust. 1 ww. ustawy), uprzednio określając warunki dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych, zapewnienia ich jakości i dostępności, rozliczania kosztów i mechanizmów ograniczania wzrostu tych kosztów (art. 53 ust. 2), jak i kontrolę wykonania zawartych umów (na podstawie art. 61).

Mając na względzie wyniki przeprowadzonej analizy, Prezes UOKiK przyjął, iż działania Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasy Chorych z siedzibą w Szczecinie, jako osoby prawnej „*kreującej [szeroko rozumiany] rynek usług publicznych*”, a tym samym – przedsiębiorcy w sensie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], mogą podlegać ocenie z punktu widzenia przepisów tej ustawy.¹

Praktyki ograniczające konkurencję, a do takich należałoby zaliczyć, zdaniem Izby, domniemane narzucanie uciążliwych warunków „Umowy o udzielanie [...]”

¹ Godzi się zauważyć, iż trafność takiego podejścia potwierdza m.in. wyrok Sądu Antymonopolowego z dnia 13 sierpnia 2001r., sygn. akt XVII Ama 114/00; patrz też w tej sprawie: Fedorowicz H., Pielęgniarki mogą samodzielnie świadczyć usługi. Monopolistyczne praktyki Małopolskiej Kasy, Rzeczpospolita z dnia 17 sierpnia 2001r.

poprzez włączenie do niej postanowień zawartych w § 5 ust. 7, § 15 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 oraz § 16 ust. 2, w każdym wypadku ujawniają się na rynku, a władza rynkowa przedsiębiorcy nie realizuje się na rynku pojętym ogólnie lecz na rynku istotnym w konkretnej sprawie (w wymiarach, co najmniej, przedmiotowym, przestrzennym i czasowym), z właściwymi mu relacjami konkurencyjności, obejmującymi tych „uczestników gry rynkowej”, w stosunku do których toczy się postępowanie antymonopolowe. Delimitacja rynku relewantnego i ustalenie pozycji zajmowanej na nim przez Kasę stanowi zatem kluczowy punkt dalszych rozważań odnośnie naruszenia (bądź nie) przez skarżoną przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...].

W okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy szeroko rozumiany wymiar przedmiotowy rynku relewantnego wynika wprost z zapisów ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...], wprowadzającej w art. 1 „powszechne obowiązki ubezpieczenia zdrowotne”, i zlecającej ich realizację, zgodnie z brzmieniem art. 4 ust. 1, Kasom Chorych, z zapewnieniem im (na podstawie art. 4a) – do dnia 31 grudnia 2001r. – wyłączności w tym zakresie. Oznacza to, iż na rynku przedmiotowym, zdefiniowanym jak wyżej (realizacja powszechnych obowiązkowych świadczeń zdrowotnych), instytucje te uzyskały szczególną pozycję: wyłącznie one – w warunkach przyznanego im ustawowo monopolu i w granicach wskazanego przez ustawodawcę obszaru działania – gromadzą środki finansowe służące realizacji świadczeń zdrowotnych, zarządzają nimi oraz zawierają umowy na udzielanie tych świadczeń (art. 4 ust. 2).

Poczynione wcześniej uwagi organ antymonopolowy odnosi, w szczególności, do Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasy Chorych z siedzibą w Szczecinie, którą powołano na podstawie § 1 i 2 pkt 16 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 grudnia 1998r. w sprawie utworzenia regionalnych Kas Chorych i ich oddziałów, określenia ich siedzib i obszaru działania oraz nadania im statutów (Dz.U. z 1998r., Nr 152, poz. 989), i która, od tego momentu, stała się jedyną, na lokalnym rynku województwa zachodniopomorskiego, instytucją uprawnioną do zawierania i finansowania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych. Ta, nadana jej z mocy prawa, pozycja, wyczerpuje znamiona, o których mowa w art. 4 ust. 9 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], i powoduje, iż działania Kasy mogą być rozpatrywane pod kątem ewentualnego jej niewłaściwego wykorzystania („nadużycia” w rozumieniu art. 8 ust. 2 pkt 6 powołanej ustawy).

