

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 marca 2014 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w składzie:

Przewodniczący:	<i>SSO Małgorzata Perdion-Kalicka</i>
Protokolant:	sekretarz sądowy Jadwiga Skrzyńska

po rozpoznaniu w dniu 14 marca 2014 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z odwołania ***(...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W.***

przeciwko ***Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów***

przy udziale zainteresowanych: E. D. (1), M. K. (1), wspólników Spółki cywilnej (...) w S., Zakładu (...) Sp. z o.o. w P., T. W., Spółdzielni Kółek Rolniczych w B., L. M., (...) Sp. z o.o. w K., Zakładu (...) Sp. jawna J.M.E.K. W. w B., G. M. i S-ka Sp. jawna w G., (...) Sp. z o.o. (dawniej (...) Sp. z o.o. w Ł.), (...) Sp. z o.o. w J., (...) Sp. z o.o. w N., P. C. A. P., (...) Sp. jawna w P., B. K., Z. A., Przedsiębiorstwa Produkcji Handlu i Usług (...) Sp. z o.o. w R., P. B.B. (...) Sp. jawna w K., E. B., P. N. i M. N. wspólników PPHU (...) s.c. w B., J. W. (1) i M. G. (1), następców prawnych „Przedsiębiorstwa Handlowo – Usługowego (...), J. W. (1), M. G. (1)” Sp. jawna w K.

o uznanie praktyk za naruszające konkurencję oraz za niezgodne ze wspólnym rynkiem i o nałożenie kary pieniężnej

na skutek odwołania od decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 25 października 2007 r. Nr (...)

I. oddala odwołanie;

II. zasądza od (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwotę 600,00 (sześćset) zł tytułem kosztów postępowania;

III. zasądza od (...) Zakładu (...) na (...) Spółka Akcyjna w W. na rzecz E. D. (1), M. K. (1), wspólników Spółki cywilnej (...) w S., Zakładu (...) Sp. z o.o. w P., T. W., Spółdzielni Kółek Rolniczych w B., L. M., (...) Sp. z o.o. w K., Zakładu (...) Sp. jawna J.M.E.K. W. w B., G. M. i S-ka Sp. jawna w G., (...) Sp. z o.o. (dawniej (...) Sp. z o.o. w Ł.), (...) Sp. z o.o. w J., (...) Sp. z o.o. w N., P. C. A. P., (...) Sp. jawna w P., B. K., Z. A., P. B.B. (...) Sp. jawna w K., E. B., P. N. i M. N. wspólników PPHU (...) s.c. w B. kwotę 600,00 (sześćset) zł tytułem kosztów postępowania.

SSO Małgorzata Perdion-Kalicka

Sygn. akt XVII AmA 131/13

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 25 października 2007r. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów po przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego na wniosek: (...) Sp. z o. o. z siedzibą w P., T. W. prowadzącego działalność gospodarczą pod nazwą (...) z siedzibą w M., J. W. (1) i M. G. (1) prowadzących działalność gospodarczą pod nazwą (...) s.c. J. W. & M. G. z siedzibą w K., E. B., P. N., M. N. prowadzących działalność gospodarczą pod nazwą PPHU (...) s.c. E. B., P. N., M. N. z siedzibą w B., Spółdzielni Kólek Rolniczych z (...) w B., L. M. prowadzącego działalność gospodarczą pod nazwą Zakład (...) - L. M. z siedzibą w T., B. P. (1), B. P. (2) prowadzących działalność gospodarczą pod nazwą R. (...) B. s.j. P. B. (1), P. B. (2) z siedzibą w K., E. D. (1) i M. K. (2) prowadzących działalność gospodarczą pod nazwą Zakład Usługowo-Produkcyjny (...) s.c. z siedzibą w S., (...) Sp. z o. o. z siedzibą w Ł., (...) Sp. z o. o. z siedzibą w J. przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S. A. z siedzibą w W. (dalej: (...)), pod zarzutem stosowania praktyk ograniczających konkurencję, określonych w art. 8 ust. 1 i ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (dalej: duokik) oraz art. 82 TWE:

I. Na podstawie art. 9 duokik w zw. z art. 131 ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (dalej: uokik),

1. uznał za ograniczającą konkurencję i naruszającą zakaz, o którym mowa w art. 8 ust. 2 pkt 5 duokik, praktykę (...) polegającą na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce poprzez przeciwdziałanie ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji w drodze działań (...), polegających na wprowadzeniu i utrzymywaniu w systemie grupowych ubezpieczeń pracowniczych „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P” (dalej: (...)) zatwierdzonych uchwałą nr 93/92 Zarządu (...) z dnia 7 grudnia 1992r., utrudniających zmianę przez ubezpieczających (pracodawców) ubezpieczyciela na skutek:

- wprowadzenia wymogu wyrażania zgody na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia grupowego przez pracowników, pomimo że pracownicy nie są stroną umowy,

- rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia i obciążania ubezpieczającego (pracodawcę) składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia i nakazał zaniechanie jej stosowania.

2. Uznał za ograniczającą konkurencję i naruszającą zakaz, o którym mowa w art. 8 ust. 2 duokik, praktykę (...) polegającą na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce poprzez przerzucanie na ubezpieczającego (pracodawcę) ryzyka finansowego wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie i nakazał zaniechanie jej stosowania.

II. Na podstawie art. 3 i art. 5 w zw. z art. 35 Rozporządzenia Rady (WE) nr 1/2003 z dnia 16 grudnia 2002r. w sprawie wprowadzenia w życie przepisów o konkurencji ustanowionych w art. 81 i 82 TWE, jak również na podstawie art. 9 i art. 24 ust. 1a duokik w zw. z art. 131 uokik,

1. uznał za niezgodną ze wspólnym rynkiem i naruszającą zakaz wyrażony w art. 82 TWE praktykę nadużywania przez (...) pozycji dominującej na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce, która wpływa na handel między państwami członkowskimi, poprzez przeciwdziałanie ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji w drodze działań (...), polegających na wprowadzeniu i utrzymywaniu w systemie grupowych ubezpieczeń pracowniczych „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P” zatwierdzonych uchwałą nr 93/92 Zarządu (...) z dnia 7 grudnia 1992r., utrudniających zmianę przez ubezpieczających (pracodawców) ubezpieczyciela na skutek:

- wprowadzenia wymogu wyrażania zgody na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia grupowego przez pracowników, pomimo że pracownicy nie są stroną umowy,

- rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia i obciążania ubezpieczającego (pracodawcę) składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia i nakazał zaniechanie jej stosowania.

2. uznał za niezgodną ze wspólnym rynkiem i naruszającą zakaz wyrażony w art. 82 TWE praktykę nadużywania przez (...) pozycji dominującej na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce, które wpływa na handel między państwami członkowskimi, poprzez przerzucanie na ubezpieczającego (pracodawcę) ryzyka finansowego wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie i nakazał zaniechanie jej stosowania.

III. Na podstawie art. 3 i art. 5 w zw. z art. 35 Rozporządzenia Rady (WE) nr 1/2003 z dnia 16 grudnia 2002r. w sprawie wprowadzenia w życie przepisów o konkurencji ustanowionych w art. 81 i 82 TWE, jak również na podstawie art. 101 ust. 1 pkt 1 i 2 duokik w zw. z art. 131 ust. 1 uokik, wobec stwierdzenia stosowania praktyk ograniczających konkurencję w zakresie wskazanym w punkcie I i II sentencji niniejszej decyzji, nałożył na (...) karę pieniężną w wysokości 50.361.080 zł płatną do budżetu Państwa.

IV. Na podstawie art. 90 duokik i w zw. z art. 131 ust. 1 uokik nadał niniejszej decyzji w punkcie I rygor natychmiastowej wykonalności.

V. Na podstawie art. 69 ust. 1 w zw. z art. 75 duokik i w zw. z art. 131 ust. 1 uokik uwzględniając wynik postępowania antymonopolowego opisany w punktach I i II sentencji, postanowił obciążyć (...) kosztami mniejszego postępowania antymonopolowego w wysokości 22.750 zł i zobowiązał do uiszczenia na rzecz Wnioskodawców, tytułem zwrotu kosztów przedmiotowego postępowania.

Prezes UOKiK oparł powyższą decyzję na następujących ustaleniach i rozważaniach:

Wnioskodawcy, prowadząc działalność gospodarczą w formie: spółki z ograniczoną odpowiedzialnością ((...) Sp. z o.o., (...) Sp. z o.o., (...) Sp. z o.o.), spółki cywilnej (J. W. (1) i M. G. (1) prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą (...) s.c., E. B., P. N., M. N. prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą PPHU (...) s.c., Zakład Usługowo - Produkcyjny (...) s.c.), spółki jawnej (R. (...).B. s.j.), Spółdzielni Kółek Rolniczych (która na podstawie art. 11 § 1 ustawy z dnia 16 września 1982 r. Prawo spółdzielcze - Dz. U. z 2003 r. Nr 188, póź. 1848 posiada osobowość prawną oraz na podstawie art. 180 tej ustawy jest podmiotem świadczącym usługi dla rolnictwa) oraz we własnym imieniu na podstawie zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej ((...) T. W., Zakład (...) L. M.), spełniają kryteria definicji przedsiębiorcy w rozumieniu art. 4 pkt 1 ustawy antymonopolowej. Zdaniem organu, wykazali oni, zgodnie z art. 84 ust. 1 pkt 1 ustawy antymonopolowej, swój interes prawny do występowania z wnioskiem o wszczęcie postępowania antymonopolowego.

Prezes Urzędu ustalił, że każdy z ww. Wnioskodawców zawarł z (...) umowę grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie na warunkach określonych w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P z dnia 7 grudnia 1992 r. W przypadku rezygnacji ubezpieczonych pracowników z ubezpieczenia w (...) i podjęcia zamiaru zmiany ubezpieczyciela, Wnioskodawcy w wyniku stosowanego przez (...) systemu, którego funkcjonowanie opiera się na zasadach przewidzianych w starych (...), obciążani byli w postępowaniach sądowych i egzekucyjnych kosztami wynikającymi ze składek za pracowników za 3-miesięczny okres wypowiedzenia umowy (...).

W toku postępowania antymonopolowego szczegółowo ustalono zasady funkcjonowania grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie na podstawie starych i nowych (...). Stwierdzono, że (...) zawierał umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P na podstawie starych (...) w okresie od 1 stycznia 1993 r. do 31 grudnia 2003 r. Umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie na podstawie powyższych (...) kontynuowane były również po 31 grudnia 2003 r.

Prezes ustalił w szczególności, że zgodnie ze starymi (...), umową ubezpieczenia pracowniczego typ P objęci są pracownicy zatrudnieni przez ubezpieczających ich pracodawców. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie

ubezpiezonego pracownika i współubezpieczonych (tj. objętych ubezpieczeniem członków rodziny ubezpiezonego pracownika) oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków, powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpiezonego (§ 3 starych (...)). Ww. umowa przewiduje w zamian za opłacaną przez pracownika składkę, wypłatę świadczeń (w dacie powstania danego zdarzenia) m.in. w razie zaistnienia: zgonu ubezpiezonego, nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon ubezpiezonego lub trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpiezonego, zgonu współubezpieczonych (małżonka, dziecka, noworodka martwo urodzonego, rodziców ubezpiezonego oraz rodziców małżonka), urodzenia się dziecka ubezpieczonemu. Przedmiotowe umowy grupowych ubezpieczeń pracowniczych zawierane były przez (...) z zakładami pracy, a nie bezpośrednio z ubezpieczonymi pracownikami (§ 1 starych (...)). Pracownicy przystępowali do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji zgody na formularzu (...) i wyrażali zarazem zgodę na potrącanie przez zakład pracy (pracodawcę) składek za ubezpieczenie z wynagrodzenia za pracę (§ 12 ust. 1 starych (...)). Stroną umowy ubezpieczenia był, z jednej strony ubezpieczyciel - (...), z drugiej - ubezpieczający (zakład pracy). W ramach przedmiotowej umowy składki ubezpieczeniowe płacone są przez ubezpieczonych pracowników (poprzez potrącanie z wynagrodzenia pracownika - za ich zgodą) i przekazywane są co miesiąc (z góry) przez ubezpieczającego pracodawcę do (...) wraz z rozliczeniem miesięcznym (§19 starych (...)).

Według ustaleń pozwanego, analizowana umowa może być rozwiązana zgodnie z § 16 starych (...) w drodze wypowiedzenia na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia przez:

- ubezpieczającego (zakład pracy) - pod warunkiem, że co najmniej 75% ubezpieczonych pracowników wyrazi uprzednio zgodę pisemną na rozwiązanie umowy (§16 ust. 1 pkt 1 starych (...)),

- (...), w przypadkach określonych w § 16 ust. 1 pkt 2 - w razie:

- gdy procent ubezpieczonych w odniesieniu do liczby zatrudnionych jest mniejszy od wymaganego minimum (tj. w zakładach pracy zatrudniających od 3 do 15 pracowników -100% zatrudnionych, zakładach pracy zatrudniających od 16 do 500 pracowników - nie mniej niż 75% zatrudnionych, w zakładach pracy zatrudniających powyżej 500 pracowników - nie mniej niż 60% zatrudnionych), albo
- nie przekazywania składek w terminie przez ubezpieczającego, albo
- nie nadsyłania przez ubezpieczającego bieżąco rozliczeń miesięcznych.

Organ ustalił, że zgodnie z § 16 ust. 2 starych (...), w przypadkach określonych w § 16 ust. 1 pkt 2 tych (...), ubezpieczający (zakład pracy) jest obowiązany do przekazywania (...) składki do końca okresu wypowiedzenia, a więc przez 3 miesiące. Równocześnie stare (...) przewidują (§ 24 pkt 5), że w odniesieniu do poszczególnych ubezpieczonych odpowiedzialność (...) wygasa, między innymi, w razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia - z upływem ostatniego miesiąca kalendarzowego, za który opłacono składkę, najpóźniej jednak z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia (§ 16). Prezes wskazał, że powyższy zapis a także zapisy zawarte w § 19 starych (...) pozwalają (...) na występowanie do ubezpieczających o zapłatę składek za ubezpieczonych za okres wypowiedzenia. Zauważył również, że możliwość dokonania przez pracodawcę potrącenia składki z wynagrodzenia za pracę pracownika, wynikająca z przepisów: art. 87 § 1 kodeksu pracy, zgodnie z którym z wynagrodzenia za pracę podlegają potrąceniu tylko określone w nim należności (składka ubezpieczeniowa nie została w nim wymieniona) i art. 91 kodeksu pracy, zezwalającego na potrącanie z wynagrodzenia innych należności niż wymienione w art. 87 § 1 kodeksu pracy, jedynie za zgodą pracowników wyrażoną na piśmie, powoduje że to ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty ochrony ubezpieczeniowej, z której zrezygnowali ubezpieczeni. W toku postępowania antymonopolowego ustalono, że w każdej z sytuacji przedstawionych w § 16 ust. 1 pkt 1 i 2 starych (...) domaga się na drodze sądowej zapłaty składek za okres wypowiedzenia.

W oparciu o informacje przekazane przez wnioskodawców Prezes przyjął, że w przypadku rezygnacji większości lub wszystkich pracowników w danym zakładzie pracy z ubezpieczenia grupowego w (...), w sytuacji gdy pracownicy złożyli pisemne oświadczenia o rezygnacji i jednoczesnym cofnięciu swojej zgody na dalsze potrącanie składek

ubezpieczenia z wynagrodzenia, pracodawcy, zgodnie z ww. przepisami kodeksu pracy, nie mieli możliwości prawnych potrącania składek ubezpieczenia celem przekazania ich do (...). Pracodawcy byli wówczas - jako strona umowy ubezpieczenia zawartej z (...), wzywani przez (...) do zapłaty zaległych składek za pracowników za okres trzech miesięcy, a w przypadku nie zapłacenia - (...) dochodził zapłaty tych składek na drodze sądowej.

Organ antymonopolowy przyjął również, że sytuacje, gdy rezygnujący z ubezpieczenia w (...) pracownicy stanowią większość lub 100% ubezpieczonych danego zakładu pracy, a pracodawca nie wypowiada umowy, (...) traktuje jako wypowiedzenie umowy lub sam wypowiada umowę i występuje do pracodawców (i egzekwuje na drodze sądowej) o zapłatę składek za 3-miesięczny okres wypowiedzenia, począwszy od miesiąca, za który nie została opłacona składka. Dochodzenie przez (...) zapłaty składek za ww. okresy następuje również w przypadku wypowiedzenia przez pracodawcę umowy ubezpieczenia w związku z rezygnacją pracowników z ww. ubezpieczenia, zaś sądy zasądzają sporne kwoty na rzecz (...). W sytuacji natomiast pojedynczych przypadków rezygnacji pracowników z ubezpieczenia w (...) (nie wskazujących na zamiar wystąpienia większości pracowników lub całej grupy z ubezpieczenia w (...)), gdy pracodawca nie rozwiązuje umowy ubezpieczenia w odniesieniu do pozostałych pracowników, (...) nie egzekwuje składek za pracowników, którzy wycofali się z ubezpieczenia. Z dowód stanowiący potwierdzenie stosowania ww. działań (...) uznał Prezes treść zarządzenia nr (...) Prezesa Zarządu (...) z dnia 17.09.2003 r. w sprawie wprowadzenia „Procedury postępowania w przypadku zaległości w opłacie składek w grupowym ubezpieczeniu pracowniczym typ P”. W ocenie Prezesa UOKiK, powyższe działania (...), jak również wymóg (§ 16 ust. 1 pkt 1 starych (...)) uzyskania zgody co najmniej 75% ubezpieczonych pracowników na rozwiązanie umowy z (...) przez zakład pracy, utrudniają (a w przypadku nie uzyskania ww. poziomu akceptacji pracowników - uniemożliwiają) ubezpieczającym pracodawcom zmianę ubezpieczyciela, nawet jeżeli powezmą oni zamiar zmiany ubezpieczyciela, w przypadku oferowania przez inne zakłady ubezpieczeń, warunków bardziej korzystnych niż (...). Przedmiotowe Działania (...) ograniczają jednocześnie innym zakładom ubezpieczeń dostęp do świadczenia umów grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie i pozyskiwania nowych klientów. Pozwany wskazał, że dodatkową trudność w zmianie ubezpieczyciela stanowi „utrzymywanie” przez (...) pracowników zatrudnionych w zakładach pracy posiadających umowę grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P, którzy zajmują się obsługą powyższego ubezpieczenia.

Organ antymonopolowy ustalił, że z dniem 1 stycznia 2004 r. podstawą zawieranych przez (...) umów grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie stały się Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie typ P, zatwierdzone uchwałą nr (...) zarządu (...) z dnia 26 listopada 2003 r. W nowych (...), (...) dokonał szeregu zmian, m.in. w zakresie zapisów dotyczących problemów, będących przedmiotem niniejszego postępowania. Pozwany ustalił w szczególności, iż nowe (...) nie przewidują już zapisu dotyczącego wymogu wyrażenia zgody co najmniej 75% pracowników na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia, a będącego m.in. przedmiotem niniejszego postępowania. Inaczej również traktują one problem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do ubezpieczonego. Między innymi przewidziano 1 miesięczne rozciągnięcie ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku zaprzestania płacenia składek, a nie jak to ma miejsce w starych (...) 3 miesięcznej ochrony. Przewidziano w nich również możliwość ustania ochrony ubezpieczeniowej w przypadku rezygnacji ubezpieczonego (z upływem okresu za jaki przekazano składkę).

Według ustaleń pozwanego, nowe (...) mają zastosowanie jedynie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od 1 stycznia 2004 r. Natomiast umowy zawarte do 31 grudnia 2003 r. i kontynuowane po tej dacie funkcjonują na podstawie starych (...) mimo, iż jak (...) informował organ w trakcie postępowania (m.in. w piśmie z dnia 20.07.2006 r.), podejmuje on działania na rzecz zmiany tej sytuacji. Działania te polegają na aneksowaniu starych umów poprzez zastępowanie umowami działającymi na podstawie nowych (...), bądź na aneksowaniu starych umów w taki sposób, aby ze starych (...) wyeliminować postanowienie § 16 ust.1 pkt 1, mówiące o konieczności wyrażenia zgody przez co najmniej 75% pracowników na wypowiedzenie umowy przez ubezpieczającego, co zgodne jest z uchwałą Zarządu (...) nr (...)/2005 z dnia 18.11.2005 r.

Prezes stwierdził, że w aneksowanych umowach wprowadzany jest w § 24 starych (...) zapis rozszerzający wachlarz zdarzeń dotyczących wygaśnięcia odpowiedzialności (...) o przypadek rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia,

w którym odpowiedzialność (...) w odniesieniu do poszczególnych ubezpieczonych wygasa z upływem miesiąca kalendarzowego, za który opłacona została ostatnia składka.

Uwzględniając informacje (...), iż na podstawie starych nie aneksowanych (...) działa wciąż 20% przedmiotowych umów stwierdził, iż w dalszym ciągu mimo istniejącej możliwości i deklaracji zmiany, w (...) funkcjonują grupowe ubezpieczenia pracownicze działające na podstawie starych niezmienionych (...). Ponadto (...) nie udowodnił, że wszystkie umowy działające w oparciu o stare (...) zostały aneksowane w ww. zakresie i nie przedstawił przekonujących dowodów, iż zwracał się z ofertą zmiany umów w przedmiotowym zakresie do wszystkich ubezpieczających posiadających umowy funkcjonujące w oparciu o stare (...).

Decyzja w niniejszej sprawie została wydana na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów, zgodnie z art. 131 ust. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, póź. 331), według którego do postępowań wszczętych na podstawie ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów i niezakończonych do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

W oparciu o art. 1 ust. 1 i 2 ustawy antymonopolowej, Prezes UOKiK uznał, że w niniejszej sprawie wykazano naruszenie interesu publicznoprawnego przez (...). Uzasadnia to, w jego ocenie, okoliczności iż ubezpieczyciel mając zagrożone swoje interesy pozywa ubezpieczających (pracodawców) najczęściej wtedy, gdy dochodzi do masowej rezygnacji z grupowego ubezpieczenia przez pracowników, gdy ci postanawiają przystąpić do ubezpieczenia w innym zakładzie ubezpieczeń. Powyższe działania (...) dotyczą ubezpieczających (pracodawców) na terenie całej (...), mają zatem charakter masowy na skalę ogólnokrajową.

(...) poprzez swoje działania w sposób sztuczny stwarza bariery dostępu do usług świadczonych przez inne podmioty na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Takie postępowanie (...) mające na celu zabezpieczenie własnego interesu i utrzymania pozycji dominanta na rynku właściwym, a które w konsekwencji ogranicza możliwości podejmowania walki konkurencyjnej przez inne podmioty prowadzące działalność na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, jak też praktyki mające charakter eksploatacyjny w stosunku do ubezpieczających pracodawców, wskazują na istnienie zagrożenia interesu publicznoprawnego.

W dalszej kolejności pozwany zdefiniował rynek właściwy w niniejszej sprawie, przyjmując, że ustalenie to ma kluczowe znaczenie dla oceny, czy zachowanie przedsiębiorcy jest zakazane. W opinii organu antymonopolowego uzasadnione wydaje się przyjęcie w sprawie jako rynku właściwego produktowo - rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Rynek ten obejmuje ubezpieczenia ochronne (tzw. tradycyjne) pracowników, tj. ubezpieczenia życia ubezpieczonych pracowników oraz w różnym zakresie zdrowia ubezpiezonego i życia bądź zdrowia współubezpiezonego (tj. członków rodziny ubezpiezonego). Określając przedmiotowy rynek, Prezes przyjął, że podstawowe znaczenie dla jego zdefiniowania ma ocena substytucyjności towarów. W tym zakresie pozwany ustalił, że (...) prowadzi działalność w zakresie określonym w dziale I załącznika do ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, póź. 1151 ze zm.), tj. w obszarze ubezpieczeń na życie, obejmujących grupy:

- 1- ubezpieczenia na życie,
- 2- ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci,
- 3- ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym,
- 4- ubezpieczenia rentowe,
- 5- ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ww. ubezpieczeń.

Stwierdził, że ubezpieczenia na życie nie stanowią jednorodnej grupy. Zarówno w praktyce zakładów ubezpieczeń, jak i w powołanej przez organ literaturze fachowej, rozróżniane są dwa zasadnicze typy ubezpieczeń na życie: ubezpieczenia

indywidualne i ubezpieczenia grupowe typu pracowniczego. Ubezpieczenia powyższe w istotnym stopniu różnią się między sobą. Prezes UOKiK wskazał, że z badania zachowań towarzystw ubezpieczeń na życie w zakresie prowadzenia grupowych ubezpieczeń pracowniczych, przeprowadzonego przez organ antymonopolowy w ramach postępowania wyjaśniającego, którym objęto 33 zakłady ubezpieczeń na życie działające w Polsce, wg stanu na miesiąc grudzień 2004r., wynika, że ubezpieczenia grupowe na życie są zdecydowanie innymi produktami niż ubezpieczenia indywidualne na życie. Wśród ubezpieczeń grupowych na życie - grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie stanowią odrębny produkt ubezpieczeniowy i ubezpieczenia indywidualne na życie nie są dla nich substytutem. Powyższe ustalenia organu antymonopolowego wynikają z analizy informacji przekazanych przez badane zakłady ubezpieczeń, wskazujących na różnice istniejące pomiędzy grupowymi ubezpieczeniami na życie, w tym grupowymi ubezpieczeniami pracowniczymi na życie a indywidualnymi ubezpieczeniami na życie, powodujące, iż powyższe rodzaje ubezpieczeń są uznawane zarówno przez zakłady ubezpieczeń (ubezpieczycieli) jak i przez ich klientów (ubezpieczających i ubezpieczonych) za produkty różne, które nie są zastępowalne. Według pozwanego, najistotniejsze różnice występujące pomiędzy nimi odnoszą się do konstrukcji produktu, zakresu dostępnych ryzyk, struktury opłat związanych z produktem, sposobu oceny ryzyka, techniki sprzedaży, i w szczególności dotyczą – dokładnie opisanych w uzasadnieniu decyzji – stron umowy ubezpieczenia, sposobu kalkulacji składek ubezpieczeniowych, zasad oceny ryzyka, sposobu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości świadczeń z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości składki (ceny ubezpieczenia), sposobu dystrybucji i zdobywania klienta oraz zawierania umów, sposobu wypłaty świadczeń oraz możliwości zastosowania w ubezpieczeniach grupowych konstrukcji indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia. Zdaniem Prezesa UOKiK, wskazane przez niego różnice, a zwłaszcza: zakres podmiotowy ubezpieczeń, zakres zdarzeń objętych ubezpieczeniem, koszty ubezpieczenia (standardowe sumy ubezpieczenia i składki) oraz wymogi dotyczące zawarcia umowy ubezpieczenia, powodujące, że inni są adresaci ubezpieczeń grupowych i indywidualnych, stanowią zarazem kryteria podziału ubezpieczeń na życie na: indywidualne i grupowe i są istotnymi czynnikami przy wyborze rodzaju ubezpieczenia przez konsumenta. Ww. różnice istniejące pomiędzy grupowymi ubezpieczeniami a ubezpieczeniami indywidualnymi, pomimo istnienia pewnych cech wspólnych, będących konsekwencją tego, że dotyczą ubezpieczeń na życie, są na tyle istotne, że ze względu na inne grupy ubezpieczonych - w ocenie organu antymonopolowego uzasadnione jest wyodrębnienie rynków produktowych w omawianym obszarze.

Rozpatrując ubezpieczenia grupowe z punktu widzenia popytowego, w ramach ubezpieczeń grupowych na życie, pozwany stwierdził, że zakłady ubezpieczeń w Polsce oferują między innymi następujące rodzaje tych ubezpieczeń: grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie, grupowe ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym, grupowe ubezpieczenia emerytalne oraz grupowe ubezpieczenia bankowe (tzw. bancassurance), a których istotę opisał w uzasadnieniu decyzji.

Uwzględniając kryteria definicji rynku właściwego, wskazane powyżej rodzaje ubezpieczeń grupowych na życie, stanowią w ocenie organu antymonopolowego odrębne produkty i z uwagi na ich przeznaczenie, właściwości, oraz pełnione funkcje nie mogą być uznawane przez nabywców za substytuty, a każdy z ww. rodzajów ubezpieczeń należy potraktować jako odrębny rynek produktowy. Jednocześnie Prezes podniósł, że specyfiką rynku polskiego są grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie, które w odróżnieniu od indywidualnych ubezpieczeń na życie gwarantują szeroką ochronę ubezpieczeniową przy niskiej składce, a w większości produktów tego typu, składka i suma ubezpieczenia jest jednolita dla całej grupy i określana jest kwotowo.

Dokonując ustalenia rynku właściwego asortymentowo Prezes Urzędu podkreślił fakt długotrwałego działania (...) na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Długotrwałość działania (...) na ww. rynku i związane z tym długotrwałe istnienie świadomości i przyzwyczajzeń klientów (zakładów pracy i ubezpieczonych), w ocenie organu, stanowią istotne bariery wejścia dla innych zakładów ubezpieczeń zamierzających wejść na ten rynek.