Ewaluacja dokonywana w tym przedmiocie przez Prezesa UOKiK ma, z konieczności, ograniczony zakres: pomija – z oczywistych względów – rozstrzygnięcie zagadnienia, czy skarżona, w sposób właściwy, realizuje nałożone na nią ustawowo obowiązki, tj. czy skutecznie zabezpiecza potrzeby osób ubezpieczonych, bowiem ochrona ich interesu należy, z mocy art. 151 ustawy o powszechnym [...], do zadań Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, koncentruje się natomiast na analizie wpływu decyzji Kasy, zwłaszcza dotyczących treści umów i procedur związanych z ich zawieraniem, na rynek usług zdrowotnych (tu: świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii, o których mowa w art. 31 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...]) oraz przedsiębiorców na nim funkcjonujących (lekarzy stomatologów, SPZOZ i NZOZ) i zbieżności (bądź nie) działań skarżonej z treścią art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], zakazującego przedsiębiorcy zajmującemu pozycję dominującą na rynku relewantnym jej nadużywania poprzez narzucanie uciążliwych warunków umów przynoszących mu nieuzasadnione korzyści.

Należy podnieść, w pierwszym rzędzie, iż ustawodawca, mając na względzie dążenie do racjonalizacji działań Kas Chorych i zapewnienia odpowiedniej efektywności ponoszonych przez nie wydatków, brzmieniem art. 54 ust 1 postanowił, iż zawieranie umów o udzielanie świadczeń będzie odbywało się po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert, którego procedury zostały uregulowane zarządzeniem 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).

Wprawdzie powołane rozporządzenie nie wskazuje *explicite* kryteriów, jakimi Kasy Chorych powinny kierować się przy wyborze świadczeniodawcy, tym niemniej w § 13 ust. 1 i 2 stanowi, że komisja konkursowa może: wybrać najkorzystniejszą ofertę, dokonać wyboru większej liczby ofert, jeżeli wykonanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu przez jednego oferenta jest niemożliwe lub utrudnione, względnie wybrać kilka ofert w celu wykonania całości zadania.

Aczkolwiek akty prawne mające zastosowanie w niniejszym postępowaniu nie definiują pojęcia „*oferty najkorzystniejszej*”, to przepisy ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym [...] zalecają, aby (co najmniej):

- świadczenia zdrowotne udzielane były ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez Kasę i odpowiadały aktualnej wiedzy i praktyce medycznej oraz nie przekraczały granic koniecznej potrzeby (art. 4 ust. 3 ustawy),
- Kasy Chorych przestrzegały przy zawieraniu umów zasady równoważenia wydatków z przychodami oraz aby suma ich zobowiązań wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów mieściła się w planie finansowym (art. 53 ust. 3).

Powyższe zalecenia jednoznacznie wskazują, iż na Kasy Chorych nałożono niezbywalny obowiązek poszukiwania racjonalnych wyborów uwzględniających zarówno ich rzeczywistą zdolność płatniczą (zdolność do ponoszenia określonych wydatków), jak i zapewniających ubezpieczonym możliwość wyboru świadczeniodawcy oraz odpowiedni poziom świadczeń i ich dostępność, od realizacji którego to obowiązku nie mogą się skutecznie uchylić. Jednocześnie, co należy podkreślić na użytek rozstrzygnięcia sporu w niniejszym postępowaniu, jakkolwiek ocena zachowań Kas Chorych, abstrahująca od tych uwarunkowań byłaby, co najmniej, metodologicznie wadliwa, a wnioski z niej wypływające – obciążone istotnym błędem.

W okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy jest bezsporne, iż Kasa, działając na podstawie rozporządzenia MZiOS z dnia 27 listopada 1998r. w sprawie konkursu ofert [...], wyznaczyła na dzień 6 października 2000r. termin składania ofert, na dzień 11 października 2000r. – termin otwarcia ofert, natomiast na dzień 12 grudnia 2000r. – termin rozstrzygnięcia konkursu. Skarżona, działając po myśli § 6 i § 7 ust. 1 powołanego rozporządzenia, określiła nie tylko szczegółowe oczekiwania i warunki stawiane oferentom, ale przygotowała również – kwestionowany przez Izbę i określony we wniosku o wszczęcie niniejszego postępowania mianem „*narzuczonego*” – projekt „Umowy o udzielanie [...]”, zawierający w szczególności sporne między stronami postanowienia § 5 ust. 7, § 15 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 oraz § 16 ust. 2, a stanowiący integralną część każdej oferty.

Analizując zebrany materiał dowodowy Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie znalazł przekonujących argumentów pozwalających podzielić stanowisko Izby, by działania skarżonej wyczerpywały znamiona praktyki ograni-

czającej konkurencję, zakazanej z mocy art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...]. Jako decydujące w tej mierze należy wskazać następujące okoliczności:

1. Zgodnie z brzmieniem powołanego przepisu, każdy przedsiębiorca, który, zajmując pozycję dominującą na pewnym rynku relewantnym, narzuca swoim kontrahentom takie warunki zawieranych z nimi porozumień, które są dla nich uciążliwe, a jemu przynoszą nieuzasadnione korzyści, dopuszcza się praktyk, o których mowa w art. 8 ust. 2 pkt 6.

Pomimo, iż ustawa z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...] nie definiuje pojęć „*uciążliwy*”, „*narzucanie*” oraz „*nieuzasadnione korzyści*”, to utrwalone w tej mierze orzecznictwo Sądu Antymonopolowego uznaje za „*uciążliwy*” każdy warunek umowy, który oznacza dla jednej ze stron ciężar większy od powszechnie przyjętych w stosunkach danego rodzaju (ustalenia w tym względzie powinny być dokonywane na podstawie kryteriów obiektywnych), a „*narzucanie*” tych warunków wiąże z wystąpieniem – po stronie kontrahenta – przymusu wynikającego z uprzywilejowanej pozycji zajmowanej przez przedsiębiorcę dominującego. Kryterium pozwalającym odróżnić tę sytuację od sytuacji, w której ma miejsce swobodne kontraktowanie stron (w granicach swobody umów wynikającej z art. 353 K.c.), jest zasada racjonalnego postępowania kontrahenta przedsiębiorcy dominującego (patrz: Gronowski S., Ustawa antymonopolowa. Komentarz, 2 wydanie, Warszawa 1999, s. 217).

Z kolei, osiągnane przez przedsiębiorcę dominującego, stosującego praktykę zakazaną z mocy art. 8 ust. 2 pkt. 6, „*nieuzasadnione korzyści*” są odpowiednikiem uciążliwych warunków umów narzuconych kontrahentowi. W relacjach ekwiwalentności wzajemnych świadczeń uczestników umowy nieuzasadnione korzyści określają sytuację korzystniejszą od powszechnie przyjętych w stosunkach danego rodzaju, przyjmując najczęściej postać nadwyżki finansowej. Dla bytu rozważanej praktyki niezbędne jest zatem, aby nieuzasadnione korzyści zostały osiągnięte kosztem kontrahenta, pozostając jednocześnie w „*normalnym*” związku przyczynowo-skutkowym z narzuconymi temu kontrahentowi warunkami umowy (por. Gronowski S., Ustawa antymonopolowa, s. 218).

Stosowanie przez skarżonego przedsiębiorcę praktyki, o której mowa w art. 8 ust. 2 pkt 6, uważa się za udowodnione, jeśli wszystkie wskazane wyżej przesłanki, tj. jego dominacja na rynku relewantnym, uciążliwość warunków zawieranych umów, narzucenie tych warunków kontrahentowi i osiągnięcie, wskutek tego, nieuzasadnionych korzyści, wystąpią jednocześnie.

2. Nie budzi wątpliwości uprzywilejowana pozycja Kasy na rynku świadczeń zdrowotnych (tu: usług stomatologicznych) województwa zachodniopomorskiego, przyznana jej z mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 grudnia 1998r. w sprawie utworzenia regionalnych Kas Chorych [...]. Równocześnie, szczególny status, jaki uzyskała skarżona, i związane z nim uprawnienia, tj. wyłączność w zakresie gromadzenia środków finansowych służących realizacji świadczeń, zarządzania nimi i zawierania umów na udzielanie tych świadczeń, powodują, że w relacjach z przedsiębiorcami oferującymi usługi tego rodzaju, posiada ona istotną przewagę kontraktową, a to dlatego, iż tylko od jej decyzji zależy, czy i na jakich warunkach będą z nią współpracowali przyszli kontrahenci. Ta wyjątkowa pozycja Kasy w strukturze podmiotowej rynku uzasadnia zatem dopuszczalność domniemania

Izby jej nadużycia ukierunkowanego na narzucenie uciążliwych warunków umów świadczeniodawcom oferującym usługi stomatologiczne i ubiegającym się o zawarcie z nią stosownych kontraktów.

3. Z materiałów zgromadzonych w niniejszym postępowaniu wynika, iż „narzucanie” warunków umów ograniczyło się, w istocie, do przedstawienia przez skarżoną projektu „Umowy nr 01-03 o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii” i potraktowania go jako „obligatoryjnego załącznika” do ofert składanych przez przedsiębiorców w ramach konkursu ofert na rok 2001.