Analizując problem substytucyjności podaźowej powyżej określonego rynku właściwego, Prezes podkreślił, iż na rynku tym nie występują żadne ograniczenia (techniczne i inne) odnośnie oferowania grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie przez inne zakłady ubezpieczeń na życie, jednakże istnienie wskazanych powyżej barier wejścia na ten rynek powoduje, że nie występuje istotna substytucyjność po stronie podaży pomiędzy pracowniczymi

ubezpieczeniami grupowymi, a pozostałymi produktami ubezpieczeniowymi. Jakkolwiek bowiem inni producenci działający na rynku ubezpieczeniowym mogą stworzyć i zaoferować produkty analogiczne do ubezpieczenia grupowego oferowanego przez (...), niemniej jednak, z uwagi na wskazane wyżej bariery wejścia na rynek właściwy, dotarcie przez nich do klientów jest w dużym stopniu utrudnione. Zdaniem Prezesa, nie można zatem oczekiwać, że reakcją na podniesienie cen na rynku ubezpieczeń grupowych powyżej konkurencyjnego poziomu byłoby wejście na rynek (lub rozszerzenie już proponowanej oferty) pracowniczych ubezpieczeń grupowych przez pozostałe przedsiębiorstwa działające w sektorze ubezpieczeniowym, które uczyniłoby taką podwyżkę nieopłacalną. Tym samym należy jego zdaniem przyjąć, iż substytucyjność podaźowa nie stanowi okoliczności, która wpływałaby na ograniczenie siły rynkowej hipotetycznego monopolisty na rynku pracowniczych ubezpieczeń grupowych, a przez to na zakres produktowego rynku właściwego.

Pozwany podkreślił jednocześnie, że przyjęcie rynku właściwego produktowo jako rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, zgodne jest zarówno z praktyką Komisji Europejskiej, jak i orzecznictwem polskiego Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów i odwołał się w tym zakresie do konkretnych przykładów.

W ocenie Prezesa UOKiK, rynkiem właściwym geograficznie dla grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, jest rynek krajowy w Polsce. W uzasadnieniu zaskarżonej decyzji przyjęto, że rynek właściwy terytorialnie jest obszarem geograficznym, na którym panują dla przedsiębiorcy zbliżone warunki konkurencji na ustalonym rynku produktowym. Zasięg rynku geograficznego w szczególności uzależniony jest od: barier wejścia na rynek (prawnych, ekonomicznych, technicznych), cech towaru (usługi), preferencji nabywców.

Pozwany stwierdził, że grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie oferowane i świadczone są na terenie całej (...) przez zakłady ubezpieczeń na życie, a wykonywanie działalności ubezpieczeniowej (w tym ubezpieczeń na życie) uregulowane jest w Polsce przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i zgodnie z nimi (art. 6 ust. 1) wymaga uzyskania przez zakład ubezpieczeń zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego (poprzednio - Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych). Wyjątek stanowią zagraniczne zakłady ubezpieczeń z krajów członkowskich Unii Europejskiej, które po dniu 1 maja 2004 r. mogą prowadzić w Polsce działalność poprzez oddziały lub w innej formie (np. transgranicznie) po spełnieniu procedur informacyjnych w polskim organie nadzoru rynku ubezpieczeniowego. Prezes wskazał, że mimo swobody świadczenia usług ubezpieczeniowych na terytorium UE i wynikającej z niej możliwości świadczenia ubezpieczeń przez zakłady zagraniczne z państw członkowskich w Polsce, jak i świadczenia usług ubezpieczeniowych przez polskie zakłady na terenie UE, zdaniem zarówno Wnioskodawców, jak i w opinii badanych w trakcie postępowania wyjaśniającego zakładów ubezpieczeń działających w Polsce, rynkiem właściwym w ujęciu geograficznym w niniejszej sprawie jest rynek krajowy. Ze względu na specyfikę odbiorcy (grupa pracowników zatrudnionych przez pracodawcę, który zawiera umowę ubezpieczeniową na rzecz tych pracowników), grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie są oferowane i zawierane na rynku krajowym, na terenie całej (...) przez zakłady ubezpieczeń obecne w Polsce w sensie organizacyjnym, w tym również przez oddziały zakładów zagranicznych z krajów UE. Wobec powyższego, pozwany stwierdził, że w odniesieniu do przedmiotowego rynku produktowego działalność zagranicznych zakładów ubezpieczeń pokrywa się w sensie geograficznym z działalnością prowadzoną przez krajowe zakłady ubezpieczeń, w tym (...) i obejmuje obszar (...).

Ponadto Prezes wskazał, że ze względu na specyfikę ubezpieczeń na życie, zakładających długotrwałość istnienia stosunku zobowiązaniowego, czynnik fizycznej obecności ubezpieczyciela na rynku jest istotny dla podejmowania przez klientów decyzji o wyborze ubezpieczyciela. Dodatkowo czynnikiem brany pod uwagę przez klientów jest łatwość egzekwowania należnego ubezpieczenia w przypadku wystąpienia określonej szkody, włącznie z dochodzeniem roszczeń w drodze postępowania sądowego, podczas gdy ubezpieczyciel nieobecny organizacyjnie w Polsce (świadczący usługi transgranicznie), w dużej mierze jest w sytuacjach spornych, poza zasięgiem ubezpieczonego.

Zdaniem organu antymonopolowego, za przyjęciem w przedmiotowej sprawie jako rynku geograficznego - rynku krajowego przemawia także podejście Komisji Europejskiej, co do określania rynku jako krajowego w przypadku istnienia krajowych regulacji dotyczących poszczególnych obszarów działalności gospodarczej, w sytuacji istnienia

zasady swobodnego świadczenia usług na terenie UE. Ponadto, w ocenie Prezesa, zarzut I naruszenia art. 82 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE) nie implikuje określenia rynku geograficznego, jako rynku wspólnotowego. Przeciwnie, zgodnie z pkt 22 Wytycznych Komisji Europejskiej dotyczących koncepcji handlu zawartej w artykułach 81 i 82 TWE - stosowanie kryterium wpływu na handel jest niezależne od określenia geograficznych rynków właściwych. Wpływ na handel pomiędzy państwami członkowskimi może być wywierany także wtedy, gdy rynkiem właściwym jest rynek krajowy lub mniejszy niż krajowy.

Ustalając pozycję (...) na rynku właściwym pozwany przyjął, że do uznania praktyki określonej w art. 8 ust. 2 pkt 5 uokik za ograniczającą konkurencję, zachowanie przedsiębiorcy musi spełniać łącznie następujące przesłanki:

- 1) posiadanie pozycji dominującej na rynku właściwym i
- 2) nadużywanie tej pozycji, poprzez przeciwdziałanie ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji.

Natomiast, zgodnie z art. 4 pkt 9 ustawy antymonopolowej - przez pozycję dominującą rozumie się pozycję przedsiębiorcy, która umożliwia mu zapobieganie skutecznej konkurencji na rynku właściwym przez stworzenie mu możliwości działania w znacznym zakresie niezależnie od konkurentów, kontrahentów oraz konsumentów; domniemywa się, że przedsiębiorca ma pozycję dominującą, jeżeli jego udział w rynku przekracza 40%.

Organ antymonopolowy stwierdził, że według danych z roczników Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, opracowanych przez Komisję Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych za lata: 2002, 2003, 2004, 2005, w Polsce prowadziło działalność w zakresie, określonego w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, działu I (na podstawie posiadanego zezwolenia organu nadzorującego rynek ubezpieczeniowy) w latach: 2002 - 2005, odpowiednio: 35, 35, 32, 32 zakłady ubezpieczeń na życie.

Na rynku właściwym określonym w niniejszej sprawie jako rynek grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce, udział (...) ustalony został przez Prezesa UOKiK na podstawie danych uzyskanych z organu nadzorującego rynek ubezpieczeniowy w Polsce, tj. Komisji Nadzoru Finansowego, poprzednio (...). Na podstawie danych z KNF, pozwany zaprezentował w tabeli informacje dotyczące struktury portfela (...) w zakresie ubezpieczeń grupowych w latach 2002-2005:

1.	wyszczególnienie	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2005 r.
2.					
3.					
Wartość składki przypisanej brutto (...) (rys. zł) (dział I)	4 898 332	5 127 725	5 480 044	6 096 054	
Wartość składki przypisanej brutto (...) z ubezpieczeń grupowych	4 380 029	4 542 068	4 918 657	5 429 790	

(grupy 1 -5) (tyś. zł)					
Wartość składki przypisanej brutto (...) z pracowniczych ubezpieczeń grupowych (tyś. zł)	4109719	4 262 432	4 672 522	4 877 698	
4.	% udział grupowych ubezpieczeń pracowniczych (...) w jego składce przypisanej brutto (dział I) (póz. 3/poz. 1)	83,90%	83,12%	85,26%	80,01%
5.	% udział ubezpieczeń grupowych (...) w jego składce przypisanej brutto (dział I) (póz. 2/poz. 1)	89,42%	88,58%	89,76%	89,07%

Organ antymonopolowy zauważył, że grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie stanowią (biorąc pod uwagę wartość składki przypisanej brutto) ponad 80% portfela wszystkich ubezpieczeń (...). W poszczególnych latach 2002 - 2005 grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie stanowiły w (...) odpowiednio: 83,90%, 83,12%, 85,26%, 80,01% wszystkich ubezpieczeń na życie tego zakładu, według składki przypisanej brutto.

W oparciu o informacje z KNF Prezes ustalił, że do największych konkurentów (...) w zakresie pracowniczych ubezpieczeń grupowych na życie należą: Towarzystwo (...) SA, Towarzystwo (...) SA, (...) Towarzystwo (...) na (...) SA, Towarzystwo (...) SA, (...) na (...) SA. Udział w rynku ww. zakładów zajmujących kolejne po (...) pozycje pod względem udziału w rynku w 2005 r., mierzonym jako udział składki przypisanej brutto pracowniczych ubezpieczeń grupowych danego zakładu w składce przypisanej brutto z pracowniczych ubezpieczeń grupowych we wszystkich zakładach ubezpieczeń na życie oraz liczbą ubezpieczonych w ramach grupowych ubezpieczeń pracowniczych organ przedstawił w następującej tabeli:

	Procentowy udział w rynku grupowych	
--	-------------------------------------	--

	ubezpieczeń pracowniczych na życie					
Zakład ubezpieczeń	(...) SA	(...) SA	(...) SA	(...) SA	(...) SA	(...) SA
udział mierzony wartością składki przypisanej brutto	92,80	1,50	0,90	0,79	0,79	0,57
udział mierzony liczbą ubezpieczonych w ramach grupowych ubezpieczeń pracowniczych	90,86	1,56	1,00	0,68	1,49	0,66

Pozwany stwierdził, że z informacji KNUiFE wynika, iż (...) posiadał na koniec 2005 r. udział w rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, mierzony wartością składki przypisanej brutto, na poziomie 92,80%. W latach poprzednich udział ten kształtował się na podobnym poziomie. W ocenie Prezesa Urzędu, posiadany przez (...) udział w rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce, utrzymujący się na podobnym poziomie od wielu lat, wskazuje, iż rynek ten jest rynkiem ustabilizowanym. Pozwany uznał, że (...) jest na nim niekwestionowanym liderem, a jego udział wynoszący 92,80%, który znacznie przekracza próg 40%, przyjęty w ustawie antymonopolowej, jako domniemanie istnienia pozycji dominującej, wskazuje na jej posiadanie przez (...). Wskazał również, że zgodnie z orzecznictwem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości tak wysoki udział rynkowy sam w sobie stanowi dowód zajmowania przez przedsiębiorcę pozycji dominującej na danym rynku. Organ antymonopolowy podkreślił zarazem, że nawet w przypadku rozszerzenia przyjętego rynku właściwego produktowo i potraktowania go jako rynku ubezpieczeń grupowych na życie, pozycja (...) byłaby na tak szerszym rynku - podobnie silna. Udział rynkowy (...) w grupowych ubezpieczeniach na życie, biorąc pod uwagę wartość składki przypisanej brutto z ubezpieczeń grupowych we wszystkich zakładach ubezpieczeń na życie, w poszczególnych latach 2002 - 2005 kształtuje się na poziomie odpowiednio: 86,80%, 83,78%, 78,20%, 69,50%, przy czym grupowe ubezpieczenia w portfelu (...) stanowiły w poszczególnych latach 2002 - 2005 odpowiednio: 89,42%, 88,58%, 76%, 89,07% ubezpieczeń na życie według składki przypisanej brutto. Biorąc pod uwagę liczbę ubezpieczonych, udział (...) w rynku ubezpieczeń grupowych kształtował się w danym okresie, odpowiednio na poziomie: 77,03%, 65,21%, 64,27%, 57,22%. Zatem również w szerzej przyjętym rynku właściwym, udział (...) znacznie przekracza ww. próg 40%.

Pozwany zaznaczył, że wskazany powyżej udział rynkowy (...) kształtuje się na wysokim poziomie w długim okresie i ukształtowany został historycznie. (...) jest bowiem następcą prawnym i kontynuatorem działalności prowadzonej m.in. w zakresie ubezpieczeń na życie przez działający w Polsce po II wojnie światowej - Państwowy Zakład (...) (wcześniej działający jako: (...) Zakład (...)), który do 1989r. był jedynym zakładem w Polsce świadczącym ubezpieczenia na życie, z czego większość tych ubezpieczeń stanowiły ubezpieczenia grupowe.

Zdaniem organu antymonopolowego, na siłę rynkową posiadaną przez (...) znaczący wpływ mają istniejące bariery prawne i ekonomiczne wejścia na rynek. O ile wskazane powyżej bariery prawne dotyczące m.in. uzyskania zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie ubezpieczeń na życie w Polsce, wynikające z przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie są one istotną barierą wejścia, to w odniesieniu do możliwości rozszerzania skali działania zakładów ubezpieczeń już na nim istniejących, będących konkurentami (...), istotnymi barierami są: wielkość i skala działania - (...) działa na terenie całego kraju; znana, utrwalona marka firmy i długoletni okres funkcjonowania na rynku polskim; specyficzne sposoby obsługi produktów ubezpieczeniowych, w szczególności grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, umożliwiające utrzymywanie przewagi (...) nad konkurentami, polegające na współpracy na zasadach umowy - zlecenia z pracownikami zakładów pracy posiadających umowy grupowego ubezpieczenia z (...) z osobą obsługującą ubezpieczenie grupowe w imieniu i na rzecz (...). W konkluzji pozwany przyjął, że mimo istnienia wielu podmiotów, działających na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce, udział rynkowy (...) rozpatrywany w długim okresie, jest ustabilizowany na bardzo wysokim poziomie, przekraczającym 90% (do 1989 r. (...) był monopolistą), znacząco przekracza 40% próg domniemania posiadania pozycji dominującej. Jednocześnie udział (...) jest znacząco wyższy od jego konkurentów na tym rynku (różnica pomiędzy (...) a drugim z kolei zakładem ubezpieczeń przekracza 90 punktów procentowych), co łącznie z innymi okolicznościami wzmocniającymi pozycję rynkową, jak na przykład: długoletnia działalność na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie (praktycznie od 1945 r.), utrwalona historycznie znana marka oraz sprawnie działająca rozległa sieć dystrybucyjna, a także współpraca z pracownikami obsługującymi u pracodawców grupowe ubezpieczenia pracownicze z (...), wskazuje na posiadanie przez (...) znaczącej siły rynkowej i przewagi konkurencyjnej, która umożliwia mu zapobieganie skutecznej konkurencji na przedmiotowym rynku i pozwala mu działać w dużej mierze niezależnie od konkurentów, kontrahentów i konsumentów. W ocenie organu antymonopolowego dowiedziono zatem, iż pozycja (...) na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce jest ugruntowana, zakład ten dysponuje siłą rynkową znacznie większą niż jego konkurenci i posiada niekwestionowaną pozycję dominującą na tym rynku. Z uwagi na powyższe, należy przyjąć, że spełniona została pierwsza ww. przesłanka, w postaci posiadania pozycji dominującej na przedmiotowym rynku właściwym.

Odnośnie przesłanki nadużywania przez przedsiębiorcę pozycji dominującej Prezes Urzędu uznał, że zarzucaną (...) praktyką ograniczającą konkurencję w rozumieniu art. 8 ust. 2 pkt 5 ustawy antymonopolowej jest nadużywanie pozycji dominującej na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce poprzez przeciwdziałanie ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji w drodze działań (...), polegających na wprowadzeniu i utrzymywaniu w systemie grupowych ubezpieczeń pracowniczych „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P” zatwierdzonych uchwałą (...) Zarządu (...) dnia 7 grudnia 1992 r., utrudniających zmianę przez ubezpieczających ubezpieczyciela na skutek:

- wprowadzenia wymogu wyrażenia zgody na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia grupowego przez pracowników, pomimo że pracownicy nie są stroną umowy,
- rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia i obciążania ubezpieczającego składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

W ocenie pozwanego, stosowanie przez (...) w umowach grupowego ubezpieczenia na życie, zawieranych na ww. warunkach, zapisów utrudniających ubezpieczającym pracodawcom zmianę ubezpieczyciela, ogranicza konkurentom (...) możliwość wejścia na rynek właściwy i rozwój na nim swojej działalności. Utrzymywanie przedmiotowych zapisów nosi bowiem znamiona nadużywania przez (...) pozycji dominującej na przedmiotowym rynku właściwym, poprzez związanie węzłem obligacyjnym ubezpieczającego bez możliwości rozwiązania umowy, jeżeli podjąłby on samodzielną decyzję o jej rozwiązaniu. W przypadku zamiaru ubezpieczającego pracodawcy zmiany ubezpieczyciela. w istotny sposób ograniczają one swobodę kontraktową pracodawców jako strony umowy ubezpieczenia. Uzyskanie przez pracodawcę zgody od ww. większości pracowników w sytuacji zamiaru przejścia do innego, konkurencyjnego wobec (...) zakładu ubezpieczeń, w sposób znaczący utrudnia zmianę ubezpieczyciela, pozbawiając pracodawcę - stroną stosunku umownego, prawa do samodzielnego decydowania o kontynuowaniu zawartej przez niego umowy z (...). W

przypadku braku akceptacji 75% ubezpieczonych pracowników, pracodawca, w sytuacji oferowania korzystniejszych warunków umowy przez inny zakład ubezpieczeń, praktycznie pozbawiony jest możliwości podjęcia decyzji o zmianie ubezpieczyciela. Organ antymonopolowy podzielił stanowisko Wnioskodawców, iż rozwiązanie to mogło mieć cechy ochrony interesów ubezpieczonych w okresie, gdy na rynku polskim działał tylko jeden zakład ubezpieczeń - pośrednik prawny (...) tj. Państwowy Zakład (...). W sytuacji obecnej natomiast, gdy na rynku polskim istnieje konkurencja, powyższe rozwiązanie ogranicza suwerenność pracodawców i samodzielność podejmowanych przez nich decyzji, oddziałując jednocześnie na konkurentów (...), dla których powyższy zapis stanowi jedną z barier swobodnego rozwoju rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie i szerszego uczestnictwa w nim innych niż (...) zakładów ubezpieczeń. Ponadto istnienie tak wysokiego pułapu (75% ubezpieczonych pracowników) dotyczącego wypowiedzenia umowy z (...), mimo iż formalnie nie wyklucza działania w jednym zakładzie równoległe różnych ubezpieczycieli, w praktyce znacząco utrudnia „wejście” do danego pracodawcy.

Prezes stwierdził, że dokonana przez (...) zmiana zapisów ww. § 16 we wprowadzonych z dniem 1 stycznia 2004 r. nowych (...), polegająca na wycofaniu się z powyższego zapisu i dostosowaniu zapisów ogólnych warunków umowy do przepisów kodeksu cywilnego dowodzi posiadania przez (...) pełnej świadomości, co do nielegalności stosowania ww. zapisu. Pomimo to - jak zauważył pozwany - (...) stosował powyższy zapis nadal po dniu 1.01.2004 r. w umowach zawartych przed tą datą na podstawie starych (...). Dopiero na podstawie uchwały Zarządu (...) z dnia 22.06.2005 r. Nr (...) w sprawie „zmiany zasad postępowania w przypadku nieopłacenia składek w okresie wypowiedzenia umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P”, postanowiono nie stosować wymogu zgody 75% ubezpieczonych na wypowiedzenia umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P, niezależnie od potwierdzenia tej zmiany w poszczególnych umowach ubezpieczenia w formie aneksu. Jednocześnie zarząd (...) zobowiązał Dyrektora Zarządzającego Biurami Sprzedaży do niezwłocznego i sukcesywnego zaproponowania ubezpieczającym zawarcia aneksów, w których odstępuje się od wymogu zgody 75% ubezpieczonych na wypowiedzenie umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P. Prezes uznał jednak, że pomimo podjęcia powyższej uchwały oraz stwierdzenia przez pełnomocnika (...) w niniejszym postępowaniu, że powyższy zapis wykreślany jest z funkcjonujących umów i sytuacja ta dotyczy (wg stanu na dzień 20.07.2006 r.) ponad 80% grup pracowniczych, a jego całkowite usunięcie z pozostałych umów (poprzez aneksowanie umów), możliwe jest jedynie za zgodą ubezpieczających, co w przypadku braku takiej zgody, uniemożliwia (...) zmianę starych (...) i przejście na nowe zasady zgodnie z nowymi (...) nie przedstawił przekonujących dowodów, iż zwracał się z ofertą zmiany umów w przedmiotowym zakresie do wszystkich ubezpieczających posiadających umowy funkcjonujące na podstawie starych (...). Dodatkowo organ antymonopolowy zauważył, że ww. działania (...) wynikające z uchwały z dnia 22.06.2005 r. miały miejsce dopiero po wszczęciu postępowania przez Prezesa Urzędu.

Pozwany podniósł, iż z informacji przedstawionych przez (...) (wykazy sądowych postępowań egzekucyjnych dotyczących roszczeń z tytułu zapłaty składek za okres 3-miesięcznego wypowiedzenia), że z powództwa (...) w 2004 i 2005 roku prowadzone były postępowania sądowe i windykacyjne dotyczące ok. 500 przedsiębiorców z terenu całej (...), przy czym jedynie w odniesieniu do postępowań wszczynanych w 2005 r., prowadzonych w sprawach wypowiedzenia umowy w związku z rezygnacją wszystkich ubezpieczonych - część z nich została zawieszona. Jednakże skala powyższych roszczeń (...) wobec ubezpieczających pracodawców, mimo deklaracji (...) odnośnie aneksowania przedmiotowych umów, a także fakt, że jedynie część postępowań (wszczętych w 2005 r.) dotyczących spraw, w których wypowiedzenie umów grupowego ubezpieczenia pracowniczego nastąpiło w związku z rezygnacją wszystkich ubezpieczonych została zawieszona, a (...) nie wycofuje się z nich całkowicie, zdaniem Prezesa wskazują na pozorność działań (...) w zakresie wycofywania się z ww. praktyk i nie wskazują, w jego opinii, na zaniechanie powyższych działań stanowiących przejaw stosowania zabronionych praktyk ograniczających konkurencję na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie.

Odnośnie drugiego przejawu nadużywania przez (...) pozycji dominującej na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie Prezes UOKiK uznał, że oceniając w świetle art. 812 i art. 813 § 1 k.c., a także art. 87 § 1 i art. 91 k.p. ww. zapisy § 16 i 24 starych (...) oraz zachowania (...) polegające na obciążaniu ubezpieczających pracodawców składkami ubezpieczenia pracowników, którzy zrezygnowali z ubezpieczenia w (...), wycofując

jednocześnie zgodę na potrącanie przez pracodawcę dalszych składek ubezpieczeniowych z ich wynagrodzenia, należy stwierdzić, że ubezpieczający pracodawcy zostają pozbawiani możliwości ściągnięcia przedmiotowych składek z pracowników, których dotyczy ochrona ubezpieczeniowa, a wobec ww. zapisów starych (...) są przez (...) zmuszani do zapłacenia składek za 3-miesięczny okres wypowiedzenia. Organ antymonopolowy zwrócił uwagę, że powyższe działania (...) są szczególnie dotkliwe w przypadku słabszych finansowo pracodawców (np. szkoły, przedszkola, mali przedsiębiorcy prowadzący działalność gospodarczą na podstawie zezwolenia). Ponadto działania te, które są powszechnie stosowane przez (...) na terenie całego kraju odstraszą innych pracodawców od potencjalnego zamiaru zmiany tego ubezpieczyciela, co ma bezpośrednie przełożenie na dostęp do rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie ze strony innych niż (...) zakładów ubezpieczeń. Działania powyższe ograniczają bowiem swobodny dostęp zarówno pracodawców do konkurencyjnych ofert innych zakładów ubezpieczeń, jak i pozostałych zakładów ubezpieczeń w stosunku do zakładów pracy ubezpieczających swoich pracowników. W ocenie Prezesa, po wycofaniu się pracowników i cofnięciu przez każdego z nich z osobna swojej zgody na potrącanie z wynagrodzenia dalszych składek, (...) nadużywa swojej pozycji stosując w starych (...) zapisy pozwalające na obciążanie nimi pracodawców, których rolą jest jedynie przekazywanie (przesyłanie potrąconych za zgodą pracownika) składek za pracowników do (...).

Pozwany podkreślił ponadto, że rozciąganie przez (...) ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia, w sytuacji, gdy postąpiła tak jednocześnie większość lub wszyscy pracownicy danego ubezpieczającego pracodawcy (a każdy z tych pracowników mimo, iż w tym samym czasie, złożył oddzielnie, własne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia w (...) z jednoczesnym wycofaniem pozwolenia dla pracodawcy na dalsze potrącanie składek z jego wynagrodzenia) jest w opinii organu antymonopolowego różne od traktowania przez (...) wycofania pojedynczego pracownika. (...) nie żąda wówczas uiszczania składek za okres ochrony ubezpieczeniowej po wystąpieniu pracownika z przedmiotowego ubezpieczenia (tj. po i złożeniu przez niego oświadczenia identycznego, co do formy i treści jak przy oświadczeniach składanych jednocześnie przez poszczególnych pracowników, gdy są to wszyscy bądź większość pracowników danego ubezpieczającego pracodawcy) mimo, że pracownik posiada ochronę ubezpieczeniową przez trzy miesiące od zapłaty ostatniej składki zgodnie z § 24 pkt 1 starych (...).

Prezes Urzędu przyjął, że (...) mimo, iż wprowadził od 1.01.2004 r. nowe (...), zmieniając je m.in. w zakresie który obejmuje zarzucane mu praktyki, nie stosuje ich jednak do umów zawartych do dnia 31.12.2003 r., a więc odnoszących się do umów zawartych przez (...) z Wnioskodawcami (i zainteresowanymi) w niniejszym postępowaniu. (...) zrezygnował w nowych (...) m. in. z rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej pracownika przez 3-miesięczny okres wypowiedzenia, po wystąpieniu przez pracownika z ubezpieczenia na rzecz ochrony trwającej maksymalnie przez 1 miesiąc. Ponadto organ ustalił, że (...) stosował przedstawione powyżej praktyki w zakresie stworzonego na podstawie przepisów starych (...) systemu grupowych ubezpieczeń pracowniczych wobec umów zawartych przed 1.01.2004 r. również po tej dacie, w tym w dacie wniosków złożonych do organu antymonopolowego z dnia 4.11.2004 r. i 17.10.2005 r. Mimo rozpoczętego w drugiej połowie 2005 r. aneksowania umów odnośnie wykreślenia zapisów § 16 ust. 1 starych (...) dot. zgody co najmniej 75% pracowników na wypowiedzenie umowy, to jak wynika z informacji uzyskanych z (...) - do końca 2005 r. zapis ten nie został wycofany ze wszystkich umów.

W ocenie pozwanego, mimo wprowadzonego uchwałą Zarządu (...) z dnia 22.06.2005 r. polecenia zawieszania trwających postępowań sądowych i egzekucyjnych przeciwko ubezpieczającym, z przedstawionych przez (...) „wykazów prowadzonych postępowań sądowych i windykacyjnych dot. egzekwowania od ubezpieczających składek w okresie wypowiedzenia umowy grupowych ubezpieczeń Typ P” wynika, że w okresie 2004-2005 prowadzonych było na terenie całego kraju ok. 500 postępowań. Zawieszonych zostało tylko część postępowań, wszczętych w 2005 r. Jednocześnie w 2005 r. sądy wydawały w dalszym ciągu nakazy zapłaty. Powyższe, zdaniem Prezesa, wskazuje na pozorną ww. uchwałę Zarządu (...) z dnia 22.06.2005 r., wobec nie realizowania jej w praktyce. Ewentualne wstrzymanie dochodzenia roszczeń nawet gdyby zostało wdrożone, w opinii organu antymonopolowego, wydaje się być działaniem przejściowym, nie wykluczającym w przyszłości ponownego podjęcia postępowań. Faktycznym przejawem zaniechania stosowania zakazanych praktyk, byłoby, według pozwanego, zrzeczenie się roszczeń z tytułu składek za okres trzymiesięcznego wypowiedzenia, co byłoby zgodne również z zapisami nowych (...).