Jak wskazują na to wyjaśnienia Kasy, ww. projekt, kwestionowany przez skarżącą, nie został uczestnikom konkursu „narzucony jako umowa wiążąca”, bowiem ta nie stosuje umów standardowych, lecz miał charakter „propozycji do negocjacji.” Jej zdaniem, każdy z oferentów posiadał w tym zakresie wystarczającą swobodę negocjowania warunków indywidualnej umowy, również innych niż finansowe, a ci z nich, którzy występowali z odpowiednimi wnioskami o zmianę niektórych zapisów umowy, uwzględniającą specyfikę ich działalności, uzyskiwali zgodę Kasy na proponowaną modyfikację.

Tezę tę potwierdzają nie tylko przykładowe „Protokoły rokowań” prowadzonych w oparciu o powołane wcześniej rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998r. w sprawie konkursu ofert [...], a dotyczących ilości i ceny planowanych do udzielenia świadczeń zdrowotnych (por. pismo z dnia 5 listopada 2001r.), ale także przekazane organowi antymonopolowemu teksty umów, w których, odmiennie niż w projekcie „Umowy nr 01-03 o udzielanie [...]”, uregulowano wysokość kar umownych, obniżając je np. w wypadu tych, o których mowa w § 15 ust. 1 pkt 1, z poziomu 3.000PLN do 100PLN (por. pisma z dnia 19 stycznia i 5 listopada 2001r.). Za stanowiskiem Kasy przemawia również zmiana treści zapisu § 5 ust. 7 z „zobowiązany jest wykonywać **WSZELKIE BADANIA DIAGNOSTYCZNE**” (projekt umowy) na „zobowiązany jest wykonywać **NIEZBĘDNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE (w domyśle: TJ. TE, O KTÓRYCH MOWA W ROZPORZĄDZENIU MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 11 SIERPNIA 2000R. W SPRAWIE WYKAZU PODSTAWOWYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH LEKARZA STOMATOLOGA [...])**” (podkr. Prezesa UOKiK).

4. W świetle powyższego, za co najmniej dyskusyjne należy uznać twierdzenie skarżącej utrzymującej, iż postanowienia zawarte w § 5 ust. 7, § 15 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 oraz § 16 ust. 2 „Umowy o świadczenie [...]” są uciążliwe dla świadczeniodawców.

Zarzut ten jest trudny do utrzymania także w odniesieniu do pominiętej dotąd kwestii podnoszonej przez Izbę „subiektywnej oceny [...] zdarzenia stanowiącego podstawę do zastosowania kary”, tj. mechanizmu powodującego uruchomienie, w stosunku do świadczeniodawców, sankcji umownych z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania przez nich umowy, wymienionych w § 15 ust. 1 pkt 1, 2 i 4.

Zdaniem organu antymonopolowego, zakres „subiektywizmu oceny” dostępnego skarżonej, jest stosunkowo ograniczony. Jak to wywiodła z treści umowy Kasa, przez „nieuzasadnioną” rozumie się każdą „przerwę w udzielaniu świadczeń zdrowotnych”, która nastąpiła wskutek innych powodów niż choroba, wyjazd w celach dopełnienia obowiązku administracyjnego, szkolenie bądź planowany wcześniej urlop, bądź gdy świadczeniodawca nie wywiązał się z nałożonego na niego, z mocy §

8 „Umowy o świadczenie [...]”, obowiązku zapewnienia, w razie swojej nieobecności, ciągłości świadczenia.

Z kolei, w wypadku „*odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych*”, jako nieuzasadnioną traktuje się każdą rezygnację z ich wykonywania przed upływem czasu, na jaki zawarto umowę, bez podania powodu, który skutkowałby niemożnością dalszego jej wykonywania.