W zakresie praktyki powoda, polegającej na przerzucaniu na ubezpieczającego (pracodawcę) ryzyka finansowego wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie, Prezes UOKiK stwierdził, że odnosi się ona do przedstawionych powyżej zasad funkcjonowania systemu grupowego ubezpieczenia pracowniczego, w którym zgodnie z umową zawartą (na rzecz osoby trzeciej - ubezpieczonego pracownika) pomiędzy (...) a ubezpieczającym pracodawcą, składka za ubezpieczenie ubezpieczonych pracowników płatna jest przez samych pracowników (§ 18 starych (...)), a ubezpieczający jest zobowiązany do jej potrącania (za pisemną zgodą pracownika) oraz do przekazywania jej do (...). Powyższy obowiązek ubezpieczającego pracodawcy ustaje jednak z chwilą rezygnacji pracownika (pracowników) z ubezpieczenia i wycofania zgody na potrącanie składek z wynagrodzenia. Pozwany stwierdził, że wobec braku podstaw prawnych do wyegzekwowania składek ubezpieczeniowych od pracowników, (...) zgodnie z konstrukcją zasad przedmiotowego ubezpieczenia, wymaga od pracodawcy zapłacenia składek za okres wypowiedzenia. Odnosząc się do zaproponowanego przez (...) rozwiązania w sprawie opłacania składek w okresie wypowiedzenia, organ antymonopolowy podzielił pogląd Wnioskodawców uznający za nierealną praktycznie propozycję (...) sformułowaną w piśmie z dnia 31.10.2005 r., aby pracodawcy w celu uniknięcia roszczeń odszkodowawczych ze strony (...), zawierali z pracownikami dodatkowe umowy cywilnoprawne, komplementarne do umów ubezpieczenia. W ocenie organu antymonopolowego rozwiązanie powyższe byłoby w praktyce trudne do zastosowania, gdyż stanowiłoby dla pracodawcy dodatkowy wysiłek organizacyjny, który wiązałby się niejednokrotnie z koniecznością przekonania załogi, co do zasadności zawarcia dodatkowej umowy (im liczniejsza załoga, tym trudniejsze staje się osiągnięcie założonego celu). Ponadto narażałoby ono ubezpieczających pracodawców na dodatkowe nieprzewidziane komplikacje prawne i zwiększałoby biurokrację. Rozwiązanie to stanowiłoby kolejny sposób przerzucania przez (...) ryzyka wystąpienia pracowników z grupowego ubezpieczenia na ubezpieczających pracodawców. Wobec powyższego Prezes uznał, iż to na (...) jako na dominancie spoczywał obowiązek takiego konstruowania zasad świadczonych usług i określania warunków umów o charakterze adhezyjnym, aby były one kompleksowe, równoprawne, nie naruszały interesów kontrahentów, a zarazem nie wpływały w sposób negatywny na stan konkurencji. W ocenie organu antymonopolowego, obciążanie ubezpieczającego składkami za pracownika za okres wypowiedzenia powoduje zwiększenie kosztów związanych z wypowiedzeniem umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego zawartej z (...). Wypowiadając umowę, pracodawca ryzykuje, iż w trzymiesięcznym okresie wypowiedzenia jego pracownicy zrezygnują z ubezpieczenia w (...), wycofując równocześnie zgodę na potrącanie przez pracodawcę z ich wynagrodzenia dalszych składek, co skutkować będzie poniesieniem przez niego dodatkowych ciężarów finansowych, których wyegzekwowanie od pracowników może być niemożliwe lub niepraktyczne, z uwagi na wiążące się z takim działaniem koszty transakcyjne lub niezadowolone pracowników. Prezes stwierdził, że powyższe ryzyko, którego istnienie jest wyłącznie konsekwencją narzucanych przez (...) warunków umownych, sztucznie zwiększa koszty zmiany dostawcy grupowego ubezpieczenia pracowniczego, a przez to podwyższa bariery wejścia na rynek właściwy, zmniejszając presję konkurencyjną, jaką inni ubezpieczyciele mogą wywierać na (...). Zdaniem pozwanego, przedstawione powyżej działania (...), nie byłyby możliwe do zaakceptowania przez jego kontrahentów na rynku konkurencyjnym, a fakt stosowania ich z powodzeniem przez (...) jest wyłącznie konsekwencją posiadanej przez niego pozycji dominującej na rynku właściwym. Powyższe praktyki, w ocenie organu antymonopolowego są nie do przyjęcia w sytuacji równorzędnych stosunków umownych. (...) przerzucając na ubezpieczającego (pracodawcę) ryzyko finansowe wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z grupowego ubezpieczenia pracowniczego narusza zatem art. 8 ust. 1 ustawy antymonopolowej.

Odnośnie zastosowania w przedmiotowej sprawie prawa wspólnotowego Prezes UOKiK przyjął, że przesłanką jego zastosowania jest powiązanie danej praktyki z jej wpływem na handel w obrębie Wspólnoty. W ocenie organu, w niniejszej sprawie działania podejmowane przez (...) na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce wywierają istotny wpływ na handel między państwami członkowskimi. Wraz z przystąpieniem do Unii Europejskiej również w Polsce zaczęły obowiązywać fundamentalne zasady jednolitego rynku europejskiego, będące gwarancją jego niezakłóconego funkcjonowania, w tym zasada swobody przepływu usług. Prezes zauważył, że w polskim systemie prawa w obszarze usług ubezpieczeniowych zasadę tę realizuje ustawa z dnia 22.05.2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, która wprowadza swobodę prowadzenia działalności ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zdaniem pozwanego, pomimo zagwarantowania w drodze ustawowej swobody świadczenia

usług ubezpieczeniowych w Polsce, faktycznie dostęp konkurentów z krajów członkowskich UE do grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie ograniczony jest ze względu na nadużywanie pozycji dominującej przez (...) na tym rynku. Z uwagi na prowadzoną przez (...) politykę ubezpieczeniową, w tym warunki na jakich zawarte zostały umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P sprawiają, że potencjalni konkurenci z krajów członkowskich UE, ze względu na faktyczne związanie ubezpieczających z (...), mają ograniczone możliwości efektywnego wchodzenia na przedmiotowy rynek właściwy, na skutek czego ograniczeń doznaje zasada swobody przepływu usług.

Prezes odwołał się do praktyki Trybunału Sprawiedliwości z której wynika, iż wpływ danej praktyki antykonkurencyjnej na handel między państwami członkowskimi musi być znaczny. Organ antymonopolowy, uwzględniając obwieszczenie Komisji Europejskiej z 2004 r. dotyczące koncepcji wpływu na ideę zawartą w art. 81 i 82 TWE, szczególną uwagę zwrócił na trzy elementy: 1. koncepcję „handlu między państwami członkowskimi”, 2. wyrażenie „może wpływać” oraz 3. pojęcie „znacznosci” tego wpływu.

1. W tym zakresie pozwany wskazał, że pojęcie „handel” nie jest ograniczone jedynie do tradycyjnej wymiany towarów i usług, ale obejmuje wszelką działalność gospodarczą o zasięgu transgranicznym, a więc również wykonywanie działalności w zakresie ubezpieczeń na życie, w tym grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Zgodnie z linią orzecznictwa pojęcie handlu obejmuje również te przypadki, gdy nadużywanie pozycji dominującej wywiera skutek w postaci naruszenia efektywnej konkurencji na danym rynku. Według prezesa, jako, że zakłady ubezpieczeniowe na życie oraz główne oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń na życie z państw członkowskich mogą wykonywać swoją działalność na terytorium (...), wszelkie opisane w niniejszej decyzji skutki działań podejmowanych przez (...), dotyczą lub mogą dotyczyć również i te zakłady. Odnosi się to również do przedstawionych w uzasadnieniu decyzji praktyk eksploatacyjnych stosowanych przez (...), których skutki ograniczają korzyści wynikające z konkurencji. Zdaniem pozwanego, w omawianej sprawie bezsprzecznie ma miejsce naruszenie konkurencji na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce. Wskazał on ponadto, że według Komisji Europejskiej, a wbrew twierdzeniom (...), zastosowanie kryterium wpływu na handel jest niezależne od definicji rynku właściwego geograficznie, gdyż wpływ taki może istnieć również wówczas, gdy rynkiem właściwym jest rynek krajowy, jak ma to miejsce w niniejszej sprawie. Prezes uznał, że polityka ubezpieczeniowa (...), w tym warunki na jakich zawarte zostały umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie sprawia, że potencjalni konkurenci z państw członkowskich UE, ze względu na faktyczne związanie ubezpieczających z (...) mają ograniczone możliwości efektywnego wchodzenia na przedmiotowy rynek w Polsce.

2. W dalszej kolejności pozwany przyjął, że określenie „może wpływać” oznacza, iż musi istnieć możliwość przewidzenia z wystarczającym stopniem prawdopodobieństwa, na podstawie obiektywnych przesłanek prawnych lub faktycznych, że zakazana praktyka może mieć wpływ, pośredni lub bezpośredni, rzeczywisty lub potencjalny, na model handlu między państwami członkowskimi. Zdaniem organu, wynika stąd, iż nie jest konieczne rzeczywiste istnienie wpływu na handel, wystarczy sama możliwość jego wystąpienia, a więc wystarczającym jest, że działania polegające na nadużywaniu pozycji dominującej są w stanie wywołać takie skutki, bez względu na to czy rzeczywiście je wywołują. Prezes stwierdził, że dla oceny wg kryterium wpływu na handel znaczenie mają trzy czynniki: natura praktyk ograniczających konkurencję, natura produktów objętych daną praktyką oraz pozycja i znaczenie danego przedsiębiorcy. Wskazał, że natura danego produktu stanowi wskaźnik możliwości wpływu na handel pomiędzy państwami członkowskimi. Pozwany przyjął, że w przedmiotowej sprawie występuje pośredni wpływ praktyk antykonkurencyjnych na model handlu. Stwierdził, że rzeczywisty wpływ na handel pomiędzy państwami członkowskimi występuje wówczas, gdy praktyka już jest stosowana. Wpływ ten nie musi jednakże zaistnieć, wystarczy by dana praktyka była w stanie (mogła) wywołać taki wpływ. Wpływ potencjalny to taki, co do którego istnieje wystarczający stopień prawdopodobieństwa, że może pojawić się w przyszłości. Nawet jeśli w momencie wprowadzenia praktyki nie było możliwości naruszenia handlu, zastosuje się art. 82, jeśli czynniki, które prowadziły do stwierdzenia braku tego naruszenia, mogą się zmienić w niedalekiej przyszłości. Liczy się zdolność danej praktyki do wywierania wpływu na handel między państwami członkowskimi a nie to, czy taki wpływ ma rzeczywiście miejsce w danym momencie. Prezes UOKiK stanął na stanowisku, iż praktyki (...), nawet o ile wywierają niewielki rzeczywisty wpływ na działalność gospodarczą o charakterze transgranicznym w sektorze ubezpieczeń to istnieje

znaczne prawdopodobieństwo, że taki wpływ wywrą w przyszłości. Wiąże się to z faktem wchodzenia dopiero na rynek (...) zakładów ubezpieczeń z innych państw członkowskich. Pozycja Grupy (...) i nadużywanie pozycji dominującej przez (...) stanowi barierę wejścia na rynek i wpływa na stosunki gospodarcze z udziałem podmiotów zagranicznych. Wpływ ten, aczkolwiek trudny do oszacowania, ale na pewno istnieje od momentu kiedy firmy z krajów członkowskich UE mają możliwość wejścia i prowadzenia działalności na rynku w Polsce. Ponadto wpływ ten może być jeszcze silniejszy w związku z integracją rynku finansowego w ramach UE.

3. Prezes Urzędu wskazał, że koncepcja „znacznego” wpływu na handel ogranicza jurysdykcję Wspólnoty do tych praktyk, które mogą powodować skutki określonej wagi. Zakres art. 82 TWE nie obejmuje bowiem tych przypadków, gdy praktyka ma niewielki wpływ na rynek z uwagi na słabą pozycję rynkową przedsiębiorcy stosującego ją. Dla określenia, iż wpływ jest znaczny, podstawowe znaczenie ma pozycja rynkowa danego przedsiębiorcy. Pozwany przyjął, że w niniejszej sprawie udział (...) w polskim rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w ostatnich latach kształtował się na poziomie na tyle wysokim, iż daje to podstawy do uznania, że wpływ, jaki działania przez niego podejmowane wywierają na handel między państwami członkowskimi, jest znaczny. Wskazał, że pozycja (...) na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce jest ugruntowana, zakład ten dysponuje siłą rynkową znacznie większą niż jego konkurenci, posiada niekwestionowaną pozycję dominującą na tym rynku, w związku z czym stosowane przez niego praktyki antykonkurencyjne mogą wpływać na handel między państwami członkowskimi.

W ocenie pozwanego, spełnione zostały zatem ww. przesłanki konieczne do stwierdzenia praktyki ograniczającej konkurencję określonej w art. 8 ust. 1 i 2 pkt 5 ustawy antymonopolowej oraz przesłanek z art. 82 TWE.

Odwołując się do art. 5 Rozporządzenia Rady Nr 1/2003/WE, art. 101 ust. 1 ustawy antymonopolowej i art. 83 Konstytucji RP oraz mając na uwadze, że stosowanie przez (...) zarzucanych praktyk zostało udowodnione, Prezes Urzędu uznał, iż sam nakaz zaniechania stosowania praktyk ograniczających konkurencję nie będzie środkiem wystarczającym dla zapewnienia poszanowania przepisów ustawy antymonopolowej i nałożył na przedsiębiorcę karę pieniężną, spełniającą zarówno swoją rolę represyjną, jak i zapobiegającą podejmowaniu takich samych lub podobnych do stwierdzonych w mniejszej decyzji działań. Nakładając tę karę organ wziął pod uwagę konieczność spełnienia przesłanek podmiotowych, tj. stwierdzenia, że naruszenie ustawy antymonopolowej było co najmniej nieumyślnie. Ustalając i miarkując wysokość kary pozwany, kierując się dotychczasową praktyką ustalania wysokości kary pieniężnej w wydawanych przez Prezesa Urzędu decyzjach, stwierdzających naruszenie zakazu określonego w art. 5 lub 8 ustawy antymonopolowej oraz art. 81 lub 82 TWE, zakwalifikował przedmiotowe działania (...) jako poważne naruszenie konkurencji. Powyższa waga naruszenia konkurencji ustalona została z uwagi m. in. na: szeroki zasięg terytorialny ich oddziaływania, obejmujący obszar całej (...), długotrwały (powyżej 1 roku) okres stosowania naruszenia, szkody wyrządzone innym przedsiębiorcom (zakładom pracy - pracodawcom ubezpieczającym zatrudnionych (pracowników, konkurencyjnym zakładom ubezpieczeń), możliwość odwracalności skutków naruszenia konkurencji. W szczególności Prezes Urzędu wziął pod uwagę następujące okoliczności obciążające:

- umyślny charakter praktyk,
- dalsze trwanie praktyk, polegających na rozciągnięciu ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia i obciążania ubezpieczającego składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia oraz przerwaniu na ubezpieczającego (pracodawcę) ryzyka finansowego wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z ww. ubezpieczenia - pozorność zaprzestania ich stosowania w podjętej przez Zarząd (...) uchwale z dnia 22.06.2005 r. dotyczącej zawieszania postępowań sądowych i egzekucyjnych, będących działaniem tymczasowym, nie wykluczającym w przyszłości ponownego podjęcia postępowań,
- ww. praktyka dotyczy dużej liczby przedsiębiorców - pracodawców ubezpieczających zatrudnionych pracowników (w latach 2004 - 2005 prowadzone były postępowania sądowe i egzekucyjne z powództwa (...) w przedmiotowej

sprawie przeciwko ok. 500 przedsiębiorcom) i wszystkich zakładów ubezpieczeń na życie - konkurencyjnych wobec (...),

- praktyka powyższa naraża przedsiębiorców - ubezpieczających (pracodawców), których pracownicy zrezygnowali z ubezpieczenia w (...) na szkody materialne,
- długotrwałość praktyk (...) - przedmiotowe stare (...) wprowadzone zostały uchwałą zarządu (...) z dnia 7 grudnia 1992 r. i obowiązywały w latach 1993 - 2003 i jak dowiedziono powyżej, stosowane są do chwili obecnej,
- praktyki (...) mają wpływ na handel pomiędzy państwami członkowskimi. W szczególności, istnieje znaczne prawdopodobieństwo, że taki wpływ wywrą w przyszłości zwłaszcza na działalność gospodarczą o charakterze transgranicznym w sektorze ubezpieczeń. Wiąże się to z faktem wchodzenia dopiero na rynek (...) zakładów ubezpieczeń z innych państw członkowskich. Pozycja Grupy (...) i nadużywanie pozycji dominującej przez (...) stanowi barierę wejścia na rynek i wpływa na stosunki gospodarcze z udziałem podmiotów zagranicznych. Wpływ ten, mimo iż trudny do oszacowania, istnieje od momentu kiedy firmy z krajów członkowskich UE mają możliwość wejścia i prowadzenia działalności na rynku w Polsce, a który może być jeszcze silniejszy w związku z integracją rynku finansowego w ramach UE.

W ramach okoliczności łagodzących uwzględniono natomiast:

- (...) stopniowo zaprzestaje stosowania kwestionowanych zapisów starych (...), dotyczących wyrażenia zgody na wypowiedzenie umowy przez co najmniej 75% pracowników ubezpieczającego (aneksując umowy zawarte na podstawie starych (...) lub zastępując je nowymi (...)). Całkowite wycofanie się (...) z jego stosowania uzależnione jest od wyrażenia zgody ubezpieczającego na zmianę dotychczasowej umowy i zawarcie nowej umowy,
- w stosunku do (...) nie stwierdzono wcześniej naruszenia ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Organ antymonopolowy ustalił, że przychód (...) osiągnięty w roku 2006, w rozumieniu obowiązujących przepisów o podatku dochodowym wyniósł (...) PLN. Uwzględniając zarówno wagę naruszenia, jak i ww. okoliczności obciążające i łagodzące, Prezes nałożył na (...) karę pieniężną w wysokości 50.361.080 zł, stanowiącą (...) przychodów tej Spółki i (...) kary maksymalnej, jaką organ mógł nałożyć na tę Spółkę.

Wobec stwierdzenia stosowania przez (...) praktyk naruszających art. 8 ust. 1 i 2 pkt 5 ustawy antymonopolowej oraz art. 82 TWE (na podstawie art. 3 i 5 Rozporządzenia Rady Nr 1/2003/WE), powyższy wymiar kary Prezes UOKiK ustalił w oparciu o następujące przesłanki:

1. Jako podstawę ustalania wymiaru kary należy przyjąć okres stosowania przedmiotowych praktyk (...) od 1 kwietnia 2001 r. do daty orzeczenia naruszenia przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji (...), tj. 78 zakończonych miesięcy (6 lat i 6 miesięcy).
2. O przedstawionym w niniejszej decyzji wpływie przedmiotowych praktyk na handel między państwami członkowskimi UE można mówić począwszy od momentu przystąpienia (...) do (...), tj. od dnia 1 maja 2004 r.
3. Wymiar kary za naruszenie art. 82 TWE (w związku z art. 5 ww. Rozporządzenia Rady) dotyczy stosowania przez (...) praktyk w okresie od 1 maja 2004 r. do dnia orzeczenia naruszenia tych przepisów, tj. 41 zakończone miesiące (3 lata i 5 miesięcy).
4. W okresie od 1 kwietnia 2001 r. do dnia orzeczenia naruszenia ww. przepisów, kara za praktyki (...) dotyczy przepisów art. 101 ust. 1 pkt 1 i 2 ww. ustawy.
5. W okresie od 1 maja 2004 r. do dnia orzeczenia naruszenia, praktyki (...) mają wpływ zarówno na rynku krajowym jak i na handel pomiędzy państwami członkowskimi i zastosowanie mają (oprócz wymienionych w pkt 5) również przepisy art. 5 ww. Rozporządzenia Rady.

6. Za naruszenie przepisów krajowych tj. art. 101 ust. 1 pkt 1 i 2 ww. ustawy, uwzględniając okres stosowania praktyki, Prezes nałożył na (...) karę w wysokości 33.022.892,77 zł, co stanowi (...) łącznego wymiaru kary.

7. Za naruszenie przepisów art. 82 TWE w związku z art. 5 Rozporządzenia Rady, uwzględniając okres stosowania praktyki oraz jej potencjalny wpływ na handel pomiędzy państwami członkowskimi, nałożono na (...) karę w wysokości 17.358.187,23 zł, co stanowi (...) łącznego wymiaru kary.

Wskazując na art. 90 ustawy antymonopolowej - który pozwala Prezesowi nadać rygor natychmiastowej wykonalności decyzji w całości lub w części, jeżeli wymaga tego ochrona konkurencji lub ważny interes konsumentów – organ antymonopolowy stwierdził, że okoliczności przedstawione w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji wskazują na spełnienie obydwu ww. przesłanek. Uznał, że zarówno ochrona konkurencji działającej na przedmiotowym rynku, jak i ważny interes konsumentów - ubezpieczających (pracodawców) wymagają jak najszybszego zaprzestania przez (...) - nadużywającego swojej pozycji dominującej na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce stosowania zakwestionowanych praktyk.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów postępowania oparto na art. 69 ust. 1 duokik, gdyż jak wskazał Prezes, wszystkie zarzuty przedstawione przez Wnioskodawców okazały się w pełni uzasadnione. Opierając się na art. 69 ust. 3 ustawy antymonopolowej oraz § 2 i § 14 Rozporządzenia MS z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, Prezes przyznał Wnioskodawcom zwrot kosztów postępowania w żądanej przez nich wysokości 22.750 zł. Prezes zauważył, że ani ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów ani ww. Rozporządzenie nie precyzują, co jest podstawą prawną przy ustalaniu wysokości kosztów zastępstwa procesowego poniesionych w postępowaniu antymonopolowym przed Prezesem Urzędu. Organ antymonopolowy zdecydował się zatem zastosować - w drodze analogii - przepis § 14 ust. 3 pkt 1 powyższego Rozporządzenia, odnoszący się do spraw z zakresu ochrony konkurencji w postępowaniu przed (...), przewidujący jako stawkę minimalną kwotę 360 zł. Jednocześnie wskazał, że zgodnie z § 2 ww. rozporządzenia, wysokość opłaty za czynności radcy prawnego z tytułu zastępstwa procesowego uwzględniając charakter sprawy i wkład pracy pełnomocnika w przyczynienie się do jej wyjaśnienia, nie może być wyższa niż sześciokrotna stawka minimalna ani przekraczać wartości przedmiotu sprawy. W ocenie pozwanego, stopień zawisłości niniejszej sprawy oraz nakład pracy profesjonalnego pełnomocnika reprezentującego Wnioskodawców uzasadniają przyjęcie maksymalnej wysokości stawki z tytułu zastępstwa procesowego, tj. sześciokrotnej stawki minimalnej dla jednego wnioskodawcy. Jego zdaniem, uzasadnienie znajdują także pozostałe koszty poniesione przez Wnioskodawców w toku postępowania.

Powyższą decyzję zaskarżyła w całości (...) S.A. wnosząc o:

1. wstrzymanie wykonania decyzji na podstawie art. 479³⁰ k.p.c., do czasu rozstrzygnięcia sprawy,
2. umorzenie postępowania w sprawie wskutek upływu terminu przedawnienia.

Ewentualnie powódka wniosła o:

3. zmianę zaskarżonej decyzji w całości poprzez nie stwierdzenie stosowania przez (...) praktyk ograniczających konkurencję określonych w pkt I i pkt II decyzji lub
4. uchylenie zaskarżonej decyzji i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Prezesowi Urzędu.

Na wypadek nieuwzględnienia powyższych wniosków w zakresie określonym w punktach 2-4 wniesiono o zmianę zaskarżonej decyzji poprzez uchylenie pkt III decyzji lub znaczące obniżenie kary pieniężnej nałożonej na (...). W odwołaniu sformułowano również wniosek o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego, według norm przepisanych.

Przeciwko zaskarżonej decyzji podniesiono następujące zarzuty:

A. Zarzut przedawnienia:

1. naruszenie art. 93 ustawy antymonopolowej poprzez:

- a) nie uwzględnienie z urzędu, jak również na wniosek (...) zarzutu przedawnienia,
- b) wszczęcie postępowania antymonopolowego mimo upływu terminu przedawnienia, a w rezultacie prowadzenie postępowania pomimo tego, iż w dacie złożenia wniosku o wszczęcia postępowania upłynął rok od końca roku, w którym doszło do podpisania przez Wnioskodawców (...).

B. Pozostałe naruszenia prawa materialnego, polegające na:

1. naruszeniu art. 28 kpa w zw. z art. 84 ust. 1 ustawy antymonopolowej poprzez wszczęcie postępowania antymonopolowego w sytuacji, kiedy z zawartych we wniosku informacji wynikało, że sprawa dotyczy indywidualnych roszczeń przedsiębiorców (Wnioskodawców) i nie ma charakteru sprawy antymonopolowej, a Wnioskodawcy nie mają interesu prawnego, a jedynie interes faktyczny związany z zamiarem uniknięcia zapłaty należnej (...) składki za ubezpieczonych pracowników, na podstawie umowy (...) zawartej przez Wnioskodawców z (...);

2. naruszeniu art. 1 ustawy antymonopolowej wskutek błędnej wykładni polegającej na utożsamieniu interesu publicznego z sumą indywidualnych interesów przedsiębiorców;

3. naruszeniu art. 8 ust. 2 pkt 5 ustawy antymonopolowej poprzez niewłaściwe zastosowanie, a w konsekwencji ustalenie, że zarzucana (...) praktyka ograniczająca konkurencję polega na przeciwdziałaniu ukształtowaniu się warunków niezbędnych do stania bądź rozwoju konkurencji w sytuacji, gdy istota stawianego (...) zarzutu sprowadza się do treści konkretnych zapisów (...) łączących Wnioskodawców z (...) i sposobu ich wykonywania, co wyczerpuje dyspozycję art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy antymonopolowej;

4. naruszeniu art. 8 ust. 1 w związku z art. 4 pkt 8 ustawy antymonopolowej poprzez błędną wykładnię, skutkujące uznaniem, że rynkiem właściwym w niniejszej sprawie jest:

- a) w ujęciu produktowym - rynek grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie, a nie rynek ubezpieczeń na życie,
- b) w ujęciu geograficznym - rynek krajowy (polski), a nie rynek w wymiarze europejskim;

5. naruszeniu art. 8 ust. 1 i ust. 2 ustawy antymonopolowej poprzez błędną wykładnię i uznanie, że wysoki udział (...) w rynku stanowi wystarczający dowód na posiadanie przez (...) pozycji dominującej, a w konsekwencji uznanie, że analizowane schowania (...) wynikają z nadużywania pozycji dominującej na rynku.

6. naruszeniu art. 3 i art. 5 w związku z art. 35 Rozporządzenia Rady (WE) Nr 1/2003/WE z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wprowadzenia w życie przepisów o konkurencji stanowiących w art. 81 i 82 Traktatu (Dz. Urz. WE L 1 z 4 stycznia 2003 r.) w zw. z art. 82 Traktatu, poprzez błędne ich zastosowanie w sytuacji, gdy zarzucane (...) działania nie wpływają na wymianę handlową pomiędzy państwami członkowskimi i nie są niezgodne z wspólnym rynkiem;

7. naruszeniu art. 90 ustawy antymonopolowej i art. 108 § 1 kpa poprzez:

a) nadanie decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności mimo tego, że w sprawie nie i zachodziły przesłanki z art. 90 ustawy antymonopolowej niezbędne do jego zastosowania,

b) całkowite pominięcie przesłanek zawartych w art. 108 kpa, które mają charakter komplementarny w stosunku do przesłanek powołanych w Decyzji, a w konsekwencji nadanie Decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności mimo braku wszystkich niezbędnych przesłanek ustawowych; co uzasadnia wniosek o wstrzymanie wykonania Decyzji, stanowiący załącznik do odwołania.

C. Naruszenie prawa procesowego, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, polegające na:

1. naruszeniu 39 kpa w zw. z art. 40 § 2 kpa, art. 7 kpa, art. 9 kpa i art. 10 kpa, w zw. z art. 80 ustawy antymonopolowej poprzez wybiórcze doręczanie pełnomocnikowi (...) procesowych Wnioskodawców, jak również innych pism nieobjętych wnioskiem o ograniczenie prawa wglądu, które zostały zaliczone w poczet materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, co stanowi rażące naruszenie prawa w rozumieniu art. 156 § 1 kpa,

2. naruszeniu art. 10 kpa oraz art. 45a i art. 66 ustawy antymonopolowej poprzez wydanie decyzji kończącej postępowanie w sprawie bez uwzględnienia pisma pełnomocnika (...) z dnia 9 października 2007 roku, w którym ustosunkowuje się do postawionych zarzutów i materiału dowodowego zebranego w sprawie, jak również bez możliwości zapoznania się z ostatecznym stanowiskiem pełnomocnika Wnioskodawców po końcowym zapoznaniu się z materiałem dowodowym;

3. naruszeniu art. 233 § 1 kpc w zw. z art. 81 ustawy antymonopolowej polegające na szczerności istotnych ustaleń organu antymonopolowego z treścią zebranego materiału dowodowego, a w szczególności:

a) pominięcie w uzasadnieniu decyzji części pism (tym samym zawartej w nich argumentacji) złożonych do akt sprawy przez (...);

b) błędne ustalenie, że zachodzą istotne różnice pomiędzy indywidualnymi ubezpieczeniem życie oraz grupowym pracowniczym ubezpieczeniem na życie, które nie pozwalają na znaczenie jednego rynku ubezpieczeń na życie;

c) nieprawidłowe ustalenie udziału (...) oraz jego konkurentów w rynku ubezpieczeń grupowych na życie;

d) nieprofesjonalne sformułowanie pytań ankietowych, które wskazywały adresatom jakiego ubezpieczyciela dotyczy postępowanie oraz wybiórcza analiza odpowiedzi udzielonych przez konkurentów (...);

e) nieuwzględnienie treści wyroków SOKiK, który dwukrotnie wypowiedział się co do legalności kwestionowanych przez organ antymonopolowy postanowień (...) łączących (...) z Wnioskodawcami;

f) bezpodstawne przyjęcie, że (...) posiada pozycję dominującą (siłę rynkową) na rynku ubezpieczeń na życie w sytuacji, gdy (...) gwałtownie traci udziały w tym rynku;

g) bezpodstawne przyjęcie, że (...) wymusza stosowanie starych (...) w sytuacji, gdy od dnia 1 stycznia 2004 roku (...) oferuje nowe (...) nie zawierające kwestionowanych postanowień, których zmiana zależy wyłącznie od decyzji przedsiębiorców zainteresowanych taką zmianą;

h) błędne ustalenie, że (...) utrzymuje system grupowych ubezpieczeń pracowniczych życie utrudniający zmianę przez ubezpieczających (pracodawców) ubezpieczyciela, w sytuacji masowego rezygnowania ubezpieczających z usług oferowanych przez (...);

i) bezpodstawne ustalenie, że w niniejszej sprawie doszło do naruszenia interesu publicznoprawnego, a nie sumy indywidualnych interesów majątkowych Wnioskodawców w sytuacji, gdy nie są oni w ogóle zainteresowani grupowymi ubezpieczeniami pracowniczymi życie, a jedynym celem postępowania antymonopolowego jest uniknięcie zapłaty należnej składki za okres wypowiedzenia umowy;

j) nie znajdujące oparcia w zebranych materiale dowodowym ustalenie, że w sytuacji, gdy rezygnujący z ubezpieczenia pracownicy stanowią większość lub 100% ubezpieczonych danego zakładu pracy, a pracodawca nie wypowiada umowy, (...) traktuje taką sytuację jako wypowiedzenie umowy i występuje do pracodawców o zapłatę składek za trzymiesięczny miesięczny okres wypowiedzenia;

k) nieprawdziwe, nie znajdujące potwierdzenia w materiale dowodowym ustalenie, że wnioskodawcy muszą uiszczać składki za pracowników pojedynczo rezygnujących z ubezpieczenia zawartego na podstawie (...);

l) bezprawne ustalenie, że wskutek wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z (...) pracodawcy „ponoszą ryzyko finansowego wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie” w sytuacji, gdy opłacanie składki i ochrona ubezpieczeniowa są świadczeniami wzajemnymi, a pobieranie składki za okres wypowiedzenia (obowiązywania umowy) jest zgodne z prawem, co potwierdzają orzeczenia sądowe, w tym orzeczenia SOKiK;

m) bezpodstawne utożsamianie przez organ antymonopolowy ustawowych ograniczeń w potrąceniu składki ubezpieczeniowej z wynagrodzenia pracownika z niemożnością wyegzekwowania kwoty z tytułu opłacenia składki;

n) dowolne ustalenia dotyczące obligatoryjności zawierania umów grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie oraz subsydiowania części ubezpieczonych pracowników przez pozostałych ubezpieczonych,

o) bezpodstawne uznanie, iż pracodawca nie czerpie korzyści z faktu ubezpieczenia swoich pracowników;

4. naruszeniu art. 2 Rozporządzenia 1/2003/WE poprzez przerzucenie na (...) ciężaru udowodnienia, iż do praktyki naruszającej art. 82 TWE nie doszło;

5. naruszeniu art. 77 § 1 kpa w zw. z art. 7 kpa oraz art. 80 ustawy antymonopolowej, poprzez niewyjaśnienie wszystkich istotnych okoliczności sprawy, a w szczególności uznanie za udowodnione posiadanie przez (...) pozycji dominującej na rynku bez przeprowadzenia profesjonalnej analizy z zastosowaniem antymonopolowej metodyki wyznaczania rynku właściwego w sprawie;

a nadto z ostrożności procesowej;

6. naruszeniu art. 101 ust. 1 pkt 1 ustawy antymonopolowej w zw. z art. 6 kpa i art. 8 kpa poprzez nałożenie na (...), z naruszeniem zasady równości (niedyskryminacji) i proporcjonalności, rażąco wygórowanej kary pieniężnej, niewspółmiernej do zarzucanych (...) działań i skutków tych działań dla konkurencji na rynku.

D. Niewykonalność decyzji wynikająca z bezprawności żądania

Naruszenie art. 107 § 1 kpa, skutkujące niewykonalnością decyzji, a polegające na:

1. sformułowaniu pkt I oraz pkt II zaskarżonej decyzji w sposób niejasny i nieprecyzyjny

2. żądaniu, bez podstawy prawnej:

a) zaniechania przez (...) udzielania ochrony ubezpieczeniowej po wystąpieniu pracownika z ubezpieczenia,

b) zrzeczenia się przez (...) roszczeń z tytułu składek za okres trzymiesięcznego wypowiedzenia (...) dochodzonych na podstawie starych (...) w stosunku do tych przedsiębiorców, wobec których z powodztwa (...) toczą się procesy cywilne, gdyż Prezes Urzędu ingeruje w ten sposób niezawisłość sądów orzekających w tych sprawach,

c) zrzeczenia się przez (...) prawa do wszczynania w przyszłości postępowań w sprawie dochodzenia uprawnionych roszczeń wynikających z wypowiedzenia umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie, także wobec kolejnych ubezpieczających, którzy uznając stare (...) za korzystniejsze nie wyrażają zgody na przyjęcie oferty nowych (...), a w konsekwencji żądanie, aby w wyniku wykonania decyzji organy (...) działały na szkodę Spółki,

d) wykonania decyzji w taki sposób, aby (...) jednostronnie narzuciło pracodawcom nowe (...), pozbawiając ich możliwości istniejącego obecnie wyboru pomiędzy starymi i nowymi (...), co nie tylko zubaża ofertę rynkową (...), lecz może być uznane za praktykę ograniczającą konkurencję na rynku.

E. Koszty postępowania

1. naruszenie § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu poprzez przyjęcie, iż nakład pracy uzasadniał przyjęcie maksymalnej wysokości stawki z tytułu zastępstwa procesowego.

2. naruszenie art. 69 ust. 3 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 roku o ochronie konkurencji i konsumentów poprzez przyznanie kosztów zastępstwa procesowego dla każdego z wnioskodawców z osobna, w sytuacji, gdy byli reprezentowani przez jednego radcę prawnego.

Dla uzasadnienia powyższych zarzutów, (...) przedstawiło następującą argumentację:

W zakresie zarzutu naruszenia art. 93 ustawy antymonopolowej powódka stwierdziła, że zarzuty stawiane jej w niniejszym postępowaniu, mimo sposobu, w jaki zostały sformułowane, dotyczą bezpośrednio treści umów łączących wnioskodawców z (...). Mimo formalnego zakwalifikowania zarzucanych (...) zachowań jako naruszenia artykułów 8 ust. 1 i 8 ust. 2 pkt 5 ustawy antymonopolowej istota zarzutu stawianego (...) sprowadza się do kwestionowania zgodności z prawem niektórych postanowień umów łączących wnioskodawców z (...). Dlatego w przedmiotowej sprawie ma w pełni zastosowanie sposób obliczania terminu przedawnienia antymonopolowego dotyczący narzucania uciążliwych warunków umów. W ocenie strony powodowej, nie jest możliwe prowadzenie postępowania antymonopolowego w sprawie praktyk ograniczających konkurencję polegających na stosowaniu opisanych we wnioskach o wszczęcie postępowania klauzul zawartych w (...) z powodu upływu terminu przedawnienia antymonopolowego. W niniejszym sporze narzucanie uciążliwych warunków spornej umowy, zdaniem powódki, mogło mieć miejsce jedynie do dnia jej podpisania i od tego dnia należy liczyć bieg terminu przedawnienia. Wnioski o wszczęcie postępowania zostały złożone po jego upływie, dlatego wnioskodawcy nie byli uprawnieni do skutecznego spowodowania wszczęcia postępowania antymonopolowego. Dla uzasadnienia swego stanowiska (...) powołało liczne orzecznictwo.

Odnośnie zarzutu naruszenia art. 28 k.p.a. w zw. z art. 84 ust. 1 pkt 1 duokik w uzasadnieniu odwołania wskazano, że wnioskodawcy nie wykazali, aby mieli interes prawny w przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego. Zgłaszane przez niech żądania dotyczą indywidualnych roszczeń wynikających z łączącej strony umowy ubezpieczenia i nie mają charakteru sprawy antymonopolowej. Powódka stwierdziła, że wnioskodawcy chcą jedynie uniknąć zapłacenia należnej składki na rzecz (...), a więc mają jedynie interes faktyczny, tzn. są bezpośrednio zainteresowani uniknięciem zapłacenia składki za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

W ramach zarzutu naruszenia art. 1 duokik strona powodowa wskazała na błędne utożsamianie przez organ antymonopolowy interesu publicznego z sumą indywidualnych interesów przedsiębiorców. Stwierdziła, że celem ww. ustawy nie jest ochrona indywidualnego przedsiębiorcy, a naruszenie interesu publicznego to kategoria samodzielna, odrębna od sumy indywidualnych (jednostkowych) interesów przedsiębiorców.

Podniesiony w odwołaniu zarzut naruszenia art. 8 ust. 2 pkt 5 duokik sprowadza się do stwierdzenia błędnej kwalifikacji prawnej praktyk opisanych w pkt I.1. sentencji decyzji, dotyczących dwóch zapisów (...), tj. § 16 ust. 1 pkt 1 oraz § 16 ust. 2. W ocenie powódki, istota stawianego jej zarzutu sprowadza się do treści konkretnych zapisów (...) łączących wnioskodawców z (...) i sposobu ich wykonywania, co wyczerpuje dyspozycję art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy antymonopolowej. Jej zdaniem, konsekwencją błędnej kwalifikacji prawnej przedmiotowych praktyk było wydanie błędnej decyzji. Powodowa Spółka podniosła również, że z materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie nie wynika, że wprowadzenie przez (...) zakwestionowanych przez organ antymonopolowy zapisów (...) nie jest w stanie utrudnić innym ubezpieczycielom zawarcia umów grupowego ubezpieczenia na życie z konkretnym pracodawcą. Zapisy te bowiem nie dotyczą innych ubezpieczycieli, a każdy pracodawca może w każdej chwili zawrzeć z konkurentami (...) stosowną umowę. Zdaniem powódki, Prezes Urzędu nie udowodnił, iż skutkiem wprowadzenia przez (...) § 16 ust. 1 pkt 1 oraz § 16 ust. 2 (...) było naruszenie art. 8 ust. 2 pkt 5 duokik. Nie został wykazany związek pomiędzy zakwestionowanymi zapisami (...) a stanem konkurencji na rynku, jak również skutek w przeciwdziałaniu ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania, bądź rozwoju konkurencji.

W ramach zarzutu naruszenia art. 8 ust. 1 w zw. z art. 4 pkt 8 duoki strona powodowa zakwestionowała ustalenia Prezesa UOKiK odnośnie wyznaczenia rynku właściwego. W jej opinii, w przedmiotowej sprawie rynkiem właściwym w ujęciu produktowym jest rynek ubezpieczeń na życie. Nie godzi się ona ze stanowiskiem organu antymonopolowego, że rynek grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie oraz rynek indywidualnych ubezpieczeń na życie stanowią dwa odrębne rynki właściwe. Powódka stwierdziła, że rynek ubezpieczeń na życie jest rynkiem, na którym dla ostatecznego konsumenta nie ma znaczenia oferent, czy też kraj pochodzenia zakładu ubezpieczeń. Głównym czynnikiem decydującym o zakupie ubezpieczenia na życie jest jakość oferty, wiarygodność oferenta i cena. Dla konsumenta nie ma również znaczenia, czy dane ubezpieczenie zostanie zakwalifikowane jako indywidualne, czy też grupowe, byleby dotyczyło ochrony zdrowia i życia (jego lub jego i jego najbliższych). Według powódki, to głównie łatwość ubezpieczenia i cena produktu decyduje o jego nabyciu, a nie jego doktrynalna kwalifikacja (indywidualne, grupowe) i dlatego właściwy rynek produktowy w sprawie należy określić jako rynek ubezpieczeń na życie. W oparciu o rozważania na temat substytucyjności produktu od strony popytowej Spółka stwierdziła, że powoływane przez Prezesa okoliczności nie mogą przesądzać o odrębności rynku ubezpieczeń grupowych od rynku ubezpieczeń indywidualnych. Co do rynku właściwego w ujęciu geograficznym, w uzasadnieniu odwołania stwierdzono, że w niniejszej sprawie winien zostać wyznaczony rynek Wspólnoty Europejskiej jako rynek, na którym obowiązują homogeniczne warunki prawne, administracyjne, przepływ kapitału jest swobodny, funkcjonują w charakterze ubezpieczycieli te same podmioty, wysokość składek jest tożsama, a preferencje konsumentów są zbliżone.

W ocenie powódki, wobec faktu, że rynek ubezpieczeń na życie w ujęciu geograficznym należy traktować jako rynek europejski, (...) z pewnością nie ma na tak wyznaczonym rynku pozycji dominującej. Jej zdaniem, nie miałyby ono takiej pozycji nawet wówczas, gdyby przyjąć, że właściwym rynkiem geograficznym w niniejszej sprawie jest obszar (...), z uwagi na brak podstawowej przesłanki – siły rynkowej. W tym zakresie powódka odwołała się do danych dotyczących rynku ubezpieczeń na życie wskazujących, jej zdaniem, iż na przestrzeni ponad 5 lat udział (...) w rynku ubezpieczeń na życie spadł o ponad 21%, a (...) systematycznie i stale z roku na rok traci swą pozycję. Zdaniem Spółki, nie dysponuje ona siłą rynkową, a w konsekwencji nie ma możliwości kształtowania sytuacji na rynku, w tym – nie ma możliwości utrudniania wejścia na rynek innym ubezpieczycielom.

Zarzucając organowi ochrony konkurencji naruszenie art. 3 i 5 w zw. z art. 35 Rozporządzenia nr 1/2003 w zw. z art. 81 Traktatu strona powodowa wskazała, że w przedmiotowej sprawie zastosowanie art. 82 TWE nie jest uzasadnione. Aby krajowy organ antymonopolowy mógł zastosować ww. przepis musi ustalić, czy analizowane zachowanie rynkowe wywiera wpływ na handel między państwami członkowskimi. Jest to bowiem przesłanka niezbędna do zastosowania art. 82 TWE. Zdaniem powódki, Prezes UOKiK nie dowiódł, w jaki sposób praktyki zarzucane (...) odczuwalne są przynajmniej w dwóch państwach członkowskich. W uzasadnieniu odwołania podniesiono, że w swej decyzji Prezes stwierdził, iż w styczniu 2007r. w Polsce były notyfikowane 394 zakłady ubezpieczeń z państw członkowskich UE i EFTA. Nie przedstawił natomiast żadnych dowodów, które pozwalałyby twierdzić, że istnieją jakiegokolwiek bariery natury prawnej lub ekonomicznej, które powodowałyby trudności w ich wejściu na rynek. W ocenie powódki, jedynym uzasadnieniem jakie przedstawił Prezes Urzędu, odnośnie wspomnianych barier dla konkurentów z państw – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, była ugruntowana pozycja (...) w zakresie ubezpieczeń grupowych.

Odnośnie zarzutu wskazanego w pkt C.1. odwołania strona powodowa stwierdziła, że organ antymonopolowy winien z urzędu doręczać pisma stronom, gdyż stanowi to element obowiązku informowania o aktualnym stanie prawnym i faktycznym postępowania antymonopolowego. Do pism w rozumieniu art. 36 k.p.a. należą, jej zdaniem, zarówno pisma sporządzone przez organ antymonopolowy, jak i pisma wniesione do tego organu przez strony postępowania antymonopolowego i inne organy (np. pisma (...), Ankiety Towarzystw (...)). Zdaniem powódki, Prezes UOKiK uchybił obowiązkowi doręczania pism składanych w toku przedmiotowego postępowania, ponieważ nie doręczył stronom wszelkich pism.

Powodowa Spółka zarzuciła Prezesowi naruszenie zasady czynnego udziału strony w postępowaniu, wyrażonej w art. 10 k.p.a. (pkt C.2. odwołania). W jej ocenie, w niniejszej sprawie wywiązać się przez organ z tego obowiązku było tylko częściowe, gdyż w toku postępowania nie dokonano doręczeń wszystkich pism składanych przez strony.

Naruszenie powyższej zasady polegało także na wydaniu decyzji kończącej postępowanie w sprawie bez uwzględnienia pisma pełnomocnika (...) z dnia 9 października 2007r., w którym ustosunkowuje się do całości materiału dowodowego zebranego w sprawie. W dalszej kolejności podniesiono w odwołaniu zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 81 duokik wskazując, że wydając zaskarżoną decyzję Prezes Urzędu pominął w jej uzasadnieniu część pism (w tym zawartą w nich argumentację) złożonych do akt sprawy przez (...) (zarzut C.3.a.).

W odwołaniu zarzucono pozwanemu błędne ustalenie, że zachodzą różnice pomiędzy indywidualnymi ubezpieczeniami na życie oraz grupowymi ubezpieczeniami na życie, a w konsekwencji błędne określenie rynku relewantnego w sprawie jako rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. W tym zakresie powódka zarzuciła Prezesowi nieprzeprowadzenie szczegółowych badań rynkowych w szczególności, brak ustalenia w ramach badania substytucyjności ubezpieczeń grupowych i indywidualnych zachowania pracowników, których zakład pracy nie zawarł na ich rzecz umowy ubezpieczenia na życie, bądź też umowę taką wypowiedział.

Odnośnie pkt C.3.c. odwołania powódka stwierdziła, iż dane o rynku produktowym zebrane przez Prezesa Urzędu są niekompletne i nie mogą stanowić podstawy do wyliczenia udziałów rynkowych, a tym bardziej do dokonania na tej podstawie ustalenia w decyzji stwierdzającego posiadanie pozycji dominującej na rynku.

W pkt C.3.d. odwołania sformułowano przeciwko Prezesowi UOKiK zarzut braku profesjonalizmu. Miał on się przejawiać w tym, że adresaci ankiety, przeprowadzanej przez organ w ramach postępowania wyjaśniającego, z łatwością mogli wywieść, że iż Prezes rozważa wszczęcie postępowania antymonopolowego przeciwko (...) i w tej sytuacji mogli praktycznie bez konsekwencji przedstawić subiektywną ocenę swojego konkurenta, co należy uwzględnić przy ocenie udzielonych odpowiedzi (wskazano tu zwłaszcza na pytania nr 5, 10, 11 i 12). Według powódki, same pytania ankietowe zawierały w sobie elementy sugerujące odpowiedź, w szczególności z uwagi na fakt, iż dla większości ubezpieczycieli był to pierwszy kontakt z prawem antymonopolowym. Spółka zarzuciła również, że do ankiety nie dołączono wyjaśnień odnośnie sposobu rozumienia poszczególnych sformułowań jak i całych pytań, nie dokonano również odesłania do aktów pranych regulujących te kwestie.

W dalszej kolejności (...) zarzuciło organowi antymonopolowemu całkowite pominięcie w uzasadnieniu decyzji, iż doszło już dwukrotnie przed SOKiK do rozstrzygnięcia w przedmiocie zaskarżonych wnioskami antymonopolowych postanowień umownych. Wskazując na wyroki SOKiK z dnia 10 października 2005r. (sygn. akt XVII AmC 54/04 oraz AmC 56/04) powódka stwierdziła, iż wynika z nich jednoznacznie, że dochodzenie zaległych składek przez (...) nie jest nielegalną praktyką. Tym samym za bezzasadne należy uznać twierdzenie Prezesa, że żądanie od pracodawcy opłacania składek po wypowiedzeniu umowy stanowi dla niego uciążliwy warunek umowy.

Odnośnie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przyjęcie, że powód posiada pozycję dominującą na rynku relewantnym (...) wskazało, że o posiadaniu tej pozycji świadczy nie sama wielkość udziału przedsiębiorcy w rynku, lecz posiadana siła rynkowa tzn. możliwość działania w znacznym stopniu niezależnie od konkurentów, kontrahentów i konsumentów. Z uwagi na powyższe, zdaniem powódki, bezpodstawne jest przyjęcie w decyzji, że (...) posiada pozycję dominującą (siłę rynkową) na rynku ubezpieczeń na życie w sytuacji, gdy gwałtownie traci udziały w tym rynku, co zostało całkowicie pominięte w decyzji. Strona powodowa podniosła, że w aktach sprawy znajduje się zestawienie, z którego wynika, że w latach 2000-2005 udział w rynku (...) spadł o 21%. Tempo tego spadku pozwala na stwierdzenie, że rynek jest otwarty, występuje realna konkurencja, a tym samym wysoki udział (...) w rynku nie może być utożsamiany z posiadaniem siły rynkowej, która może świadczyć o posiadaniu pozycji dominującej. Powódka zarzuciła, że dane te zostały całkowicie pominięte w decyzji, co mogło mieć wpływ na błędne ustalenie organu antymonopolowego dotyczące zaistnienia przesłanki do zastosowania art. 8 ustawy antymonopolowej.

Strona powodowa stwierdziła, iż bezpodstawne jest przyjęcie, że (...) wymusza stosowanie starych (...) w sytuacji, gdy ponad 80% podmiotów związanych starymi (...) zawarło z (...) aneksy eliminujące kwestionowane przez wnioskodawców postanowienia § 16 starych (...). Podkreśliła, że zmiana starych (...) zależy wyłącznie od woli przedsiębiorców, a (...) nie może im tego jednostronnie narzucić. Informacja o wprowadzeniu nowych (...) jest powszechnie dostępna dla przedsiębiorców zainteresowanych zmianą starych (...) na nowe. Według powódki, (...)

nie dysponuje żadnymi środkami przymusu, za pomocą których mogłoby wyegzekwować od kontrahentów zmiany starych (...), bez naruszenia przepisów antymonopolowych, a nawet nie może tego zrobić z naruszeniem tych przepisów, bo nie ma dostatecznej siły rynkowej. Jeżeli zatem stare (...) funkcjonują jeszcze w obrocie, to tylko dlatego, że ubezpieczający nie chcieli w ich miejsce stosować nowych (...).

W zarzucie z pkt C.3.h. odwołania powodowa Spółka wskazała na bezpodstawność ustalenia, że (...) utrzymuje system grupowych ubezpieczeń na życie na rynku pracowniczych ubezpieczeń na życie utrudniający zmianę przez ubezpieczających (pracodawców) ubezpieczyciela, w sytuacji masowego rezygnowania ubezpieczających usług oferowanych przez (...). W jej opinii, w aktach znajdują się (pominięte przez Urząd) informacje, że (...) systematycznie traci udział w rynku, zaś fakt, iż dotychczasowi jej klienci, w tym wnioskodawcy, zdecydowali się na rezygnację z jej usług i korzystanie z usług konkurentów dowodzi, że swobodnie mogą wybierać pomiędzy świadczeniodawcami, a okoliczności rynkowe nie zmuszają ich do pozostawania w stosunkach umownych z (...). Zdaniem powódki, świadczy o tym również złożony w niniejszym postępowaniu wykaz spraw sądowych i egzekucyjnych o składki za okres wypowiedzenia, z którego wynika, jak wiele podmiotów zrezygnowało z korzystania z usług ubezpieczeniowych w (...).

W ocenie strony powodowej, przyczyną uzasadniającą wniosek o umorzenie postępowania jest brak naruszenia interesu publicznoprawnego. Prezes błędnie bowiem ustalił, że w niniejszej sprawie doszło do naruszenia interesu publicznoprawnego, którego ochronie ma służyć postępowanie antymonopolowe. W tym zakresie powołano się na stanowisko orzecznictwa, iż nie stanowi naruszenia interesu publicznoprawnego naruszenie sumy indywidualnych interesów majątkowych wnioskodawców. Podniesiono również, że Prezes Urzędu nie wykazał w toku postępowania i w zaskarżonej decyzji, aby działania (...) stanowiły potencjalne choćby źródło zagrożenia dla konkurencyjności rynku ubezpieczeń na życie.

W zarzutach z pkt C.3.j. i k. powódka podniosła, że nie znajduje oparcie w zebranych materiale dowodowym ustalenie organu antymonopolowego, że w sytuacji, gdy rezygnujący z ubezpieczenia pracownicy stanowią większość lub 100% ubezpieczonych danego zakładu pracy, a pracodawca nie wypowiada umowy, (...) traktuje taką sytuację jako wypowiedzenie umowy i występuje do pracodawców o zapłatę składek za 3-miesięczny okres wypowiedzenia, jak również ustalenie, że wnioskodawcy muszą uiszczać składki za pracowników, którzy pojedynczo rezygnują z ubezpieczenia zwartego na podstawie starych (...). Wskazała w szczególności, że obowiązek zapłaty składki za pracownika, który zrezygnował z ubezpieczenia, nie wynika z żadnego z postanowień starych (...), a (...) nie dochodziło takich roszczeń, ponieważ nie ma wówczas okresu wypowiedzenia. Zatem ani pracownik, ani pracodawca nie są zobowiązani do zapłaty składki. Spółka podniosła również, że uchwałą nr (...) Zarządu (...) z dnia 22 czerwca 2005r., podjęto decyzję, że w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie starych (...) i nieopłacenia składki przez ubezpieczającego w okresie wypowiedzenia umowy w związku z rezygnacją wszystkich ubezpieczonych z ubezpieczenia, (...) wstrzymuje się z dochodzeniem tych składek na drodze sądowej.

Odnośnie zarzutu sformułowanego w pkt C.3.l. odwołania strona powodowa wskazała na bezzasadność ustalenia, że pracodawcy ponoszą ryzyko finansowe wystąpienia przez ubezpieczonych z grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie, ponieważ opłacanie składki i ochrona ubezpieczeniowa są świadczeniami wzajemnymi, a pobieranie składki za okres wypowiedzenia (obowiązywania umowy) jest zgodne z prawem, co potwierdzają orzeczenia sądowe. Zdaniem powódki, błąd w ustaleniu tej okoliczności sprowadza się więc do bezpodstawnego kwestionowania dopuszczalności żądania przez (...) składki za okres wypowiedzenia. Odwołująca się Spółka wskazała również, że realny ciężar ekonomiczny opłacania składek ponoszą zawsze pracownicy. Na mocy umowy łączącej (...) i wnioskodawców (pracodawców) składka za ubezpieczenie pracowników płatna jest przez samych pracowników, a ubezpieczający jest zobowiązany do jej potrącania oraz przekazywania do (...). Jak stwierdziła powódka, powyższy obowiązek ubezpieczającego pracodawcy ustaje jednak z chwilą rezygnacji pracownika z ubezpieczenia.

W kolejnym punkcie odwołania powódka zarzuca Prezesowi Urzędu mylenie dwóch instytucji prawnych. Według niej, czym innym jest zgoda pracownika na potrącanie z jego wynagrodzenia składki ubezpieczeniowej na podstawie art. 91 k.p., a czym innym jest egzekwowanie składki na podstawie odrębnych przepisów. Spółka podnosi, że brak prawnej możliwości potrącania składki z tytułu umowy ubezpieczenia z wynagrodzenia pracownika, nie oznacza

pozbawienia pracodawców możliwości egzekucji tej składki w drodze postępowania przed sądem powszechnym, bądź też na podstawie porozumienia między pracodawcą i pracownikiem. Jej zdaniem, zachowanie takie stanowi przejaw dokonania przez pracodawcę aktu należytej staranności.