5. Równie dyskusyjna jest podnoszona we wniosku Izby kwestia osiągnięcia nienależnych korzyści z tytułu wprowadzenia do umów kwestionowanych postanowień. Miałyby one, jak wynika to *implicite* z pism skarżonej, pochodzić z trzech źródeł, a mianowicie z:

- a. wykonywania przez świadczeniodawców tych badań diagnostycznych, które, nie znajdując pokrycia w przekazanych przez Kasę środkach, byłyby finansowane z „*ich własnych środków*”,
- b. egzekwowania „*rażąco wygórowanych kar*”,
- c. wykorzystania mechanizmu dopuszczającego, w wypadku umów wieloletnich zawieranych ze świadczeniodawcami na podstawie § 16 ust. 2 „Umowy o świadczenie [...]”, „*uzyskiwanie świadczeń zdrowotnych po niezminionej i zaniżonej cenie przez kolejne lata trwania umowy.*”

Korzyści, o których mowa w punktach a-c mają, w istocie, wyłącznie hipotetyczny charakter, a to dlatego, że:

- a. Nie sposób przyjąć, by świadczeniodawcy, oferujący usługi z zakresu stomatologii, podejmowali decyzje bez uprzedniego dokonania odpowiedniego rachunku dotyczącego ekonomicznej opłacalności ich działalności. Jak podniosła Kasa, w piśmie z dnia 19 stycznia 2001r., w każdym wypadku przedsiębiorca ubiegający się o zawarcie kontraktu ma zarówno wiedzę co do rodzaju świadczeń, które – w jego ramach – będzie musiał wykonać (wynikającą m.in. z treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11 sierpnia 2000r. w sprawie wykazu podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa [...]), jak rozeznanie w zakresie poziomu kosztów prowadzenia przez niego przedmiotowej działalności. W tej sytuacji można podzielić pogląd, iż „*w związku z tym, że zakres usług jest określony przepisem, a koszty prowadzeni gabinetu stomatologicznego (w tym mieszczą się badania diagnostyczne) znane są indywidualnie oferentowi – propozycja, iż w stawce mieszczą się badania diagnostyczne jest uzasadniona ekonomicznie, ale również wynika z wiedzy specjalistycznej każdego lekarza stomatologa.*” Mając na względzie wiedzę, jaką dysponuje świadczeniodawca przystępujący do konkursu ofert, trudno zatem przyjąć, by świadomie decydował się na zawarcie niekorzystnego dla siebie kontraktu, tym bardziej, że to on, a nie Kasa, proponuje „*stawkę wyjściową do negocjacji*”.
- b. Jak dotąd, tj. w okresie 3 lat od wprowadzenia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii Kasa nie nałożyła żadnych kar z tytułu zaniechani badań diagnostycznych stomatologicznych, ani żadnych innych kar umownych, o których mowa we

wniosku o wszczęcie niniejszego postępowania, a w wypadku potrącenia nadpłaty, o której mowa w § 15 ust. 1 pkt 3 „Umowy o świadczenie [...]”, nie skorzystała nawet z możliwości nałożenia na świadczeniodawcę kary w wysokości dwukrotności dokonanej przez Kasę nadpłaty.

- c. Mechanizm dopuszczający objęcie umową dłuższego niż roczny okres jej obowiązywania ma tę własność, iż, w istocie, w sposób dorozumiany, aczkolwiek niejawni, wprowadza do kontraktu możliwość rozliczania go w całym okresie obowiązywania – według stałej stawki minimalnej (i, jak się wydaje, obie strony umowy powinny mieć świadomość tego). Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż ta okoliczność znajduje swoją rekompensatę nie tylko w gwarancji trwania kontraktu przez okres, o którym mowa w § 16 ust. 1, bez konieczności ponownego udziału w procedurach konkursowych w poszczególnych latach jego obowiązywania (a także niepewności co do warunków oferowanych przez Kasę i wyniku postępowania konkursowego), ale również w, dopuszczonej brzmieniem § 16 ust. 2, możliwości renegotjacji wysokości stawki i uzyskania korzystniejszych jego warunków. Nadto, w sytuacji kiedy świadczeniodawca nie będzie akceptował w kolejnym okresie rozliczeniowym stawki uzyskanej w poprzednim okresie, może, odstąpiwszy od wykonywania dotychczasowej umowy (zgodnie z § 17 ust. 1), wziąć udział w kolejnym postępowaniu konkursowym.

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, mając na względzie brak koniunkcji przesłanek niezbędnych do tego, by uznać, iż Zachodniopomorska Regionalna Kasa Chorych z siedzibą w Szczecinie dopuściła się naruszenia zakazu, o którym mowa w art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie [...], orzekł, jak w sentencji.

POUCZENIE: Od niniejszej decyzji przysługuje stronom odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Antymonopolowego w terminie 14 dni od daty jej doręczenia, za pośrednictwem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów Delegatury w Gdańsku

Z upoważnienia Prezesa UOKiK
Dyrektor Delegatury UOKiK w Gdańsku
Roman Jarząbek