W ramach zarzutu z pkt C.3.n. strona powodowa zakwestionowała racjonalność stwierdzenia Prezesa, iż okoliczność, że młodzi ubezpieczeni płacą wyższą składkę w ubezpieczeniach grupowych niż w przypadku ubezpieczeń indywidualnych i w ten sposób subsydują koszt ubezpieczenia osób starszych, co pozwala zaoferować osobom starszym składki korzystniejsze, aniżeli w ubezpieczeniach indywidualnych. Uznała również za dowolne stwierdzenie w decyzji, że w ubezpieczeniach grupowych uśrednianie przejmowanego ryzyka ma wpływ również na obligatoryjność tego typu umów.

Odnosnie zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. w związku z ustaleniem, że pracodawca nie czerpie korzyści z faktu ubezpieczenia swoich pracowników powódka wskazała, iż oczywistym jest, że taką korzyścią dla pracodawcy jest fakt przywiązania pracowników do zakładu pracy poprzez oferowanie im ubezpieczenia na życie, które w istocie stanowi element pakietu socjalnego. Jej zdaniem, pracodawca dzięki zawarciu umowy grupowego ubezpieczenia na życie dla swoich pracowników podnosi rangę swojego zakładu pracy i swój prestiż, co w sposób bezpośredni przekłada się na wydajność ich pracy, a tym samym na wynik finansowy przedsiębiorcy.

Podnosząc zarzut naruszenia art. 2 Rozporządzenia nr 1/2003 strona powodowa stwierdziła, że w świetle tego przepisu, to wnioskodawcy wraz z organem antymonopolowym zarzucając (...) naruszenie art. 82 TWE powinni udowodnić, iż w odniesieniu do danego zachowania dominanta brak jest obiektywnego (ekonomicznego) uzasadnienia. Art. 2 Rozporządzenia 1/2003 nakłada bowiem na wnioskodawców zarzucających naruszenia art. 82 TWE obowiązek wykazania faktu tego naruszenia. W ocenie powódki, Prezes Urzędu dokonał zaś odwrócenia tej reguły, co znalazło swe najsilniejsze odzwierciedlenie na str. 20 decyzji, gdzie organ antymonopolowy stwierdza: „ (...) nie udowodnił, że wszystkie umowy działające w oparciu o stare (...) zostały aneksowane w ww. zakresie i nie przedstawił przekonujących dowodów, iż zwracał się z ofertą zmiany umów w przedmiotowym zakresie do wszystkich ubezpieczających posiadających umowy funkcjonujące w oparciu o stare (...).

Wskazując na naruszenie art. 77 k.p.a. w zw. z art. 7 k.p.a. oraz art. 80 duokik, Spółka zarzuciła pozwanemu Prezesowi, iż uznał za udowodnione posiadanie przez (...) pozycji dominującej na rynku bez przeprowadzenia profesjonalnej analizy rynku z zastosowaniem antymonopolowej metodyki wyznaczania rynku właściwego w sprawie. Powódka wskazała w szczególności na nieprzeprowadzenie badania popytowej i podażowej substytucyjności produktów, nieuwzględnienie zachowań uczestników rynku zarówno odbiorców, jak i konkurentów, braku analiz ilościowych i jakościowych. Podała, że przy obliczaniu siły rynkowej należy również rozpatryć: poziom barier wejścia do sektora, ekonomię skali, wielkość i siłę konkurentów, zachowania konsumentów, strategię cenową dominującą na rynku, zagrożenie wejściem nowych konkurentów, stabilność rynku.

W ramach zarzutu dotyczącego nieprawidłowości przy nakładaniu kary pieniężnej, powódka stwierdziła błędne przyjęcie przez Prezesa umyślnego charakteru zarzuconych jej praktyk. Jej zdaniem, trudno wskazywać na czym miałyby polegać nieumyślność (a tym bardziej umyślność) działań (...), skoro działania Spółki były każdorazowo kontrolowane przez sąd powszechny, również w aspekcie zgodności zapisów umownych z przepisami obowiązującego prawa prywatnego jak i publicznego. Powódka stwierdziła również, że nie można się zgodzić z Prezesem Urzędu, że do jego kognicji należy karanie przedsiębiorcy za praktyki, które mają nastąpić w przyszłości. Zdaniem strony powodowej, w stosunku do (...) nie zachodziły żadne przesłanki pozwalające na nie tylko wymierzenia tak surowej kary, ale i kary w ogólności. Według niej, istniał zaś szereg okoliczności wskazujących na brak potrzeby wymierzenia kary, do których zaliczyła powódka: fakt dotychczasowego nie naruszania przez (...) przepisów prawa antymonopolowego oraz pełną współpracę z organem antymonopolowym w celu wyjaśnienia wszystkich okoliczności sprawy, czego dowodem jest fakt, że pozwany oparł swą decyzję w znacznej mierze (choć w sposób wybiórczy) na dokumentach i argumentach dostarczonych mu przez (...).

Kolejny zarzut powódki dotyczył niewykonalności decyzji wynikającej z bezprawności żądania. Stwierdziła ona, że wbrew art. 107 § 2 k.p.a., w pkt I.2. oraz pkt II.2. zaskarżonej decyzji Prezes zakazał (...) „przerzucania na ubezpieczającego (pracodawcę) ryzyka finansowego wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z grupowego ubezpieczenia na życie” nie określając jednocześnie, na czym zarzucane działania polegają. Zdaniem powódki, zarzut braku precyzji dotyczy również pkt I.1. i II.1. decyzji. W konsekwencji, jak podnosi Spółka, niezrozumiałe jest, jakich działań ze strony (...) oczekuje organ antymonopolowy w celu wykonania decyzji, co oznacza jej niewykonalność. W dalszej kolejności powódka zakwestionowała możliwość wymagania przez Prezesa od (...) podjęcia czynności, które ograniczają w znaczny sposób jej swobodę kontraktową, a w szczególności możliwość żądania: zaniechania przez (...) udzielania ochrony ubezpieczeniowej po wystąpieniu pracownika z ubezpieczenia, zrzeczenia się roszczeń z tytułu składek za okres trzymiesięcznego wypowiedzenia dochodzonych na podstawie starych (...) oraz zrzeczenia się prawa do wszczynania w przyszłości postępowań w sprawie dochodzenia uprawnionych roszczeń wynikających z wypowiedzenia umowy, a także jednostronnego narzucenia pracodawcom nowych (...). Spółka zaznaczyła, że żądając takich zachowań Prezes Urzędu wykracza poza przyznane mu ustawą kompetencje, co powoduje, że decyzję należy uznać za wydaną bez podstawy prawnej.

Strona powodowa zarzuciła organowi antymonopolowemu naruszenie § 2 ust. 1 i 2 Rozporządzenia MS w sprawie opłat za czynności radców prawnych (...) oraz art. 69 ust. 3 duokik w dwóch aspektach. Po pierwsze - poprzez przyznanie każdemu z wnioskodawców sześciokrotności stawki minimalnej w sytuacji, gdy nie można się zgodzić z twierdzeniem, że przyznanie stawki w takiej wysokości uzasadnione jest długim stosowaniem przez (...) praktyki będącej przedmiotem niniejszego postępowania oraz prowadzeniem tych praktyk na szeroką skalę przeciwko wielu podmiotom, gdyż okoliczności te nie mają jakiegokolwiek związku z przesłankami wskazanymi w § 2 rozporządzenia.

Po drugie – mnożąc ww. stawkę przez liczbę wnioskodawców w szczególności, gdy z uzasadnienia wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego, jak i decyzji zawierającej zaskarżone postanowienie jednoznacznie wynika, że stan faktyczny w przypadku każdego z wnioskodawców był identyczny. Zdaniem powódki, nakład pracy merytorycznej pełnomocnika nie zależał zatem w żaden sposób od ilości reprezentowanych osób. Wskazała ona również, że zgodnie z art. 69 ust. 3 zwrotowi podlega wynagrodzenie tylko jednego radcy prawnego. Tak więc z literalnego brzmienia ww. przepisu wynika, że nie ma podstaw, aby wysokość należnej wg rozporządzenia MS stawki mnożyć przez liczbę stron postępowania. Dla wykazania słuszności tego poglądu, powódka odwołała się do orzecznictwa Sądu Najwyższego.

Odnosnie zarzutów odwołania dotyczących bezpodstawnego nadania decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności powódka stwierdziła, że organ antymonopolowy zastosował błędną, rozszerzającą wykładnię ustawowych przesłanek nadania rygoru, nie wykazując przy tym zaistnienia szczególnych, wyjątkowo ważnych okoliczności uzasadniających zastosowanie art. 90 duokik. Spółka podniosła, że z uwagi na wyjątkowy charakter tego przepisu, Prezes UOKiK nie powinien interpretować wymienionych w nim przesłanek rozszerzając, lecz winien dokonać w tym zakresie wykładni ścieśniającej. Ponadto, zdaniem strony powodowej, okoliczności nadania rygoru natychmiastowej wykonalności objęte art. 90 duoki, tj. ochrona konkurencji i ważny interes konsumentów, należy interpretować z uwzględnieniem przesłanek z art. 108 § 1 k.p.a., jak również bogatego dorobku orzecznictwa i piśmiennictwa dotyczącego stosowania tego przepisu. W ocenie Spółki, w postępowaniu antymonopolowym możliwe jest stosowanie tego ostatniego przepisu także wówczas, gdy aktualne są przesłanki z art. 90 duokik. Powódka zakwestionowała także rozszerzenie przez Prezesa pojęcia konsumenta, przez objęcie nim ubezpieczających pracodawców.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany Prezes UOKiK wniósł o jego oddalenie, stosownie do treści art. 479^{31a} § 1 k.p.c. oraz zasądzenie kosztów postępowania, według norm przepisanych. Organ antymonopolowy uznał, że podniesione przez powoda zarzuty nie są uzasadnione – zaskarżona decyzja nie narusza ani przepisów postępowania, ani prawa materialnego. Z tego względu, pozwany w pełni podtrzymał twierdzenia zawarte w zaskarżonej decyzji (odpowiedź na odwołanie, k. 219-313).

Zainteresowane Przedsiębiorstwo Produkcji, Handlu i Usług (...) nie zajęło stanowiska w przedmiotowej sprawie, natomiast pozostali Zainteresowani, w odpowiedzi na odwołanie wnieśli o: oddalenie odwołania w całości, jako

nieuzasadnionego w zaistniałym stanie faktycznym i prawnym oraz zasądzenie kosztów postępowania, w tym zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Ustosunkowując się do poszczególnych zarzutów odwołania Zainteresowani stwierdzili na wstępie, że wszystkie zarzuty dotyczące wadliwości postępowania administracyjnego nie zasługują na uwzględnienie, ponieważ nie mogą być przedmiotem rozpoznania przez SOKiK. Sąd ten nie jest bowiem organem uprawnionym do kontroli postępowania administracyjnego, lecz ma za zadanie merytoryczne rozstrzygnięcie sprawy wskazanej w odwołaniu.

Odnosnie zarzutu naruszenia art. 93 duokik Zainteresowani nie zgodzili się z twierdzeniem powódki, iż naruszenie przez nią ustawy antymonopolowej polegało na narzucaniu uciążliwych warunków umów (art. 8 ust. 2 pkt 6). Z uwagi na fakt, że przedmiotem postanowienia antymonopolowego nie jest narzucanie niedozwolonych warunków umownych, lecz utrzymywanie stanu prowadzącego do zniekształcenia konkurencji dla zaniechania praktyki konieczne jest, zdaniem Zainteresowanych, zaniechanie utrzymywania tego stanu, a więc odpowiednie anektowanie umów. Stwierdzili oni, że skoro zarzucane praktyki stosowane były przez powódkę do dnia zakończenia postępowania antymonopolowego, umorzenie postępowania z uwagi na termin przedawnienia nie jest prawnie dopuszczalne.

W odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 84 ust. 1 pkt 1 duokik w zw. z art. 28 k.p.a. Zainteresowani podnieśli, że ocena interesu prawnego powinna być dokonana w świetle ratio legis ustawy antymonopolowej, którym jest ochrona konkurencji na rynku. Interes prawny tożsamy jest z interesem przedsiębiorcy lub konsumenta w ochronie swoich interesów. Wystarczy, aby wykonanie sankcji administracyjnej, objętej wnioskiem wpływało na prawa lub obowiązki wnioskodawcy. Według Zainteresowanych, nie ulega wątpliwości, że przedsiębiorca posiada interes prawny jeśli wiązały go lub wiąże jakiegokolwiek stosunki umowne z dominantem, bądź też działalność dominanta wpływa na działalność wnioskodawcy. Podnieśli oni, że praktyki ograniczające konkurencję stanowią jednocześnie, w myśl art. 415 k.c., czyn niedozwolony, co da im, w przypadku uznania działań powódki za zakazaną praktykę ograniczającą konkurencję, legitymację do wystąpienia z roszczeniami odszkodowawczymi, związanymi z obowiązkiem świadczenia na rzecz powoda składek ubezpieczeniowych.

W zakresie zarzutu naruszenia art. 1 ustawy antymonopolowej Zainteresowani stwierdzili, że praktyka naruszająca interes publiczny może mieć miejsce nawet wtedy, gdy dotknięte są nią interesy nawet nielicznych podmiotów, jeżeli źródłem praktyki jest pozycja dominująca sprawcy. Natomiast fakt, że dotkniętych praktyką jest wiele podmiotów, pozbawionych możliwości konkurowania, przesądza ocenę, że przedmiotowa praktyka jest wyjątkowo groźna dla uczestników rynku. Wynika to z wysokiego udziału w rynku monopolisty dominanta i innych okoliczności, takich jak: długi okres stosowania praktyki, bardzo dobrze znana marka powódki, posiadanie dużej wiedzy na temat struktury rynku oraz know-how z tym związane, realne, wysokie bariery dostępu do rynku. Zdaniem Zainteresowanych, działania (...) sprzeczne z prawem konkurencji oddziałują na rynek niezwykle silnie, to zaś przesądza, że postępowanie przeciwko powódce wszczęte zostało w interesie publicznym – zarówno w interesie konkurentów i kontrahentów powódki, jak i w interesie konsumentów.

W odpowiedzi na zarzut naruszenia art. 8 ust. 2 pkt 5 ustawy antymonopolowej Zainteresowani zgodzili się z Prezesem UOKiK, co do kwalifikacji praktyki ograniczającej możliwość wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego pracodawcę jedynie w przypadku, gdy co najmniej 75% ubezpieczonych pracowników uprzednio wyrazi na to zgodę – w oparciu o art. 8 ust. 2 pkt 5 duokik. Wskazali, że w przypadku braku zgody pracowników, pracodawca pozbawiony jest możliwości podjęcia decyzji w przedmiocie zmiany ubezpieczenia nawet, jeśli inny ubezpieczyciel oferuje korzystniejsze warunki. Zainteresowani podzielili argumentację Prezesa, że w sytuacji, gdy na rynku ubezpieczeń działają inne podmioty niż powódka, jej zachowanie ogranicza swobodę kontraktową pracodawców, co ma bezpośredni skutek dla konkurentów (...) i często stanowi barierę nie do pokonania w dostępie do rynku. Również w odniesieniu do praktyki ograniczającej konkurencję, polegającej na utrzymywaniu i stosowaniu (...) utrudniających zmianę ubezpieczyciela na skutek rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia i obciążenia ubezpieczającego pracodawcy składkami za okres wypowiedzenia umowy, Zainteresowani zgodzili się, że wypełnia ona hipotezę art. 8 ust. 2 pkt 5 ustawy antymonopolowej. Stwierdzili,

że żądanie zapłaty składki w okresie wypowiedzenia byłoby dozwolone, gdyby zgodnie z umową ubezpieczenia pracodawca uprawniony byłby do potrącania w tym okresie składek, co w niniejszej sprawie nie ma miejsca.

Odnośnie zarzutu naruszenia art. 8 ust. 1 w zw. z art. 4 pkt 8 ustawy antymonopolowej Zainteresowani podzielili stanowisko Prezesa UOKiK w zakresie ustaleń dotyczących rynku właściwego. Zgodzili się, że w niniejszej sprawie rynkiem tym jest krajowy rynek grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Dla uzasadnienia słuszności tego poglądu odwołali się, między innymi, do stanowiska organów wspólnotowych, oferty zakładów ubezpieczeń, literatury fachowej, a także ankiet przeprowadzonych przez Prezesa UOKiK wśród zakładów ubezpieczeń. Konsekwencją przyjęcia ww. stanowiska, było uznanie za bezprzedmiotowe argumentów strony powodowej, dotyczących udziału (...) na wspólnotowym rynku ubezpieczeń na życie (zarzut naruszenia art. 8 ust. 1 i 2 duokik). Zdaniem Zainteresowanych, nie mogą zastać uwzględnione w niniejszym postępowaniu wszelkie, przedstawione przez powódkę, dane ekonomiczne mające na celu określenie jej udziału w rynku ubezpieczeń na życie. Odnosząc się natomiast do udziału powódki na krajowym rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie Zainteresowani wskazali, że wbrew jej opinii, podstawą określenia wskaźnika dominacji (...) na danym rynku, obok bardzo wysokiego udziału w rynku, były także następujące okoliczności: utrzymywanie pozycji dominującej przez długi czas; bariery wejścia na rynek właściwy, w tym bariery o charakterze ekonomicznym, technologicznym oraz prawnym; przywiązanie do marki towaru; struktura rynku oraz wielkość i skala działania. Z wyżej wskazanych przyczyn, zdaniem Zainteresowanych, nie zasługiwał na uwzględnienie także zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. poprzez przyjęcie, że powód posiada pozycję dominującą na rynku relevantnym.

Zainteresowani nie zgodzili się z zarzutem odwołania, dotyczącym naruszenia art. 3 i art. 5 w zw. z art. 35 Rozporządzenia nr 1/2003 w zw. z art. 82 TWE. Stwierdzili, że w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji Prezes UOKiK, wskazując na konieczność zastosowania wspólnotowych przepisów prawa konkurencji szczególną uwagę zwrócił właśnie na wpływ praktyki na handel pomiędzy państwami członkowskimi Wspólnoty, wskazując, iż stosowana przez powoda praktyka wpływa na handel pomiędzy państwami członkowskimi Wspólnoty Europejskiej poprzez stworzenie bariery dla wejścia na rynek podmiotów zagranicznych. Według Zainteresowanych, nie ulega wątpliwości, że wpływ na handel państw członkowskich może mieć miejsce w przypadku izolacji rynku krajowego.

Odnośnie zarzutu naruszenia art. 39 k.p.a. w zw. z art. 40 § 2 k.p.a., art. 7, art. 9 i art. 10 k.p.a. w zw. z art. 90 ustawy antymonopolowej w odpowiedzi na odwołanie stwierdzono, że zarzut braku doręczenia z urzędu pełnomocnikowi powoda przez organ antymonopolowy pism procesowych, bez wskazania zakresu zarzutu, tzn. bez wskazania konkretnie, które z pism nie zostały powodowi doręczone oraz bez wskazania, jaki wpływ na wynik sprawy miały uchybienia organu w przedmiocie doręczenia jest bezskuteczny.

Ustosunkowując się do zarzutu naruszenia art. 10 k.p.a. w zw. z art. 45a i art. 66 duokik Zainteresowani stwierdzili, że jest on nietrafny. Wskazali, że zarzut naruszenia art. 10 k.p.a. byłby zarzutem prawidłowym w przypadku, gdyby strona powodowa nie została bądź została błędnie poinformowana o możliwości zapoznania się z zebrany materiałem dowodowym. Tymczasem, jak podnieśli Zainteresowani, z akt sprawy wynika, że powód zawiadomieniem o zakończeniu zbierania materiału dowodowego z dnia 20 sierpnia 2007r., został poinformowany o możliwości zapoznania się z zebrany materiałem dowodowym oraz o możliwości przedstawienia swojego stanowiska w terminie 14 dni od dnia zakończenia przeglądania akt sprawy. W ocenie Zainteresowanych, powyższe zawiadomienie było bez wątplenia wynikiem realizacji czynnego udziału stron w postępowaniu. Z tych samych przyczyn nie zasługiwał, ich zdaniem, na uwzględnienie zarzut dotyczący nieodniesienia się przez Prezesa UOKiK do pisma procesowego powódki z dnia 7 października 2007r., które zostało wniesione po upływie terminu. Zainteresowani wskazali, że Prezes nie miał obowiązku włączyć takiego pisma do akt sprawy, a powódka nie wykazała, że brak odniesienia się do ww. pisma przez Prezesa UOKiK miał dla niej negatywne konsekwencje, a jeśli tak, to w jakim zakresie.

Za nietrafny uznano zarzut określony w pkt C.3.b. z uwagi na to, że przy wydzieleniu rynku właściwego były brane pod uwagę wyniki przeprowadzonej przez Prezesa UOKiK ankiety, obejmującej m.in. badanie cech podobnych oraz różnicujących grupowe ubezpieczenia (w tym pracownicze) na życie oraz ubezpieczenia indywidualne. Tak samo oceniono zarzutu niekompletności danych zebranych przez Prezesa UOKiK w przedmiocie obliczenia udziału

powoda oraz jego konkurentów w rynku ubezpieczeń grupowych na życie. Wskazano, że powód dokonując wyliczeń, w celu wykazania błędu matematycznego w ustaleniu wysokości udziału, swoje działania matematyczne oparł na niewłaściwych danych podstawowych. Przyjął błędnie zaniżoną liczbę uczestników rynku do podmiotów działających „fizycznie” na rynku polskim. Powołując się na dane (...) Zainteresowani wskazali, że na obszarze polskim, w 2005r. oprócz 33 towarzystw ubezpieczeń, mających „fizycznie” oddziały na terenie (...), notyfikowanych było 65 zakładów ubezpieczeń państw członkowskich UE i Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, które mogły prowadzić działalność w zakresie grupowych ubezpieczeń pracowniczych.

Zdaniem Zainteresowanych, zarzut braku profesjonalności w działaniach podejmowanych przez organ administracji publicznej jest zarzutem nieopartym argumentacją merytoryczną. Podnieśli oni, że w treści ankiet nie zostało wskazane, że postępowanie wyjaśniające dotyczy powoda – wręcz przeciwnie, wynikało z nich, że Prezes UOKiK wszczął to postępowanie w celu ustalenia zachowań towarzystw ubezpieczeń (a nie jednego podmiotu) na życie w zakresie prowadzenia grupowych ubezpieczeń pracowniczych. Ponadto stwierdzili, że nie mogą zostać uwzględnione zarzuty dotyczące niewłaściwie sformułowanych pytań, bo przedsiębiorcy działający na rynku ubezpieczeń na życie są profesjonalistami, doskonale znającymi reguły rynku, na którym działają, jak również świetnie orientujący się w wachlarzu oraz charakterystyce produktów.

Odnośnie zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. w zakresie nieuwzględnienia przez Prezesa treści wyroków SOKiK z dnia 10 października 2005r. o sygn. akt XVII AmC 54/04 i AmC 56/04 Zainteresowani wskazali, że oparcie na nich rozstrzygnięcia nie było możliwe, ponieważ przedmiotem postępowania w obu przywołanych wyrokach był inny stan faktyczny. Żaden z nich nie odniósł się do przerzucenia w okresie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ciężaru finansowania składek pracownika na pracodawcę oraz do działań, w wyniku których zniekształcona została konkurencja.

Co do zarzutu C.3.g. Zainteresowani stwierdzili, że przedmiotem niniejszego postępowania nie jest stosowanie niedozwolonych klauzul umownych w umowach grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie, lecz utrzymywanie i stosowanie zasad uniemożliwiających zmianę ubezpieczyciela, co zniekształca i tak nieznacznie na tym rynku konkurencję. Dlatego też sama zmiana (...) nie ma i nie miała wpływu na ocenę zachowań powoda, w sytuacji, gdy stare (...) były nadal stosowane.

W opinii Zainteresowanych, nie zasługuje również na uwzględnienie zarzut sformułowany w pkt C.3.h. odwołania. Podnieśli, iż z danych uzyskanych w toku postępowania antymonopolowego wynika, że w połowie 2001r. zakresem usług powoda w przedmiocie grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie objętych było aż 9 mln Polaków z zastrzeżeniem, że ubezpieczenia te stanowią ponad 80% portfela wszystkich ubezpieczeń (...). Według Zainteresowanych, z uwagi na tak silną pozycję powoda na rynku, praktyki przez niego stosowane określone w decyzji Prezesa UOKiK wpływają bardzo negatywnie na strukturę rynku. Odnosząc się do argumentacji co do utraty przez powoda udziałów w rynku, wskazali oni, iż dane te dotyczą rynku ubezpieczeń na życie, natomiast w niniejszej sprawie rynek relewantny określony został jako rynek grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie.

Wobec zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. poprzez ustalenie, że doszło do naruszenia interesu publicznoprawnego, podtrzymano stanowisko wskazane w pkt 3 pisma, uznając ten zarzut za nietrafny.

Zdaniem Zainteresowanych, na nieprawdziwość zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. poprzez błędne ustalenia, że powód egzekwuje składki od pracowników, którzy wypowiedzieli umowę ubezpieczenia w sytuacji gdy pracodawca nie wypowiedział umowy oraz zarzutu naruszenia ww. przepisu poprzez błędne ustalenie, że powód egzekwuje składki od pracowników, którzy wypowiedzieli umowę ubezpieczenia w sytuacji, gdy pracodawca nie wypowiedział umowy – wskazuje materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie (k. 4935-4940, 5270-5284, 5293-5301, 5302-5308).

W ocenie zainteresowanych, na akceptację nie zasługuje również zarzut z pkt C.3.i., gdyż ocena zachowań powoda w świetle ustawy antymonopolowej nie dotyczy samej możliwości zobowiązania do zapłaty składki w okresie wypowiedzenia. Kwestią podlegającą negatywnej ocenie Prezesa UOKiK jest zachowanie powoda polegające na żądaniu zapłaty od pracodawcy składek ubezpieczeniowych za pracowników w sytuacji, gdy pracodawca nie jest już

uprawniony do pobierania składek od pracowników. Według Zainteresowanych, nie ulega wątpliwości, że żądanie zapłaty składki w okresie wypowiedzenia byłoby dozwolone, gdyby pracownik zezwolił pracodawcy na potrącanie w tym okresie składek, jednak jak wykazało postępowanie antymonopolowe przeprowadzone w niniejszej sprawie, taka sytuacja nie miała miejsca.

W odpowiedzi na odwołanie nie zaakceptowano argumentacji powódki odnośnie zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. poprzez utożsamienie ustawowych ograniczeń w potrąceniu składki ubezpieczeniowej z wynagrodzenia pracownika z niemożnością wyegzekwowania kwoty z tytułu opłacenia składki. W tym zakresie podniesiono, że dodatkowe obciążanie pracodawcy, który jest wyłącznie pośrednikiem w zapłacie ubezpieczeniowej, w dochodzeniu swoich należności od pracownika jawi się jako rozwiązanie wysoce krzywdzące, nieekwiwalentne i sprzeczne z zasadami współzycia społecznego. Wskazano, że nie ulega wątpliwości, że to powód jako podmiot osiągający korzyści finansowe z tytułu świadczonych usług, powinien być w całości obciążony ryzykiem prowadzenia działalności gospodarczej.

W nawiązaniu do zarzutu dowolnego ustalenia, dotyczącego obligatoryjności zawierania umów grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie oraz subsydiowania części ubezpieczonych pracowników przez pozostałych wskazano, że trudno zaakceptować tezy pełnomocnika powoda w sytuacji, gdy zaprzeczają one faktycznym relacjom na rynku, a które zostały potwierdzone przez przedsiębiorców na nich działających. Ponadto podniesiono, że z kontekstu uzasadnienia decyzji w tym zakresie wynika, iż intencją Prezesa UOKiK było wskazanie na to, że w przypadku ubezpieczeń grupowych możliwe jest zawarcie umowy ubezpieczenia także przez osoby, które z różnych względów (w tym ze względów zdrowotnych) nie mogłyby zostać objęte ubezpieczeniami indywidualnymi. W takim przypadku, w sytuacji chęci zawarcia przez te osoby umowy ubezpieczenia, niejako „obowiązkowe” staje się zawarcie grupowych ubezpieczeń na życie.

Odnośnie zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. w związku z ustaleniem, że pracodawca nie czerpie korzyści z faktu ubezpieczenia swoich pracowników, Zainteresowani stwierdzili, że zarzuty te nie mają charakteru merytorycznego, nie pozostają w związku ze sprawą i nie mają na nią wpływu, przeto nie jest możliwe odniesienie się do nich.

Uznali również, że nie powinien być uwzględniony zarzut dotyczący przerzucenia ciężaru dowodu na powoda - zarzut naruszenia Rozporządzenia nr 1/2003. W ocenie Zainteresowanych, postępowanie antymonopolowe przeprowadzone było rzetelnie, a materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie jest wyjątkowo obszerny. Wskazali oni, że organ ochrony konkurencji zobowiązany jest w sprawach z naruszenia art. 82 TWE udowodnić istnienie pozycji dominującej przedsiębiorcy oraz naruszenie tej pozycji. Ciężar dowodu, iż określone zachowanie przedsiębiorcy posiadającego pozycję dominującą znajduje obiektywne uzasadnienie, spoczywa na tym przedsiębiorcy, przy czym musi on to uczynić w sposób przekonujący, stosując odpowiedni standard dowodowy.

Według Zainteresowanych, nie zasługuje na uwzględnienie zarzut sformułowany w pkt C.5. odwołania z uwagi na to, że określenie pozycji dominującej powoda na rynku relewantnym jak i inne okoliczności sprawy wyjaśnione zostały oraz określone przez Prezesa UOKiK wyczerpująco. W pełni przychylił się oni również do rozstrzygnięcia oraz uzasadnienia Prezesa w materii objętej zarzutem naruszenia art. 101 duokik w zw. z art. 6 i 8 k.p.a. poprzez nałożenie na powoda rażąco wygórowanej kary pieniężnej z naruszeniem zasady równości i proporcjonalności, niewspółmiernej do zarzucanych powodowi działań i skutków tych działań dla konkurencji na rynku. Zdaniem Zainteresowanych, kara nałożona została prawidłowo z uwzględnieniem zasad jej nakładania stosowanych w praktyce przez organy ochrony konkurencji i konsumentów.

W odpowiedzi na odwołanie nie podzielono zarzutu niewykonalności decyzji wynikającej z bezprawności żądania. W tym zakresie stwierdzono, że z sentencji decyzji w sposób jasny i precyzyjny wynika, jakie zachowania powoda uznane zostały za praktyki ograniczające konkurencję. Natomiast w uzasadnieniu decyzji, stanowiącej jej integralną część, zostało wskazane, na czym zaniechanie praktyk ma polegać.

Odnośnie zarzutu dotyczącego rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów postępowania stwierdzono, że termin wniesienia odwołania w zakresie nałożenia obowiązku zwrotu kosztów wynosi 7 dni, a nie tak jak to przyjął pełnomocnik powoda w terminie 14 dni. W dalszej kolejności wskazano, że wnioskodawcy pismem z dnia 18

września 2007r. przedłożyli spis kosztów poniesionych w toku postępowania antymonopolowego prowadzonego w niniejszej sprawie, które wyniosły 22.750 zł. Zdaniem Zainteresowanych, podstawą rozstrzygnięcia w przedmiocie zwrotu kosztów postępowania jest w niniejszej sprawie art. 69 ust. 3 ustawy antymonopolowej w zw. z § 14 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia MS zgodnie z którym maksymalna stawka z tytułu zastępstwa procesowego w postępowaniu przed Prezesem UOKiK wynosi 2.160 zł. Podzielają oni zdanie Prezesa, że maksymalna stawka zwrotu przedmiotowych kosztów uzasadniona jest charakterem praktyki stosowanej przez powoda. Ponadto, w ocenie Zainteresowanych, mnogość wnioskodawców wymagała w toku postępowania antymonopolowego szczegółowej analizy licznych stanów faktycznych i prawnych, co uzasadnia przyznanie kosztów zastępstwa procesowego odrębnie dla każdego wnioskodawcy. Podkreślono także, że prowadzona sprawa, z uwagi na specyficzny charakter, trudność w zdefiniowaniu rynku relewantnego oraz wspólnotowy wymiar praktyki, jest sprawą o złożonym i zawilim charakterze.

W zakresie wniosku o wstrzymanie wykonania decyzji Zainteresowani podtrzymali stanowisko przedstawione w odpowiedzi na zażalenie powódki na postanowienie w przedmiocie nadania decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności. Wskazali również, że w części dotyczącej rygoru Prezes UOKiK wykazał szczegółowo, jakie zagrożenia niesie ze sobą stosowanie przez powoda praktyk monopolistycznych zarówno dla instytucji konkurencji, uczestników rynku, jak i dla konsumentów. Zainteresowani zauważyli, że organ antymonopolowy wprost wskazał, że zachowanie powoda utrudnia zarówno ubezpieczającym jaki i ubezpieczonym zmianę ubezpieczyciela, w sytuacji uzyskania korzystniejszej oferty ze strony innego zakładu ubezpieczeń (ważny interes konsumentów), jak i ograniczają dostęp do rynku pozostałym jego uczestnikom (ochrona konkurencji). Podnieśli również, że Prezes podkreślił, że w wyniku stosowania praktyki ograniczającej konkurencję, powód uzyskuje nieuzasadnione korzyści, tzn. korzyści, które nie byłyby możliwe do osiągnięcia przez niego w sytuacji, gdyby na rynku panowały reguły normalnej konkurencji. Zdaniem Zainteresowanych, konieczność nadania rygoru natychmiastowej wykonalności związana jest również z zawiedzonymi obecnie postępowaniami przed sądami powszechnymi, które wszczęte zostały z powództwa (...) w celu dochodzenia od ubezpieczających (pracodawców) składek za okres wypowiedzenia. Brak nadania rygoru pozwoliłby powodowi na dalsze stosowanie praktyk ograniczających konkurencję. W odpowiedzi na odwołanie wskazano również, że nietrafne są zarzuty i argumenty odnoszące się do niespełnienia przesłanki „ważnego interesu konsumentów” z tej przyczyny, że ubezpieczający (pracodawca) nie jest konsumentem w rozumieniu k.c. Z uzasadnienia decyzji wynika bowiem jednoznacznie, iż przesłanką nałożenia rygoru była ochrona interesów pracodawców jak i pracowników, którzy poprzez zachowanie powoda mają ograniczony wybór usługodawcy na rynku ubezpieczeń. Odnosząc się z kolei do zarzutu niezastosowania art. 108 § 1 k.p.a. Zainteresowani stwierdzili, że art. 90 ustawy antymonopolowej stanowi *lex specialis* wobec art. 108 § 1 k.p.a., co przesądza o niestosowaniu go w sprawach praktyk ograniczających konkurencję (odpowiedź na odwołanie, k. 375-406).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 9 listopada 2004r. do Prezesa UOKiK wpłynął wniosek: (...) Sp. z o.o. z siedzibą w P., T. W. prowadzącego działalność gospodarczą pod nazwą (...) T. W. z siedzibą w M., J. W. (1) i M. G. (1) prowadzących działalność gospodarczą pod nazwą (...) s.c. J. W. & M. G. z siedzibą w K., E. B., P. N., M. N. prowadzących działalność pod nazwą PPHU (...) s.c. E. B., P. N., M. N. z siedzibą w B., Spółdzielni Kółek Rolniczych z (...) w B., L. M. prowadzącego działalność gospodarczą pod nazwą Zakład (...) - L. M. z siedzibą w T., Szkoły Podstawowej im. A. M. z siedzibą w U., B. P. (1), B. P. (2) prowadzących działalność gospodarczą pod nazwą R. (...). B. s.j. P. B. (1), P. B. (2) z siedzibą w K., E. D. (2) i M. K. (2) prowadzących działalność gospodarczą pod nazwą Zakład Usługowo-Produkcyjny (...) s.c. z siedzibą w S. - o wszczęcie postępowania antymonopolowego przeciwko (...) S. A. z siedzibą w W..

W oparciu o ww. wniosek w okresie od 10 grudnia 2004r. do 31 maja 2005r. Prezes przeprowadził postępowanie wyjaśniające w sprawie zachowań towarzystw ubezpieczeń na życie, mogących ograniczać lub naruszać konkurencję na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie oraz w celu ustalenia, czy w przedmiotowej sprawie miało miejsce naruszenie przepisów ustawy antymonopolowej uzasadniające wszczęcie postępowania antymonopolowego. W dniu 1 czerwca 2005r. organ antymonopolowy wszczął postępowanie antymonopolowe przeciwko (...) S. A., które zakończyło się wydaniem w dniu 25 października 2007r. decyzji zaskarżonej w przedmiotowym postępowaniu.

Podmioty posiadające w niniejszej sprawie status zainteresowanych, tj. (...) sp. z o. o. w P., T. W., , E. B., P. N. i M. N., Spółdzielnia Kółek Rolniczych w B., L. M., (...) sp. jawna w K., , (...) sp. z o. o. w K., Zakład (...) sp. jawna J.M.E.K. W. w B., (...) M. i spółka sp. jawna w G., (...) sp. z o. o. w Ł., (...) sp. z o. o. w J., (...) sp. z o. o. w N., (...) A. P., (...) sp. jawna w P., B. K., Z. A. oraz Przedsiębiorstwo Produkcji, Handlu i Usług (...) sp. z o. o. w R. - są przedsiębiorcami w rozumieniu art. 4 pkt 1 duokik. E. D. (1) i M. K. (2) oraz J. W. (1) i M. G. (1) takimi przedsiębiorcami byli ale zaprzestali prowadzenia działalności gospodarczej. Sentencją wyroku nie zostali natomiast objęci - dopuszczeni do udziału w postępowaniu antymonopolowym - Firma Handlowa (...) spółka jawna D. i spółka w T. oraz Szkoła Podstawowa nr (...) w J.. Zgodnie z art. 316 § 1 k.p.c., miarodajny dla oceny sprawy jest stan rzeczy istniejący w dacie wydawania orzeczenie. Z tego względu, nie mógł być uznany za zainteresowanego podmiot, który nie istnieje we wskazanym momencie. Chodzi tutaj mianowicie o pierwszy z wymienionych podmiotów, który został wykreślony z rejestru przedsiębiorców KRS prawomocnym postanowieniem Sądu Rejonowego w Toruniu Sądu Gospodarczego z dniem 6 kwietnia 2007r. (sygn. akt TO.VII Ns-Rej. KRS/(...)). Z kolei drugi z podmiotów, nie został uznany za zainteresowanego z powodu braku zdolności sądowej, przy czym brak ten ma charakter nieusuwalny. W świetle art. 64 k.p.c. oraz art. 5 ust. 1-3 lit. f ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004r. nr 256, poz. 2572 ze zm.) poza sporem jest, że szkoła nie ma osobowości prawnej, zatem nie przysługuje jej zdolność sądowa, tj. zdolność do występowania w procesie jako strona.

(...) to Spółka Akcyjna istniejąca od 1991 roku, powstała na skutek przeniesienia portfela umów ubezpieczeń na życie przez Państwowy Zakład (...). Jest następcą prawnym i kontynuatorem działalności prowadzonej m.in. w zakresie ubezpieczeń na życie przez działający w Polsce po II wojnie światowej (...) - (wcześniej działający jako: (...) Zakład (...) od 1945r), który do 1989r. był jedynym zakładem w Polsce świadczącym ubezpieczenia na życie, z czego większość tych ubezpieczeń stanowiły ubezpieczenia grupowe.

(...) prowadzi działalność w zakresie określonym w dziale I załącznika do ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, póź. 1151 ze zm.), tj. w obszarze ubezpieczeń na życie, obejmujących grupy:

- 1- ubezpieczenia na życie,
- 2- ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci,
- 3- ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym,
- 4- ubezpieczenia rentowe,
- 5- ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ww. ubezpieczeń.

W ramach (...) oferuje zarówno ubezpieczenia indywidualne jak i ubezpieczenia grupowe, wśród których zasadnicze miejsce zajmują grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie. Zasadniczo grupowe ubezpieczenia pracownicze oferowane przez (...) (typ P) obejmują i dotyczą życia ubezpieczonego i współubezpieczonych (małżonka, dzieci, rodziców, teściów, noworodka martwo urodzonego, urodzenia się dziecka ubezpieczonemu) wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi (operacje chirurgiczne, leczenie szpitalne, ciężkie choroby), indywidualnie kontynuowanego grupowego ubezpieczenia pracowniczego. Przedmiotowe ubezpieczenia charakteryzują się m.in. tym, że umowa ubezpieczenia zawierana jest pomiędzy zakładem ubezpieczeń a ubezpieczającym pracodawcą i dotyczy ona zatrudnionych przez ubezpieczającego pracodawcę pracowników, składka ubezpieczeniowa płacona jest ubezpieczycielowi (miesięcznie) przez ubezpieczającego pracodawcę, który dokonuje jej potrąceń z wynagrodzeń pracowników (za ich wcześniejszą zgodą). Powyższe ubezpieczenia oprócz dość szerokiego zakresu ochrony charakteryzują niewysokie świadczenia. Suma ubezpieczenia zdefiniowana jest kwotowo (niezależnie od zarobków pracownika), a jej wysokość ograniczona jest z góry do określonej sumy (np. średniego rocznego wynagrodzenia w Polsce, najczęściej jednak daleka jest od swej maksymalnej wysokości i stanowi równowartość 3 lub 4 średnich miesięcznych dochodów Polaka). Typowa umowa grupowego ubezpieczenia pracowniczego zawierana jest bezterminowo i przewiduje wypłatę świadczeń z tytułu następujących okoliczności: zgon naturalny ubezpieczonego, nieszczęśliwy wypadek powodujący zgon ubezpieczonego lub trwałe uszczerbek na zdrowiu, zgon współubezpieczonego: dziecka, małżonka, rodziców,

teściów ubezpieczonego, urodzenie się dziecka ubezpieczonemu, zgon ubezpieczonego – świadczenie dla każdego osieroconego dziecka ubezpieczonego. Wysokość składki ustalana jest na jednakowym poziomie dla wszystkich członków załogi. Ubezpieczony, który przestaje być pracownikiem zakładu pracy objętego grupowym ubezpieczeniem pracowniczym może kontynuować ubezpieczenie na nie zmienionych warunkach opłacając składki indywidualnie, zatem przedmiotowe grupowe ubezpieczenia pracownicze obejmują również ich indywidualną kontynuację (np. po przejściu pracownika na emeryturę). Jednocześnie przedmiotowe ubezpieczenia nie obejmują: ubezpieczeń grupowych finansowanych przez pracodawców (np. pracowniczych programów emerytalnych) oraz tzw. ubezpieczeń bankowych (np. ubezpieczeń grupowych dla posiadaczy kart kredytowych), a także grupowych ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Zainteresowani zawarli z (...) S.A. umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie, według zasad określonych w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia pracowniczego (dalej dOWGUP) typu P z dnia 7 grudnia 1992r. (...) zawierał umowy w oparciu o ww. warunki ubezpieczenia w okresie od dnia 1 stycznia 1993r. do dnia 31 grudnia 2003r., przy czym umowy zawarte w oparciu o przedmiotowe dOWGUP kontynuowane były także po dniu 31 stycznia 2003r.

Zgodnie z § 16 ust. 1 dOWGUP, umowa grupowego ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego – z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia – przez ubezpieczającego – pod warunkiem, że co najmniej 75% ubezpieczonych pracowników wyrazi uprzednio zgodę pisemną na rozwiązanie tej umowy. (...) S.A. może wypowiedzieć umowę – w razie, gdy procent ubezpieczonych w odniesieniu do liczby zatrudnionych jest mniejszy od wymaganego minimum (§ 10) albo w razie nie przekazywania składek w terminie przez ubezpieczającego albo nie nadsyłania przez niego na bieżąco rozliczeń miesięcznych (§ 19 ust. 4). W przypadku wypowiedzenia umowy (ust. 1 pkt 1 i 2), ubezpieczający jest obowiązany przekazywać (...) S.A. składki do końca okresu wypowiedzenia. W myśl § 18, składka płatna jest przez pracowników zakładów pracy – miesięcznie z góry oraz przez osoby kontynuujące ubezpieczenie indywidualnie – kwartalnie z góry. Z kolei w § 19 przewidziano, że ubezpieczający jest obowiązany do potrącania ubezpieczonym pracownikom składek z wynagrodzenia za pracę oraz wypłacanych zasiłków chorobowych, macierzyńskich, wychowawczych lub innych wypłat z tytułu należności za pracę. W § 24 starych (...), odpowiedzialność (...) S. A. w odniesieniu do poszczególnych ubezpieczonych wygasa:

1) z upływem 3 miesięcy, licząc od końca miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka:

a) w czasie zatrudnienia ubezpieczonego w zakładzie pracy,

b) w okresie indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia,

c) w razie ustania stosunku pracy, jeżeli bezpośrednio przedtem ubezpieczony opłacił

składki za co najmniej 12 miesięcy;

2) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym ustał stosunek pracy, jeżeli bezpośrednio przedtem ubezpieczony opłacił składki za okres krótszy niż 12 miesięcy,

3) z początkiem odpowiedzialności (...) lub innego ubezpieczyciela, jeżeli ubezpieczony, przed upływem okresu odpowiedzialności, określonym w pkt 1 lit.c, przystąpi do ubezpieczenia w nowym miejscu pracy,

4) od następnego dnia po zgonie lub wyjeździe ubezpieczonego za granicę na stałe,

5) w razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia – z upływem ostatniego miesiąca kalendarzowego, za który opłacono składkę, najpóźniej jednak z dniem rozwiązywania umowy ubezpieczenia (§ 16).

W przypadku, gdy większość lub wszyscy pracownicy rezygnowali z grupowego ubezpieczenia na życie w (...) S.A., zaś pracodawca nie wypowiedział umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel traktował tę sytuację jako równoznaczną z wypowiedzeniem umowy, bądź sam ją wypowiadał i występował do pracodawców o zapłatę składek za okres 3-

miesięcznego wypowiedzenia. Zapłaty tych składek (...) dochodził również wtedy, gdy pracodawca wypowiedział umowę w związku z rezygnacją pracowników z ubezpieczenia.

Od dnia 1 stycznia 2004r. (...) wprowadziło nowe warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie typu P, przyjęte uchwałą zarządu nr (...) z dnia 26 listopada 2003r. W nowych (...) nie został utrzymany zapis, przewidujący wymóg wyrażenia zgody na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez co najmniej 75% pracowników. Nowe zasady grupowego ubezpieczenia pracowników dotyczą umów zawieranych od dnia 1 stycznia 2004r. Umowy wcześniej zawarte, zostały w ok. 80% dostosowane do nowych warunków poprzez ich aneksowanie. Nadal ok. 20% umów funkcjonuje w oparciu o stare (...).

Powyżej opisany stan faktyczny nie był między stronami sporny, a Sądu ustalił go w oparciu o dokumenty zawarte w aktach administracyjnych - obejmujących akta postępowania wyjaśniającego (DAR-400- (...), tom I-XV) oraz antymonopolowego ((...), tom I-X) - oraz dokumenty znajdujące się w aktach postępowania sądowego.

Grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie w portfelu (...) w latach 2002-2005 w zakresie ubezpieczeń grupowych stanowiły ponad 80% portfela wszystkich ubezpieczeń (...) biorąc pod uwagę wartość składki przypisanej brutto. W poszczególnych latach także udział grupowych ubezpieczeń pracowniczych w jego składce przypisanej brutto wynosił ponad 80 % wszystkich ubezpieczeń na życie tego zakładu (odpowiednio 83,90%, 83,12%, 85,26%, 80,01%).

W Polsce działalność w zakresie ubezpieczeń na życie prowadziły w latach: 2002, 2003, 2004, 2005 odpowiednio: 35, 35, 32, 32 zakłady ubezpieczeń na życie posiadające zezwolenia organu nadzorującego rynek ubezpieczeniowy (wg roczników Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, opracowanych przez Komisję Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych).

W rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce, udział (...) na koniec 2005r wynosił 92,80% (wg danych Komisji Nadzoru Finansowego, mierzony jako udział składki przypisanej brutto pracowniczych ubezpieczeń grupowych w (...) w składce przypisanej brutto z pracowniczych ubezpieczeń grupowych we wszystkich zakładach ubezpieczeń na życie; udział mierzony liczbą ubezpieczonych w ramach grupowych ubezpieczeń na życie wynosił 90,86%). Brak dokładnych danych jaki był udział (...) w rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych w poprzednich latach, niemniej jednak należy przyjąć za Prezesem UOKiK, że udział ten był na podobnym poziomie. Do takiego wniosku słusznie organ posłużył się analizą wzrostu wartości nominalnej składki przypisanej z grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie, faktycznie uzyskanej przez (...) w latach 2002-2005. Skoro wartość ta na przestrzeni lat 2002-2005 wskazywała dynamikę wzrostową (odpowiednio w poszczególnych latach wzrost mierzony rok do roku wynosił 3,7%, 9,6%, 4,4%, a wzrost w okresie 2002-2005 wyniósł 18,6%), to logicznym jest, (uwzględniając nawet wzrost składki z powodów inflacyjnych, przy braku jakiś szczególnych zdarzeń rynkowych, które nakazywały wartość nominalną składki traktować z dużą ostrożnością), że udział ten musiał być w latach 2002-2004 na co najmniej podobnym lub zbliżonym poziomie co w roku 2005.

Największymi konkurentami (...) w analizowanym okresie w zakresie pracowniczych ubezpieczeń grupowych na życie byli: Towarzystwo (...) SA, Towarzystwo (...) SA, (...) Towarzystwo (...) na (...) SA, Towarzystwo (...) SA, (...) na (...) SA. Udział w rynku pracowniczych ubezpieczeń grupowych poszczególnych konkurentów (...) w rynku w 2005 r. przedstawiał się następująco: A. 1,50%, W. 0,90%, (...) 0,79%, (...) 0,79% i A. 0,57%.

W sprawie niniejszej w dniu 17 lutego 2011 zapadł wyrok tutejszego Sądu, w którym Sąd zmienił decyzję Prezesa UOKiK w ten sposób, że w pkt I.1 w zakresie drugiej z wymienionych praktyk nadał decyzji brzmienie: „obciążania ubezpieczającego (pracodawcy) składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia i nakazuje zaniechania jej stosowania”, oraz zmienił zaskarżoną decyzję w pkt II.1 w zakresie drugiej z wymienionych praktyk poprzez nadanie jej następującej treści: „obciążania ubezpieczającego (pracodawcy) składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia i nakazuje zaniechanie jej stosowania” W pozostałym zakresie Sąd oddalił odwołanie powoda. Na skutek apelacji powoda i pozwanego od wyroku Sądu I instancji, Sąd Apelacyjny wyrokiem z 9 maja 2013r uchylił zaskarżony wyrok, zniósł postępowanie przed Sądem I instancji w zakresie rozprawy z 17 lutego 2011 i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Warszawie Sądowi Ochrony Konkurencji

i Konsumentów, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego. Podstawę uchylecia wyroku stanowił przepis art. 379 pkt 5 k.p.c. tj. nieważność postępowania z powodu pozbawienia niektórych zainteresowanych możliwości obrony swych praw. Pomimo uchylecia wyroku z powodów innych niż merytoryczna treść rozstrzygnięcia, Sąd Apelacyjny odniósł się do wyводу Sądu I instancji dotyczącego potrzeby częściowej zmiany zaskarżonej decyzji, wskazując, że argumentacja ta budziła poważne zastrzeżenia. W szczególności wskazując na przepis art. 808 § 2 k.c. zakwestionował argumentację Sądu Okręgowego, że skoro w okresie wypowiedzenia umowy spoczywa na ubezpieczających obowiązek świadczenia ochrony ubezpieczeniowej pracownikom objętym grupowym ubezpieczeniem, za co należy się ubezpieczycielowi składka, to ubezpieczający powinien zadbać o opracowanie własnego systemu ściągania tych składek od ubezpieczonych.

Po ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Odwołanie jest niezasadne i jako takie zasługuje na oddalenie.

Na wstępie należy zwrócić uwagę, że na podstawie art. 131 ust. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. nr 50, poz. 331 ze zm.) do postępowań wszczętych na podstawie ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów i niezakończonych do dnia wejścia w życie ustawy z 2007 r. stosuje się przepisy dotychczasowe o ochronie konkurencji i konsumentów. Wobec tego, w niniejszej sprawie zastosowanie znalazły przepisy ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. nr 122, poz. 1319 ze zm., zwanej dalej ustawą duokik).

Zgodnie z art. 8 powołanej wyżej ustawy zakazane jest nadużywanie pozycji dominującej na rynku właściwym przez jednego lub kilku przedsiębiorców. Takie zachowanie stanowi przejaw praktyk ograniczających konkurencję na rynku właściwym.

Dla rozstrzygnięcia więc, czy powód istotnie ten zakaz naruszył konieczne jest ustalenie czy jego pozycja jest dominująca, a to z kolei wymaga ustalenia rynku właściwego na którym funkcjonuje przedsiębiorca.

RYNEK WŁAŚCIWY

Zgodnie z art. 4 pkt 8 pod pojęciem rynku właściwego rozumie się rynek towarów, które ze względu na ich przeznaczenie, cenę oraz właściwości, w tym jakość, są uznawane przez ich nabywców za substytuty oraz są oferowane na obszarze, na którym, ze względu na ich rodzaj i właściwości, istnienie barier dostępu do rynku, preferencje konsumentów, znaczące różnice cen i koszty transportu, panują zbliżone warunki konkurencji. Pod pojęciem towarów rozumie się również usługi (art. 4 pkt. 6). Konieczne jest więc określenie rynku w ujęciu produktowym oraz geograficznym.

Zgodnie z Obwieszczeniem Komisji ws. definicji rynku właściwego do celów wspólnotowego prawa konkurencji (Dz. U. WE C z dnia 9 grudnia 1997r., nr 372, s. 5; dalej: OKE), definiowanie rynku jest narzędziem mającym na celu zidentyfikowanie oraz określenie ograniczeń konkurencji między przedsiębiorstwami. Celem zdefiniowania rynku, zarówno w wymiarze asortymentowym, jak i w wymiarze geograficznym, jest identyfikowanie rzeczywistych konkurentów danego przedsiębiorstwa, którzy są w stanie zakłócić jego zachowanie. Komisja Europejska podobnie jak przepis art. 4 pkt 8 duokik definiuje rynek relewantny - rynek asortymentowy jako składający się z wszystkich tych produktów i/lub usług, które uważane są za zamiennie lub za substytuty przez konsumenta, ze względu na właściwość produktów, ich ceny i ich zamierzone stosowanie (pkt 7 OKE), natomiast właściwy rynek geograficzny jako obszar, na którym dane przedsiębiorstwa uczestniczą w podaży i popycie na produkty lub usługi, na którym warunki konkurencji są wystarczająco jednorodne, oraz który może zostać odróżniony od sąsiadujących obszarów ze względu na to, że warunki konkurencji na tym obszarze znacznie się różnią (pkt 8 OKE).

W sprawie niniejszej powódka twierdziła, że rynkiem właściwym jest w ujęciu produktowym – rynek ubezpieczeń na życie, a w ujęciu geograficznym – wspólnotowy rynek ubezpieczeń. W ocenie Sądu, prawidłowe było jednak przyjęcie

przez Prezesa UOKiK, iż w przedmiotowej sprawie rynkiem relevantnym jest krajowy rynek grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie.

Powyższe ustalenie dokonane przez Prezesa UOKiK poprzedzone zostało bardzo szczegółowym badaniem całego rynku ubezpieczeń na życie, przeprowadzonym w oparciu o właściwe kryteria i metodologię oraz z użyciem adekwatnych instrumentów.

Niewątpliwie jest zdaniem Sądu, że ubezpieczenia na życie nie stanowią jednorodnej grupy, co potwierdza praktyka zakładów ubezpieczeń, jak i powołana przez organ w decyzji literatura fachowa (zob. np. k. 5588-5574, 5808-5670). Rozróżniane są dwa zasadnicze typy ubezpieczeń na życie: ubezpieczenia indywidualne i ubezpieczenia grupowe. Wśród ubezpieczeń grupowych na życie - grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie stanowią odrębny produkt ubezpieczeniowy i ubezpieczenia indywidualne na życie nie są dla nich substytutem. Należy podkreślić, że grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie są kwalifikowane jako odrębne produkty niż ubezpieczenia indywidualne na życie zarówno przez ubezpieczycieli (co potwierdziło badanie ankietowe, którym objęto 33 zakłady ubezpieczeń na życie działające w Polsce, wg stanu na miesiąc grudzień 2004r), jak i ubezpieczających oraz ubezpieczonych, co w świetle definicji z art. 4 ust. 8 duokik oraz pkt 7 OKE, stanowi dodatkowy argument za wyodrębnieniem z rynku ubezpieczeń na życie rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie.

Pomimo istnienia niewątpliwych cech wspólnych każdej z kategorii ubezpieczeń wynikających z faktu, że obie kategorie dotyczą ubezpieczeń na życie występujące między nimi różnice są na tyle zasadnicze i istotne, że nie mogą być one uznawane za substytutowne względem siebie. Należy przytoczyć za Prezesem UOKiK, prawidłowo przez niego wyselekcjonowane różnice pomiędzy ubezpieczeniami na życie a grupowymi pracowniczymi ubezpieczeniami na życie, które odnoszą się do konstrukcji produktu, zakresu dostępnych ryzyk, struktury opłat związanych z produktem, sposobu oceny ryzyka, techniki sprzedaży.

Zgodzić się należy z twierdzeniem organu, że o definitywnym zróżnicowaniu produktów od strony popytowej świadczy odmienność stron analizowanych umów ubezpieczenia. W umowach grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie jako kontrahent ubezpieczyciela występuje ubezpieczający, który musi posiadać szczególną cechę jaką jest bycie pracodawcą, bo to na rzecz jego pracowników umowa ubezpieczenia jest zawierana, w celu ochrony życia lub zdrowia tych osób (pracownicy nie mogą samodzielnie takiej umowy zawrzeć). Zatem to na podmiocie ubezpieczającym spoczywa wysiłek organizacyjny związany z zawarciem (i wykonywaniem umowy, np. przekazywanie składki, nawet jeśli finansującym składkę jest sam pracownik) i przede wszystkim to ten podmiot będąc stroną umowy podejmuje decyzję o przystąpieniu do umowy z zakładem ubezpieczeń i decyduje o kształcie umowy (dokonuje wyboru oferty).

Tymczasem w umowach indywidualnych ubezpieczającym jest zasadniczo ten sam podmiot, który jest ubezpieczonym, chociaż możliwe jest rozdzielenie tych funkcji. Zatem zasadniczo to ubezpieczony decyduje o wyborze oferty ubezpieczeniowej, sam finansuje składkę i sam przekazuje ją do zakładu ubezpieczeń.

Należy również zgodzić się z ustaleniami organu, że także sposób kalkulacji składek ubezpieczeniowych i zasad oceny ryzyka jak i sposób oceny ryzyka na tyle różnicuje analizowane typy ubezpieczeń, że nie są one względem siebie substytutowne. Zasadniczo w ubezpieczeniach indywidualnych składka z reguły jest indywidualnie kalkulowana na cały okres zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie wieku, płci i szczegółowych informacji dotyczących wyłącznie danego ubezpieczonego m.in.: oceny stanu zdrowia (indywidualne badania lekarskie itp.), częstotliwości płatności składki, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka (ryzyka zawodowe i pozazawodowe). Jest to tzw. indywidualna ocena ryzyka (każde ryzyko oceniane jest szczegółowo dla danego ubezpieczonego).

Tymczasem w pracowniczych ubezpieczeniach grupowych wysokość składki odnosi się do średniej ryzyk dla całej grupy osób ubezpieczonych, co wynika z faktu, że nie dokonuje się indywidualnej oceny ryzyka np. brak jest oceny stanu zdrowia a ryzyko jest uśredniane dla całej grupy pracowników, zaś składka jest taka sama dla wszystkich osób w grupie. Rozłożenie ryzyka ubezpieczeniowego na wszystkich ubezpieczonych umożliwia objęcie szerokim

zakresem ochrony wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od indywidualnie występującego podwyższonego ryzyka u poszczególnych ubezpieczonych. Dodatkowo uśrednianie przejmowanego ryzyka w ubezpieczeniach grupowych umożliwia oferowania ryzyk, które w ubezpieczeniach indywidualnych nie występują np. urodzenia dziecka, zgon rodzica/teścia.

Zasadniczo można mówić także o różnicach pomiędzy analizowanymi ubezpieczeniami w odniesieniu do zakresu ochrony ubezpieczeniowej, gdyż w ubezpieczeniach indywidualnych ochrona jest ograniczona do zdarzeń związanych z życiem lub zdrowiem osoby ubezpieczonej i nie spotyka się raczej świadczeń obejmujących ochroną członków rodziny, podczas gdy typowy dla ubezpieczeń grupowych, w tym pracowniczych jest bardzo szeroki zakres świadczeń obejmujących ochroną zarówno ubezpieczonego jak i członków jego rodziny.

Także wysokość świadczeń z tytułu ochrony ubezpieczeniowej jest zróżnicowana ze względu na typ ubezpieczenia, gdyż regułą jest, że w ubezpieczeniach indywidualnych dostosowana jest ona do indywidualnych oczekiwań i potrzeb konkretnego klienta a więc z reguły jest ona wyższa. Natomiast w ubezpieczeniach grupowych wysokość świadczeń odzwierciedla z reguły wypadkową minimum oczekiwań ze strony większości ubezpieczonych.

Podobnie także wysokości składki (ceny ubezpieczenia) na tyle różnicuje ubezpieczenia indywidualne i grupowe ubezpieczenia pracownicze, że uzasadnia to wyselekcjonowanie rynku produktowego grupowych ubezpieczeń pracowniczych.

O wysokości składki ustalonej zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej w grupowych ubezpieczeniach pracowniczych decyduje m.in. zakres ubezpieczenia i wysokość sumy ubezpieczenia ale także liczba osób przystępujących do ubezpieczenia, branża zawodowa zakładu pracy, częstotliwości przekazywania składek, średni wiek, płeć (np. procent kobiet w grupie). Jak już była o tym mowa jednakowa składka jest więc uśredniona dla całej grupy. Rozłożenie ryzyka ubezpieczeniowego na wszystkich ubezpieczonych pozwala na ustalenie składki na poziomie zazwyczaj niższym niż składka za to samo ryzyko w ubezpieczeniu indywidualnym. Dla zakładu ubezpieczeń także koszty własne związane z pozyskaniem każdego ubezpieczonego w ramach grupowych ubezpieczeń pracowniczych i obsługą tego typu ubezpieczenia są niższe w przeliczeniu na każdego ubezpieczonego dzięki możliwości jednoczesnego dotarcia do szerokiej grupy klientów, co także może przekładać się na niższą składkę. W ubezpieczeniach grupowych – gdzie składki są uśrednione dla całej grupy i w zróżnicowanych wiekowo grupach (a takie zazwyczaj są grupy objęte pracowniczym grupowym ubezpieczeniem), osoby młode niejako subsydują koszt ubezpieczenia osób starszych jeśli ryzyko wystąpienia zdarzenia w tej grupie jest większe, co pozwala na zaoferowanie osobom starszym składki korzystniejszej aniżeli w ubezpieczeniach indywidualnych (w ubezpieczeniach indywidualnych ubezpieczony płaci cenę za konkretne świadczenie).

Natomiast w ubezpieczeniach indywidualnych wysokość składki także ustalonej w oparciu o zasady matematyki aktuarialnej uzależniona jest od wielu indywidualnych czynników takich jak: wyniki indywidualnej oceny ryzyka, wiek ubezpieczonego, płeć, wysokości sumy ubezpieczenia, okres ubezpieczenia, częstotliwości opłaty składek, typ i zakresu ubezpieczenia, długość okresu ochrony ubezpieczeniowej, charakter wykonywanej pracy, stan zdrowia ubezpieczonego i jego hobby. W związku z faktem indywidualizacji ww. parametrów występuje różna wysokość składek płaconych przez klientów za te same ubezpieczenia. Zazwyczaj sumy ubezpieczenia, świadczenia oraz koszty zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego są wyższe niż w ubezpieczeniach grupowych. Wysokość składki musi także uwzględniać zdecydowanie bardziej kosztowny proces oceny indywidualnej ryzyk, większe zaangażowanie pracowników zakładu ubezpieczeń w zawarcie i dalsza obsługę indywidualnej umowy ubezpieczenia.

Nie bez znaczenia dla ustalonego braku substytucyjności popytu na ubezpieczenia indywidualne i grupowe ubezpieczenia pracownicze ma sposób dystrybucji i zdobywania klienta oraz zawierania umów ubezpieczenia. Należy podzielić pogląd wyrażony w tej kwestii przez Prezesa UOKiK, że z punktu widzenia towarzystw ubezpieczeniowych - zdobycie klienta indywidualnego jest dużo łatwiejsze, gdyż samodzielnie podejmuje on decyzję o zawarciu umowy i jej zakresie, dlatego proces zawierania umowy jest zwykle prosty, gdyż ubezpieczenie indywidualne jest wystandaryzowanym produktem prezentowanym klientowi przez agenta. W ubezpieczeniach grupowych istotnie

zawarcie umowy jest zazwyczaj trudniejsze, gdyż po pierwsze decyzje nie są zazwyczaj podejmowane jednoosobowo, bo występują organy działające kolegiально, decyzja ta wymaga zazwyczaj konsultacji z podmiotami ubezpieczanymi, szczególnie jeśli to oni będą pokrywać składkę ubezpieczeniową. Dlatego proces zawierania takiej umowy jest długotrwały, wymaga umiejętności negocjacyjnych i przeprowadzany jest zwykle przez brokera i dlatego stawki składek w ubezpieczeniach grupowych charakteryzują się większą elastycznością a w ubezpieczeniach indywidualnych taryfy składek nie podlegają negocjacjom.

Przedstawione wyżej różnice stanowiące o wyłonieniu z rynku ubezpieczeń na życie węższego rynku produktowego grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie są istotnymi czynnikami przy wyborze rodzaju ubezpieczenia przez nabywcę, które nie pozwalają mu uznać oferowanych towarów (ubezpieczeń) za substytuty ze względu na przeznaczenie, cenę oraz właściwości każdego z rodzaju ubezpieczeń. Warto także w odniesieniu do popytowej strony rynku właściwego wskazać, że brak substytucyjności popytu pomiędzy ubezpieczeniami grupowymi na życie a indywidualnymi ubezpieczeniami na życie wynika także z tego, że docelowa grupa ubezpieczonych do której kierowana jest oferta ubezpieczeń indywidualnych na życie była i jest odmienna od docelowej grupy ubezpieczonych w ramach grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie. W odniesieniu do tej ostatniej grupy ubezpieczonych doświadczenie życiowe i zawodowe pozwala na określenie tej grupy jako niejednorodnej, w której znajdują się także osoby niezorientowane i niezdecydowane na ubezpieczenia na życie, które nigdy nie zdecydowałyby się na zawarcie indywidualnych umów ubezpieczenia na życie, a które poniekąd przy okazji podjęcia zatrudnienia u ubezpieczającego pracodawcy, którego łączy umowa grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie z zakładem ubezpieczeń, deklarują wolę ubezpieczenia. Tego typu ubezpieczeni nie poszukują alternatywnych form ubezpieczenia, kierując się poniekąd przywiązaniem do tradycyjnych (bo znanych z czasów PRL) postaci ubezpieczenia jakimi są grupowe ubezpieczenia pracownicze, które nie angażują ich ponad niezbędną miarę z racji łatwości załatwiania formalności, pobierania składki i uzyskiwania wypłat z tytułu ubezpieczenia i w których wysokość składki jest stosunkowo niska, przez co ubezpieczenie to jest dostępne dla osób o mniej zasobnym portfelu. Dotarcie przez (...) do takich niezorientowanych na ubezpieczenie osób jest stosunkowo łatwe, jeśli się weźmie pod uwagę okoliczność, że (...) ma w zakładach pracy swoich przedstawicieli, także pracowników ubezpieczających, którzy pozyskują kolejnych ubezpieczonych, obejmując ich grupowym ubezpieczeniem pracowniczym. Inaczej rzecz się ma z ubezpieczonymi indywidualnie, którzy mają zazwyczaj określone preferencje i oczekiwania w odniesieniu do oferowanych im ubezpieczeń, a także świadomie posiadają potrzebę ubezpieczenia a ich wiedza w tej dziedzinie jest znacznie większa. Często sami poszukują takiej formy zabezpieczenia na wypadek śmierci czy choroby. Ponadto o czym było wyżej ubezpieczenia indywidualne na życie ze względu na wyższą wysokość składki są dostępne dla węższego grona osób.

Tak więc chociaż pozornie można by sądzić, że ubezpieczenia indywidualne na życie są substytutywne (zamienne) w stosunku do grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, to ze względu także na występowanie wśród ubezpieczonych w ramach pracowniczych grupowych ubezpieczeń na życie nabywców, których preferencje pozostają niezmiennie nawet jeśli towar ma określone możliwe produkty go zastępowalne – należy wnioskować o braku substytutywności produktów. Na możliwości (ewentualności) występowania takich grup nabywców, których preferencje pozostają niezmiennie, nawet jeżeli dany towar ma określone (bliskie) substytuty (jest to problem tzw. captive groups) wskazuje S. Gronowski w: Polskie prawo antymonopolowe i uważa za celowe wyodrębnienie wówczas rynku właściwego w ujęciu produktowym, bez względu na fakt ewentualnego istnienia substytutów danego towaru.

Za całkowicie chybione należy w świetle powyższych argumentów uznać twierdzenie powódki, iż możliwość indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia grupowego przez pracownika, który przeszedł na emeryturę lub rentę, czy np. w przypadku likwidacji zakładu pracy, potwierdza tezę, iż analizowane ubezpieczenia należy traktować jako jeden rynek produktowy, gdyż zdaniem Sądu taki wniosek nie jest uprawniony. W takim bowiem przypadku ubezpieczenie jest kontynuowane na zasadach dotyczących pracowniczego ubezpieczenia grupowego, a nie indywidualnego, zatem ubezpieczenie absolutnie nie spełnia warunków przewidzianych dla tego ostatniego.

Mylny jest również pogląd powódki, że dla wyznaczenia rynku produktowego bez znaczenia jest okoliczność, kto jest stroną umowy, a kto jej beneficjentem. W grupowych ubezpieczeniach pracowniczych ubezpieczającym (stroną umowy) jest pracodawca, natomiast ubezpieczonym - pracownik, podczas gdy w ubezpieczeniach indywidualnych

z reguły jest to ten sam podmiot. Okoliczność ta nie jest bez znaczenia dla pracownika, gdyż jak słusznie zauważył pozwany, w pierwszym wypadku to ubezpieczający ma wpływ na treść umowy i dopełnia formalności związanych z jej zawarciem i realizacją (np. poprzez przekazywanie składek z wynagrodzenia pracownika i dokonywanie innych czynności), podczas gdy przy umowie indywidualnej należy samemu podejmować te czynności. Nadto, jak słusznie podnosili zainteresowani, pojęcie strony umowy ubezpieczenia jest istotne w kontekście analizowanych praktyk (...), w wyniku których strona umowy ma uiszczać w okresie wypowiedzenia składki.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że także istniejące różnice pomiędzy grupowymi ubezpieczeniami na życie a grupowymi ubezpieczeniami pracowniczymi na życie stanowiącymi zdaniem Sądu odrębny produkt ubezpieczeniowy uzasadniają wyodrębnienie rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Za takim wyłonieniem węższego produktowo rynku przemawia odmiennosc w zakresie poszczególnych grupowych produktów ubezpieczenia na życie i brak substytutowości między nimi.

Wskazując na popytowy punkt widzenia Prezes UOKiK wyodrębnił w ramach ubezpieczeń grupowych na życie:

- grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie
- grupowe ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym
- grupowe ubezpieczenia emerytalne
- grupowe ubezpieczenia bankowe (tzw. bancassurance)

Należy zgodzić się z Prezesem UOKiK, że wskazane powyżej rodzaje ubezpieczeń grupowych na życie, stanowią odrębne produkty z uwagi na ich przeznaczenie, właściwości, oraz pełnione funkcje i nie mogą być uznawane przez nabywców za substytuty, a każdy z tych rodzajów ubezpieczeń należy potraktować jako odrębny rynek produktowy. Nie powielając w szczególności argumentacji organu, którą Sąd przyjmuje za własną, należy jedynie zasygnalizować, że o ile grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie mają charakter typowo ochronny i ich istotą jest zabezpieczenie najbliższej osoby, której życie stanowi przedmiot umowy ubezpieczenia na wypadek śmierci tej osoby, to grupowe ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym oraz grupowe ubezpieczenia emerytalne – spełniają obok funkcji ochronnych takich jak w ubezpieczeniach tradycyjnych – funkcję kapitałowo-oszczędnościową i w odróżnieniu od ubezpieczeń tradycyjnych, w ubezpieczeniach kapitałowych po zakończeniu okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia, wypłacany jest kapitał zgromadzony na rachunku inwestycyjnym ubezpieczonego lub odpowiednio dodatkowa emerytura albo świadczenie rentowe w razie orzeczenia niezdolności do pracy. Właśnie z uwagi na głównie kapitałową funkcję jaką pełnią grupowe ubezpieczenia emerytalne i grupowe ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym ubezpieczenia te stanowią odrębny rodzaj ubezpieczeń grupowych na życie, których jak słusznie skonstatował Prezes UOKiK nie można uznać za substytuty grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie (podobnie Komisja Europejska uznała, że ubezpieczenia ochronne i ubezpieczenia z elementem oszczędnościowym nie mogą być uznawane za substytuty-Decyzja w sprawie (...) / M. (...) - (...) / F.).

Podobnie również grupowe ubezpieczenia bankowe (tzw. bancassurance) mają odmienną proveniencję. Kierowane są one do osób, które korzystając z usług instytucji finansowych takich jak banki, fundusze inwestycyjne, biura maklerskie, korzystają niejako przy okazji z usług ubezpieczeniowych współpracujących z tymi instytucjami zakładów ubezpieczeń w zakresie ubezpieczeń na życie. Są to najczęściej ubezpieczenia na wypadek śmierci posiadacza lokat terminowych w banku współpracującym z zakładem ubezpieczeń i ubezpieczenia na wypadek śmierci osoby zaciągającej kredyty bankowe. Ubezpieczającym w tego typu umowach jest bank, a ubezpieczonym posiadacz lokaty lub kredytu. Przystąpienie do grupy ubezpieczonych odbywa się w banku, poprzez podpisanie dokumentu, potwierdzającego zgodę właściciela lokaty bankowej na objęcie go ochroną ubezpieczeniową. Świadczeniem ubezpieczeniowym jest wypłata sumy ubezpieczenia, która z reguły odpowiada wysokości lokaty osobie uposażonej (w wypadku zgonu posiadacza lokaty bankowej) albo wypłata ubezpieczonemu świadczenia za utratę sprawności organizmu. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest w zależności od umowy pomiędzy bankiem a zakładem ubezpieczeń przez bank lub ubezpieczonego. Produkt ten ze względu na specyfikę nabywców do których jest kierowany

i na ich charakterystyczne powiązania finansowe z instytucjami finansowymi z oczywistych powodów nie może być substytutem dla grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie.

Powyższe argumenty, szeroko omówione w uzasadnieniu decyzji Prezesa UOKiK przemawiają za przyjęciem, że inne produkty grupowych ubezpieczeń na życie, które znajdują się w ofercie towarzystw ubezpieczeniowych nie stanowią najbliższych substytutów dla grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie.

Zasadnicze znaczenie dla wyodrębnienia na krajowym rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie miały także uwarunkowania historyczne i specyfika krajowego rynku ubezpieczeń. Wynika ona z długotrwałego, bo przez kilkadziesiąt lat, działania (...) jako jedyne na rynku polskim ubezpieczyciela w zakresie ubezpieczeń na życie. Pozostałe rynki produktowe powstały w otoczeniu regulacyjnym wyznaczonym przez zasady wolnej konkurencji na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza i dopiero w tym czasie na rynku ubezpieczeń na życie pojawiła się konkurencja. Przy czym do roku 1990r grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie były w istocie jedynym rozpoznawalnym produktem ubezpieczeniowym na życie w Polsce. Dlatego świadomość i przyzwyczajenia klientów (zakładów pracy i ubezpieczonych) stanowią istotne bariery wejścia dla innych zakładów ubezpieczeń zamierzających wejść na ten rynek. Działalność (...) jako wyłącznego w tak długim okresie (aż do 1990r) oferenta grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie spowodowała, że świadczył on - początkowo z braku konkurencji a następnie na skutek przyzwyczajenia odbiorców - usługi ubezpieczeniowe w ramach grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w zdecydowanej większości dużych firm, przedsiębiorstw i organizacji na terenie (...). Wejście innych zakładów ubezpieczeń do zakładów pracy posiadających umowę z (...) w zakresie grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie było dodatkowo utrudnione, z uwagi na fakt, że (...) zatrudniało w zakładach pracy osoby z nim współpracujące a jednocześnie zatrudnione w tych zakładach pracy, które obsługiwały na zlecenie (...) powyższe ubezpieczenie. Osoby te, w zamian za prowizję wypłacaną przez (...), świadczą na jej rzecz usługi nie tylko związane z bieżącą obsługą umowy ubezpieczenia ale również w zakresie niezwłocznego informowania (...) o działalności innych zakładów ubezpieczeń na życie na terenie pracodawcy. Takie działania niewątpliwie także przeciwdziałały wejściu do tych zakładów innych ubezpieczycieli.

Reasumując wykazane wyżej różnice pomiędzy indywidualnymi ubezpieczeniami na życie i innymi grupowymi produktami rynku ubezpieczeń a grupowymi ubezpieczeniami pracowniczymi na życie powodują, że nie są one uznawane przez ich nabywców za substytuty. Dodatkowo istniejące, historycznie uwarunkowane bariery wejścia dla innych zakładów ubezpieczeń zamierzających wejść na rynek grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie uzasadniają wyodrębnienie rynku produktowego jakim jest rynek grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie.

Sąd nie podziela także argumentacji powódki, iż w przedmiotowej sprawie wyznaczenie rynku asortymentowego winno nastąpić w oparciu o substytucyjność produktu od strony podażowej.

Zasadniczo należy stwierdzić, że chociaż teoria podażowej substytucyjności produktów nie znajduje uzasadnienia w przepisach prawa krajowego, gdyż definicja rynku właściwego jest dość jednoznaczna i ewidentnie wskazuje, że substytucyjność towarów odnosi się do popytu, tym niemniej w doktrynie przyjmuje się powszechnie, że decydująca w tym względzie może być również substytucyjność podaży. Substytucyjność podażowa jako element służący do wyznaczenia produktowego rynku właściwego pojawia się także w orzecznictwie europejskim i w obwieszczeniu Komisji Europejskiej w sprawie definicji rynku właściwego do celów wspólnotowego prawa konkurencji (97/C 372/03) i z tej racji Sądy krajowe również winny ją uwzględniać. Na dopuszczalność zastosowania substytucyjności podaży dla ustalenia rynku właściwego wskazał również Sąd Najwyższy w wyroku z 2 lutego 2011r wydanym w sprawie III SK 18/10, zaznaczając jednak wyraźnie, że analiza strony podażowej nie może odbywać się z pominięciem „optyki klientów przedsiębiorcy”, co Sąd w składzie niniejszym podziela.

W praktyce przyjmuje się, że substytucyjność podażowa występuje wtedy, gdy dostawcy są w stanie przestawić produkcję na odpowiednie produkty oraz obrót nimi w krótkim okresie bez występujących dodatkowych znacznych kosztów lub zagrożeń, w odpowiedzi na małe, ale stałe zmiany cen względnych. Czyli substytucyjnymi dostawcami są jedynie ci z przedsiębiorców, którzy niezwłocznie i bez ponoszenia istotnych dodatkowych kosztów są zdolni do

dostarczenia określonych towarów na dane terytorium. Jeśli spełnione są te warunki, dodatkowa produkcja, która jest wprowadzana do obrotu, wywołuje skutki działające dyscyplinująco na konkurencyjne zachowania przedsiębiorstw uczestniczących w obrocie. Taki wpływ w zakresie skuteczności oraz natychmiastowości może być równoważny ze skutkiem substytucji popytu. Jeżeli tak rzeczywiście jest, to należy wówczas uznać, że towary pozornie różne znajdują się na tym samym rynku właściwym w ujęciu produktowym. (tak m.in. Marek Szydło, Nadużywanie pozycji dominującej w prawie konkurencji, Oficyna 2010).

Odnosząc się do powyższego należy stwierdzić, że kryterium podażowe nie może mieć w niniejszej sprawie decydującego znaczenia.

Jakkolwiek należy zgodzić się z powodem, co także przyznał Prezes UOKiK, iż na analizowanym rynku nie występują żadne ograniczenia odnośnie oferowania grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie przez inne zakłady ubezpieczeń na życie (brak na rynku grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie formalnych barier wejścia dla innych przedsiębiorców, zwłaszcza barier o charakterze prawnym, administracyjnym, czy technicznym), to jednak pozycja rynkowa powodowej Spółki, długotrwałość jej działania na danym rynku oraz preferencje klientów powodują, że w rzeczywistości występują przeszkody utrudniające ekspansję innych zakładów ubezpieczeń na rynek grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, co oznacza, że nie istnieje istotna substytucyjność po stronie podaży pomiędzy pracowniczymi ubezpieczeniami grupowych a ubezpieczeniami indywidualnymi. Chociaż więc teoretycznie inne niż powód zakład ubezpieczeń mogą stworzyć i zaoferować produkty analogiczne do ubezpieczenia grupowego oferowanego przez (...), to jednak bariery wejścia na rynek właściwy, w szczególności trudność w dotarciu do klientów praktycznie uniemożliwia im obejmowanie ochroną ubezpieczeniową ubezpieczonych w ramach grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Słuszne więc było założenie Prezesa UOKiK, że w tych warunkach nie można oczekiwać, że reakcją na podniesienie cen na rynku ubezpieczeń grupowych powyżej konkurencyjnego poziomu byłoby wejście na rynek (lub rozszerzenie już proponowanej oferty) pracowniczych ubezpieczeń grupowych przez pozostałe przedsiębiorstwa działające w sektorze ubezpieczeniowym, które uczyniłoby taką podwyżkę nieopłacalną. Tym samym prawidłowa była konstatacja organu, że substytucyjność podażowa nie stanowi okoliczności, która wpływałaby na ograniczenie siły rynkowej (...) na rynku pracowniczych ubezpieczeń grupowych, a przez to na zakres produktowego rynku właściwego.

Zaprezentowane wyżej wąskie ujęcie rynku w aspekcie produktowym znajduje uzasadnienie w prezentowanym w judykaturze stanowisku, wskazującym na konieczność wąskiego wyznaczania granic rynku relewantnego (por. wyrok Sądu Antymonopolowego z dnia 26 października 1994r., sygn. akt XVII Amr 24/94; wyrok SA w W-wie z dnia 21 kwietnia 2010r., sygn. akt 1092/09). Pogląd ten podziela również Sąd orzekający w niniejszej sprawie, gdyż tylko takie jego zdefiniowanie pozwala na realną ocenę pozycji przedsiębiorcy na rynku. Tendencję do wąskiej segmentacji rynku właściwego można dostrzec także w praktyce orzeczniczej organów wspólnotowych (zob. orzeczenie ETS ws. 85/76 H.-La R. La R. & Co.AG przeciwko Komisji). Argumentu przemawiającego za ustaleniem rynku relewantnego w ujęciu asortymentowym w sposób, w jaki uczynił to w przedmiotowej sprawie Prezes UOKiK, dostarcza również powołane przez organ stanowisko prezentowane przez Komisję Europejską w sprawie (...) U./G. V. (IV M.498). W sprawie tej Komisja uznała, że rynek ubezpieczeń na życie może ulec dalszemu podziałowi zgodnie z przedmiotem ryzyka podlegającego ubezpieczeniu, z uwagi na specyficzne właściwości poszczególnych produktów, czy oczekiwania konsumenta. Stwierdziła również, iż z punktu widzenia ubezpieczających poszczególne rodzaje ubezpieczeń nie są względem siebie substytucyjne. Słusznie podnosili pozwany i zainteresowani, że przy wydzieleniu rynku właściwego, substytucyjność usług nie polega na ich homogeniczności, lecz na rozróżnieniu usług ubezpieczeń posiadających pewne cechy wspólne, skierowanych do poszczególnych grup klientów i niepodlegających dowolnej zamianie na inne usługi. Na zasadność dalszej dywersyfikacji rynku ubezpieczeń na życie Komisja Europejska wskazała również w sprawach: S. A./R. (...) (IV M. 759), A./ (...) (IV M. 862), A. V., (...) U./G. A. (IV M. (...)), F. A./Generale Bank, F./ (...) /H. (IV M. (...)).

Z tych też względów nie są wobec siebie substytutem ubezpieczenia na życie i grupowe pracownicze ubezpieczenie na życie i nie mogą one wchodzić w skład jednego rynku właściwego.

Na marginesie należy tylko dodać, że rynek właściwy musi być identyfikowany dla każdej sprawy indywidualnie, zatem okoliczność, że w innej sprawie z udziałem (...) rynek został określony szerzej, nie oznacza, że także w sprawie niniejszej rynek ten powinien być identycznie zdefiniowany. Różnice wynikać mogą z innych czynników, które wpływają na warunki konkurencję w określonym miejscu i czasie.

W kontekście zarzutów powódki do analizowania substytucyjności poszczególnych ubezpieczeń na życie, to zdaniem Sądu organ antymonopolowy prawidłowo w tej kwestii oparł się na szczegółowych badaniach rynkowych przeprowadzonych w formie ankiet skierowanych do zakładów ubezpieczeniowych działających na terytorium RP, a wyciągnięte z nich wnioski w żaden sposób nie naruszają zasady swobodnej oceny dowodów. Fakt, że badane zakłady były konkurentami powódki nie eliminuje sam przez się wyników tych badań. Należy však wskazać, że na taki sposób pozyskiwania informacji wskazuje także Obwieszczenie Komisji Europejskiej w sprawie definicji rynku właściwego do celów wspólnotowego prawa konkurencji (97/C 372/03), w myśl którego informacje i opinie pozyskiwane m.in. od konkurentów przedsiębiorstw mogą posłużyć dla ustalenia granic rynku asortymentowego, jak również w celu wyciągnięcia wniosków w sprawie zasięgu rynku w znaczeniu terytorialnym. Mając na uwadze powyższe, w ocenie Sądu organ antymonopolowy prawidłowo zdecydował o oparciu się w badaniu zachowań towarzystw ubezpieczeń na życie w zakresie prowadzenia grupowych ubezpieczeń pracowniczych, między innymi na informacjach udzielonych przez przedsiębiorców działających w tej branży. W tym kontekście należy także uznać za nieuzasadniony zarzut podniesiony przez (...) nieprofesjonalnego sformułowania pytań ankietowych, które wskazywały adresatom jakiego ubezpieczyciela dotyczy postępowanie oraz wybiórczej analizy odpowiedzi udzielonych przez konkurentów (...). Niewątpliwie Prezes zobligowany był wskazać cel wezwania do udzielenia żądanych informacji (art. 45 ust. 2 pkt 2 duokik przewiduje konieczność wskazania przez Prezesa celu żądania) a same pytania ankiety, wbrew twierdzeniom powódki, nie sugerowały, którego ubezpieczyciela dotyczy postępowanie. Brak też w sprawie podstaw do uznania, że sam fakt, że ankieta została skierowana do konkurentów (...) powoduje brak obiektywizmu udzielonych odpowiedzi i nie oddaje rzeczywistego obrazu rynku na jakim działa powód. Warto w tym miejscu wskazać, że o ile odpowiedzi nie odpowiadałyby prawdzie, to w myśl art. 101 ust. 2 pkt 2 duokik, podmioty udzielające informacji narażone byłyby na sankcję w postaci kar pieniężnej, o czym ankietowani byli pouczeni. Brak także podstaw do uznania, że pytania ankiety były niezrozumiałe dla ankietowanych towarzystw ubezpieczeniowych, skoro nie zgłaszali oni w tym względzie pytającemu organowi żadnych wątpliwości i uwag pomimo istnienia takich możliwości i pomimo istnienia konsekwencji o których mowa wyżej w razie udzielanie odpowiedzi niepełnych lub nieprawdziwych. Nie bez znaczenia dla rozumienia pytań przez ankietowanych jest też fakt, że są oni profesjonalistami w branży ubezpieczeń i posiadają szczegółową wiedzę na temat rynku, na którym świadczą usługi. Nadto należy zauważyć, że w wezwaniu z dnia 10 grudnia 2004r. wskazano osobę, z którą ubezpieczyciele mogą się skontaktować w razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości.

Odnosząc się natomiast do ustalonego w decyzji zasięgu rynku w ujęciu geograficznym, to zdaniem Sądu, organ antymonopolowy zasadnie przyjął, że rynkiem właściwym jest w przedmiotowej sprawie rynek krajowy, a nie – jak sugerowała powódka – rynek Wspólnoty Europejskiej. Generalnie geograficzny wymiar danego rynku właściwego. to taki obszar geograficzny (takie terytorium), w obrębie którego oferowany jest dany towar i towary względem niego substytucyjne i równocześnie w obrębie którego warunki konkurencji (warunki prowadzenia działalności gospodarczej mającej za przedmiot dany towar lub towary) są dostatecznie zbliżone (dostatecznie jednolite), odróżniające się tym samym od wyraźnie odmiennych warunków konkurencji panujących na obszarach sąsiednich (tak Marek Szydło w: Nadużywanie pozycji dominującej w prawie konkurencji). Przy czym elementami przesądzającymi o tej jednolitości warunków konkurencji są m.in: rodzaj i właściwości towaru lub usług, istnienie barier w dostępie do rynku, preferencje konsumentów, znaczące różnice cen i koszty transportu. O zasięgu geograficznym rynku właściwego decydują także takie czynniki jak preferencje krajowe lub preferencje w odniesieniu do marek krajowych, języka, kultury, stylu życia oraz zapotrzebowanie na lokalną obecność. Nie bez znaczenie jest też aktualny geograficzny model kupowania (pkt 48 wytycznych KE).

W sprawie niniejszej wbrew stanowisku prezentowanemu przez (...) należy stwierdzić, że pomimo istnienia - na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej – potencjalnej możliwości świadczenia

na terytorium (...) usług ubezpieczeniowych przez ubezpieczycieli zagranicznych, w tym zwłaszcza unijnych, w rzeczywistości działalność ta jest mocno ograniczona. Przyczyną tego jest przede wszystkim – wskazywany przez pozwanego oraz zainteresowanych – brak harmonizacji prawa ubezpieczeń na szczeblu wspólnotowym. Mimo przyjęcia szeregu dyrektyw regulujących tę problematykę, nie został bowiem jeszcze zakończony proces ujednoczenia unijnego rynku ubezpieczeń.

Ważnymi argumentami przemawiającymi za wyznaczeniem rynku relewantnego jako krajowego, jest wskazywana już konieczność wąskiego definiowania rynku oraz podnoszona przez Prezesa i pełnomocnika zainteresowanych okoliczność, iż grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie są charakterystyczne dla polskiego rynku ubezpieczeniowego i w zasadzie nie występują w innych krajach Unii Europejskiej. Dodatkowo należy wskazać, że również Komisja Europejska w swych decyzjach dotyczących usług ubezpieczeniowych na życie wskazywała na rynek krajowy, jako rynek właściwy (S. A./R. (...), A./ (...), A. V., (...) U./G. A., F. A./Generale Bank, F./ (...) /H..

Z kolei istotnym ograniczeniem w funkcjonowaniu na polskim rynku zagranicznych ubezpieczycieli jest konieczność uzyskania w wielu wypadkach, przed podjęciem decyzji w kwestii wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, orzeczenia lekarskiego. Procedura orzekania o stanie zdrowia, uszczerbku na zdrowiu pracownika objętego ubezpieczeniem odbywa się natomiast na terytorium (...) z uwagi na to, że właśnie tutaj działają lekarze orzecznicy i tutaj przeprowadzane jest badanie lekarskie. Słusznie zatem wskazał pozwany, że ze względów ekonomicznych (znaczne koszty przestawienia się w zamawianiu dostaw od przedsiębiorstw zlokalizowanych w innych krajach oraz zasad dobrej praktyki trudno oczekiwać, by ubezpieczyciele rozszerzali sieć lekarzy orzeczników na inne kraje, tym bardziej jeśli nie są w nich oferowane ubezpieczenia pracownicze. Z tego względu działalność zagranicznych zakładów siłą rzeczy koncentrowałaby się na polskim rynku ubezpieczeń.

Kolejnym argumentem przemawiającym za prawidłowością ustaleń pozwanego w przedmiocie rynku właściwego w wymiarze geograficznym jest to, iż w świetle § 11 starych (...), do grupowego ubezpieczenia pracowniczego może przystąpić pracownik zatrudniony przez ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę – zamieszkały na stałe w Polsce.

Ponadto także uwarunkowane historycznie o których mowa wyżej, preferencje nabywców i beneficjentów usług ubezpieczeniowych opartych w dużej mierze na zaufaniu do narodowych zakładów ubezpieczeń stanowiły (w okresie objętym zarzutem) nadal istniejącą barierę izolującą narodowe obszary geograficzny od presji konkurencyjnej ze strony przedsiębiorstw zlokalizowanych poza tym obszarem (co było szczególnie widoczne w Polsce po okresie transformacji rynkowej) determinują rynek krajowy jako rynek na którym warunki konkurencji są wystarczająco jednorodne, i który odróżnia się od rynku całej Unii Europejskiej ze względu na to, że warunki konkurencji na tym obszarze znacznie się różnią.

Prezentowane wyżej zidentyfikowane bariery izolujące krajowy rynek pozwalają na przyjęcie, że właściwy rynek geograficzny w sprawie niniejszej to rynek krajowy, podobnie jak występujące na obszarze (...) na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie zbliżone warunki konkurencji - wskazywane w przywołanych powyżej definicjach rynku właściwego w wymiarze geograficznym - pozwalają także na określenie przedmiotowego rynku jako krajowego.

Osadzenie geograficzne rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na obszarze całego kraju wynika z tego, że oferowane na nim produkty ubezpieczeniowe są tego samego rodzaju i charakteryzują się zbliżonymi właściwościami i cenami, a także nie mają na nim znaczenia koszty transportu. Bariery dostępu do krajowego rynku ubezpieczeń stanowią wymogi polskiego porządku prawnego. Z drugiej strony, kontrahenci preferują zakłady ubezpieczeniowe o uznanej renomie i stabilnej pozycji finansowej, w związku z czym umowy ubezpieczeń zawierają z podmiotami działającymi w skali ogólnopolskiej.

POZYCJA DOMINUJĄCA

Trzeba podkreślić, że wielkość udziału w rynku relewantnym jest zróżnicowana w zależności od tego, jak zostanie zdefiniowany ten rynek – im wężziej zostaną zakreślone jego granice, tym większy udział przypadnie przedsiębiorstwu

w rynku właściwym i przeciwnie, im szerzej zdefiniuje się ów rynek, tym mniejszy udział będzie w nim miało przedsiębiorstwo

Wyżej poczynione rozważania na temat rynku właściwego pozwalały na określenie pozycji powoda na krajowym rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie jako pozycji dominującej. Pod pojęciem tym rozumie się zarówno w polskim jak i unijnym prawie konkurencji, tego rodzaju siłę rynkową przedsiębiorstwa, która oznacza brak poddania tego przedsiębiorstwa znaczącej presji konkurencji i która umożliwia mu zapobieganie skutecznej konkurencji na rynku właściwym przez stworzenie mu możliwości działania w znacznym zakresie niezależnie od innych uczestników rynku (konkurentów, kontrahentów oraz konsumentów). Przy czym słusznie przyjmuje się, że istnienie pozycji dominującej wynika zwykle z kombinacji wielu czynników, które wzięte z osobna niekoniecznie byłyby decydujące (wyrok z dnia 14 lutego 1978 r. w sprawie 27/76 U. B. i U. B. C. przeciwko Komisji, R. s. 207, pkt 65, 66; a także ww. wyrok w sprawie H.-La R. przeciwko Komisji, pkt 38, 39). Ponadto domniemywa się, że przedsiębiorca ma pozycję dominującą, jeżeli jego udział w rynku przekracza 40 %. Z orzecznictwa europejskiego można natomiast wywieść wniosek że posiadanie przez pewien czas szczególnie dużych udziałów samo w sobie stanowi - poza nadzwyczajnymi okolicznościami - dowód istnienia pozycji dominującej (tak Trybunał Sprawiedliwości w sprawach H.-La R. przeciwko Komisji oraz w wyroku w sprawie A. przeciwko Komisji).

W sprawie niniejszej nie ma wątpliwości, że (...) posiadała w analizowanym okresie na ustalonym rynku szczególnie duże udziały, znacznie większe od udziałów jej konkurentów, a pozycja zajmowana przez nią na tym rynku była przytłaczająca (ponad 90 % udziału), co pozwala w świetle powołanego orzecznictwa przyjąć, że bardzo duży udział w rynku świadczy o jej sile rynkowej, praktycznie nieporównywalnej z siłą rynkową pozostałych podmiotów obecnych na tym rynku, tym bardziej, że udział ten utrzymuje się na podobnym poziomie od wielu lat (rynek jest więc rynkiem ustabilizowanym).

Sąd bynajmniej nie pominął zbadania tego, czy posiadany przez (...) znaczny udział w rynku umożliwiał mu zachowywanie się w sposób niezależny od konkurentów i konsumentów. Przy czym należy podkreślić, że nie jest konieczne wykazanie, że faktycznie działanie przedsiębiorcy zaburza skuteczną konkurencję ale wystarczające jest wykazanie, że jest on w stanie choćby potencjalnie wpłynąć na konkurencję. Istotne jest więc określenie jego znaczącej siły rynkowej i przewagi konkurencyjnej, która umożliwia mu zapobieganie skutecznej konkurencji na przedmiotowym rynku i pozwala mu działać w dużej mierze niezależnie od konkurentów, kontrahentów i konsumentów.

Do oceny siły rynkowej posiadanej przez (...) znaczący wpływ mają istniejące bariery wejścia na rynek jej konkurentów. O ile nie istnieją bariery prawne dotyczące m.in. uzyskania zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie ubezpieczeń na życie w Polsce, wynikające z przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, to w odniesieniu do możliwości rozszerzania skali działania zakładów ubezpieczeń już istniejących, będących konkurentami (...), istotnymi barierami są: wielkość i skala działania - (...) działa na terenie całego kraju; długoletni okres funkcjonowania na rynku polskim i przywiązanie do rozpoznawanej w Polsce marki (utrwalona marka firmy); specyficzne sposoby obsługi produktów ubezpieczeniowych, w szczególności grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, umożliwiające utrzymywanie przewagi (...) nad konkurentami, polegające na współpracy na zasadach umowy - zlecenia z pracownikami zakładów pracy posiadających umowy grupowego ubezpieczenia z (...) z osobą obsługującą ubezpieczenie grupowe w imieniu i na rzecz (...).

Powyższe bariery wejścia na rynek konkurentów umożliwiają (...) działanie na rynku niezależnie od konkurentów jak i konsumentów.

Nie bez znaczenia dla określenia pozycji (...) jako monopolisty na rynku miał również brak znacząco bliskich substytutów dla grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie a także struktura rynku na którym najwięksi konkurenci powoda mieli udział w rynku na poziomie poniżej 2%. Taki charakter otoczenia w którym działa (...) w powiązaniu z praktykami naruszającymi konkurencję, które są przedmiotem badania w sprawie niniejszej dawały (...) możliwość zapobiegania skutecznej konkurencji. Także okoliczność, że odbiorcy usług mają małą wyrównawczą

siłę nabywczą, gdyż mają małą zdolność do przejścia do konkurencji w tym także z powodu niekorzystnych pod względem ekonomicznym warunków wypowiedzenia (...) umowy ubezpieczenia (według starych (...)), przyczyniły się do utrzymywania siły rynkowej (...) i zmniejszenia presji konkurencji.

Nie znajdują więc uzasadnienia twierdzenia powódki dotyczące jej mniejszego udziału w rynku właściwym i braku pozycji monopolistycznej, gdyż po pierwsze jej wywody dotyczą udziału (...) we wspólnotowym rynku ubezpieczeń na życie (geograficznie znacznie szerszy rynek) a w ujęciu produktowym dotyczą szerszego rynku niż wyznaczony w niniejszej sprawie, bo rynku ubezpieczeń na życie, a nie rynku określonego jako rynek grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie. Zatem zarzuty te i wyliczenia udziału jako odnoszące się do rynku znacznie szerzej zdefiniowanego nie są adekwatne dla rynku w ujęciu zdefiniowanym w sprawie niniejszej i nie mogą być w żaden sposób miarodajne dla dokonania wiążących ustaleń w sprawie niniejszej. Nie mogły odnieść także oczekiwanego przez powódkę rezultatu zarzuty dotyczące przyjęcia istnienia po stronie powódki pozycji monopolistycznej z tej racji, że gwałtownie traci udziały w rynku, gdyż także w tym wypadku cała argumentacja odnosiła się do rynku ubezpieczeń na życie, w sytuacji gdy istotnym dla sprawy niniejszej był rynek grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie.

Ponadto zdaniem Sądu, nawet utrata części udziałów w rynku na rzecz konkurentów, przy nadal bardzo dużej przewadze dominanta i w istocie nadal niskowym udziale owych konkurentów na rynku, nie są argumentem który mógłby mieć decydujące znaczenia dla oceny pozycji (...) jako dominującej na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Jeśli się bowiem weźmie pod uwagę fakt, że powód miał z racji regulacji prawnych do 1990r faktyczny monopol na tym rynku, to siłą rzeczy zmiana otoczenia prawnego musiała wpłynąć chociaż w minimalnym stopniu na zmniejszenie jego pozycji na rynku. W dalszym ciągu konkurenci prowadząc grę rynkową o klienta będą na ten monopol oddziaływać, chociaż jak widać, przez okres 15 lat nie byli w stanie znacząco wpłynąć na rozkład sił rynkowych na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, skoro nadal (...) ma na tym rynku udział ponad 90%. Ten mały przyrost konkurentów na przestrzeni 15 lat świadczy o tym, że powód opiera się presji konkurencyjnej, a jego siła rynkowa jest duża.

NARUSZENIE ZAKAZU NADUŻYCIA POZYCJI DOMINUJĄCEJ

Przechodząc do oceny praktyk stosowanych przez (...), to w pierwszej kolejności należy stwierdzić, że samo posiadanie pozycji dominującej nie jest zakazane. Zakazane jest natomiast w art. 8 d.u.o.k.ik i w art. 82 TWE jej nadużywanie stanowiące przejaw praktyk ograniczających konkurencję na rynku właściwym.

Niniejsze postępowanie miało za przedmiot zbadanie możliwości naruszeń powyższego zakazu polegających na:

- nadużywaniu pozycji dominującej na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce poprzez przeciwdziałanie ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji w drodze działań (...), polegających na wprowadzeniu i utrzymywaniu w systemie grupowych ubezpieczeń pracowniczych „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P” (dalej: (...)) zatwierdzonych uchwałą nr 93/92 Zarządu (...) z dnia 7 grudnia 1992r., utrudniających zmianę przez ubezpieczających (pracodawców) ubezpieczyciela na skutek:
 - wprowadzenia wymogu wyrażania zgody na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia grupowego przez pracowników, pomimo że pracownicy nie są stroną umowy,
 - rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia i obciążania ubezpieczającego (pracodawcę) składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia;
- nadużywaniu pozycji dominującej na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce poprzez przerzucanie na ubezpieczającego (pracodawcę) ryzyka finansowego wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie.

Należy wskazać, że art. 8 ust. 2 ustawy (...) zawiera przykładowe wyliczenie form zachowań mogących być przejawem nadużywania pozycji dominującej, w szczególności jedną z form jest przeciwdziałanie ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji. Samo nadużywanie pozycji dominującej nie jest ustawowo zdefiniowane. Nadając mu normatywną treść w procesie stosowania prawa w konkretnej sprawie, należy mieć na uwadze aksjologię ustawy (...), wynikającą m.in. z art. 1 ust. 1, który za przedmiot regulacji wskazuje określenie warunków rozwoju i ochrony konkurencji. Samo pojęcie konkurencji również pozostaje niezdefiniowane. Wypracowane na gruncie praktyki rozumienie tego terminu przewiduje, że jest to mechanizm regulujący zachowania rynkowe przedsiębiorców prowadzący do maksymalnie możliwej efektywności (alokacyjnej, produkcyjnej, dynamicznej, innowacyjnej) ich działań (por. T. Skoczny (red.), Ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów. Komentarz, art. 1, Nb. 36 i 66-67 oraz powołana tam literatura, Warszawa 2009; wyrok SN III SK 15/06). Przyjmuje się przy tym, że efektywność ta powinna być definiowana przez pryzmat interesów konsumentów, których dobrobyt jest nadrzędnym celem ochrony konkurencji. Skuteczna konkurencja wśród przedsiębiorców ma przynosić konsumentom korzyści w postaci szerokiego wyboru towarów (usług) o wysokiej jakości i w niskich cenach.

W doktrynie i orzecznictwie dzieli się praktyki nadużywające na wykluczające oraz eksploatacyjne. Pierwsze z nich polegają na jednostronnych zachowaniach przedsiębiorców, które powodują wykluczenie innych przedsiębiorców z rynku poprzez wykluczenie ekspansji na rynku lub wejścia na rynek. Drugie z nich polegają na jednostronnych działaniach przedsiębiorców, których skutkiem bezpośrednim jest wyrządzenie szkody innym interesom kontrahentów poprzez wykorzystywanie istniejącej przewagi rynkowej nad nimi. Należy jednak dodać, że podział ten nie jest sztywny i konkretna praktyka może mieć dwojaki charakter.

Zdaniem Sądu, (...) dopuściła się praktyki ograniczającej konkurencję na rynku obejmującym obszar całej (...), polegającej na nadużywaniu pozycji dominującej na krajowym grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie poprzez przeciwdziałanie ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji w drodze działań (...), polegających na wprowadzeniu i utrzymywaniu w systemie grupowych ubezpieczeń pracowniczych „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P” (dalej: (...)) zatwierdzonych uchwałą nr 93/92 Zarządu (...) z dnia 7 grudnia 1992r., utrudniających zmianę przez ubezpieczających (pracodawców) ubezpieczyciela na skutek:

- wprowadzenia wymogu wyrażania zgody na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia grupowego przez pracowników, pomimo że pracownicy nie są stroną umowy,
- rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia i obciążania ubezpieczającego (pracodawcę) składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia;

Analizując pierwszą z zarzucanych praktyk należy stwierdzić, że w świetle § 16 ust. 1 pkt. 1 starych (...), pracodawca, będący stroną umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie nie ma możliwości swobodnego rozwiązania tej umowy z (...), gdyż postanowienie to uzależnia możliwość jej rozwiązania od podjęcia decyzji przez pracowników (co najmniej 75%), nie będących stroną umowy. Z drugiej strony (...) posiada możliwość wypowiedzenia umowy w każdym czasie, niezależnie od woli ubezpieczonych, w razie, gdy procent ubezpieczonych w odniesieniu do liczby zatrudnionych jest mniejszy od wymaganego minimum (tj. 100%, 75% lub 60% zatrudnionych w zakładzie pracy w zależności od liczby zatrudnionych w zakładzie pracy), albo w razie nie przekazywania składek w terminie przez ubezpieczającego albo nie nadsyłania przez niego na bieżąco rozliczeń miesięcznych (§ 16 ust. 1 pkt 2 starych (...)).

Uregulowanie powyższe utrudniające ubezpieczającemu możliwość rozwiązania umowy ubezpieczenia równocześnie w sposób znaczący utrudnia ubezpieczającemu zmianę ubezpieczyciela, pozbawiając go jako stronę stosunku umownego, prawa do samodzielnego decydowania o kontynuowaniu zawartej umowy z (...). Działanie takie nosi znamiona nadużywania przez (...) pozycji dominującej na przedmiotowym rynku właściwym, gdyż ogranicza suwerenność pracodawców i samodzielność podejmowanych przez nich decyzji, oddziałując jednocześnie na konkurentów (...), dla których powyższy zapis stanowi jedną z barier swobodnego rozwoju rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie i szerszego uczestnictwa w nim innych niż (...) zakładów ubezpieczeń. Powyższe

relacje pomiędzy (...) a ubezpieczającymi prowadzą do zniekształcenia konkurencji na rynku, niosąc ze sobą negatywne skutki dla konkurencji.

Należy więc stwierdzić, że Prezes UOKiK w decyzji prawidłowo ocenił praktykę powoda i szczegółowo wykazał, w jaki sposób uregulowania zawarte w § 16 ust. 1 pkt 1 i w § 16 ust. 2 starych (...) negatywnie wpływają na konkurencję na rynku grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie, w szczególności poprzez utrudnianie zmiany ubezpieczyciela przez ubezpieczających. Należy się zgodzić z Prezesem, że oczywistą konsekwencją ograniczenia możliwości wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego pracodawcę jedynie w przypadku, gdy zgodę na to wyrazi uprzednio co najmniej 75% ubezpieczonych pracowników nie tylko ogranicza suwerenność pracodawców i samodzielność podejmowanych przez nich decyzji ale oddziałuje na konkurencję w ten sposób, że stanowi barierę swobodnego rozwoju rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie i szerszego uczestnictwa w nim innych niż (...) zakładów ubezpieczeń i sprawia, że przyjęcie przez ubezpieczającego związanego umową z (...) oferty innego ubezpieczyciela jest utrudnione i prowadzi do zniekształcenia konkurencji na rynku.

Niewątpliwie skutkiem takiego działania powoda jest utrzymująca się struktura rynku właściwego z bardzo silną pozycją dominującą powódki (92,80%) i obecnością wielu konkurencyjnych zakładów ubezpieczeń, posiadających niewielkie udziały rynkowe. Na taką ocenę działania przedmiotowego zapisu (...) jako przejawu zakłócania konkurencji wskazują także opinie konkurentów (...) uzyskane przez organ antymonopolowy w toku postępowania wyjaśniającego, (k. 40 uzasadnienia zaskarżonej decyzji).

Również w zakresie praktyki powódki polegającej na „rozciągnięciu ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia i obciążaniu ubezpieczającego składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia”, pozwany wykazał jej negatywny wpływ na konkurencję, co oznacza zasadność kwalifikacji na podstawie art. 8 ust. 2 pkt 5 duokik. Opierając się na konkretnych dowodach (k. 5412-5434 i 5973-5991), Prezes zważył bowiem, że w sytuacji gdy pracownicy rezygnują z ubezpieczenia w (...), wycofując jednocześnie zgodę na potrącenie przez pracodawcę dalszych składek ubezpieczeniowych z ich wynagrodzenia, ubezpieczający pracodawcy zostają pozbawieni możliwości ściągnięcia przedmiotowych składek od pracowników, a wobec treści § 16 i 24 starych (...), są zmuszani przez (...) do zapłacenia składek za 3-miesięczny okres wypowiedzenia. Prezes ustalił, że ubezpieczyciel domaga się zapłaty tych składek przez ubezpieczającego, kierując do pracodawcy pisma, „w których grozi, iż w przypadku nie zapłacenia – skieruje sprawę na drogę sądową” i faktycznie występując na nią w sytuacji braku uregulowania składek za okres wypowiedzenia.

Zasadniczo należy stwierdzić, że podstawę do obciążania pracodawców obowiązkiem regulowania za pracownika składki także w okresie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia – stanowi przepis art. 808 § 2 k.c, w myśl którego roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Zaś w myśl art. 812 § 4 zd. 2 k.c. odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Pozornie może się więc wydawać, że żądanie przez zakład ubezpieczeń składki za ten okres jako znajdujące uzasadnienie w przepisach prawa nie może być uznane za działanie antykonkurencyjne. Niemniej jednak bezprawność zachowania noszącego znamiona nadużycia w świetle art. 8 duokik i art. 82 WE pozostaje bez związku ze zgodnością z innymi przepisami prawnymi lub z jej brakiem, a nadużycia pozycji dominującej polegają w większości przypadków na zachowaniach skądinąd zgodnych z prawem w świetle innych gałęzi prawa niż prawo konkurencji.

Przyjmuje się więc, że na przedsiębiorstwie, które zajmuje pozycję dominującą, spoczywa szczególna odpowiedzialność zapewnienia rzeczywistej i niezakłóconej konkurencji na rynku wewnętrznym (zob. ww. wyrok w sprawie (...) T. przeciwko Komisji, pkt 105), co oznacza, że nie może ono korzystać z procedur prawnych w taki sposób, by uniemożliwić lub utrudnić wejście konkurentów na rynek, w przypadku braku przyczyn związanych z obroną słusznym interesów przedsiębiorstwa prowadzącego konkurencję niecenową lub braku obiektywnego uzasadnienia. Podobnie unijne reguły konkurencji (tu art. 82 WE) mają nadrzędny charakter względem przepisów zawartych w aktach europejskiego prawa wtórnego oraz krajowego. Problematyka reguł konkurencji należy do wyłącznych

kompetencji Unii, o czym stanowi art. 3 ust. 1b (...), a fundamentalnym źródłem tych reguł są przepisy traktatów, które, jak wprost przesądza art. 1 ust. 1 i 2 (...), organizują funkcjonowanie Unii i określają dziedziny, granice i warunki wykonywania jej kompetencji, a poprzez to są podstawą samej Unii. Co więcej, zapewnienie wolnej konkurencji jest jednym z fundamentalnych celów UE.

Postępowanie przez dominanta zgodnie z odrębnymi przepisami nie zwalnia go więc z oceny, czy taka praktyka nie wpłynie zakłócająco na konkurencję na rynku właściwym, na którym on funkcjonuje i czy zaburzenie to będzie korzystne dla konsumentów końcowych, czy też nie. Innymi słowy, jeżeli zachowanie przedsiębiorstwa mającego pozycję dominującą, podjęte na podstawie i w granicach określonych przepisów, nie znajduje obiektywnego uzasadnienia ani nie wynika z konieczności obrony słuszných interesów dominanta, a ma choćby potencjalną zdolność uniemożliwienia lub utrudnienia jego konkurentom wejścia na rynek ze szkodą dla konsumentów, to stanowi nadużycie pozycji dominującej i jako takie jest z mocy prawa zakazane.

Oznacza to w sprawie niniejszej, że jakkolwiek istniała formalnie podstawa prawna do żądania zapłaty składki od ubezpieczającego zakładu pracy za okres wypowiedzenia, gdyż Sąd zasadniczo nie kwestionuje prawa stron do przyjęcia 3-miesięcznego, czy innego okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia i związania stron umowy jej warunkami w okresie wypowiedzenia a tym samym i prawa pobierania składek za ten okres, o ile ubezpieczyciel świadczy w tym czasie ochronę ubezpieczeniową zgodnie z wolą ubezpieczonego, niemniej jednak w sytuacji gdy pracownicy jako beneficjenci tej umowy z ochrony rezygnują, powstaje po stronie zakładu ubezpieczeń taka sytuacja, że może on żądać zapłaty składki za okres ubezpieczenia w sytuacji gdy jest to ochrona niechciana przez pracownika i przez niego nieopłacona. Opłacanie zaś dalszych składek przez ubezpieczającego pracodawcę powoduje rozciągnięcie niechcianej ochrony ubezpieczeniowej na kolejne okresy (tzn. za czas płacenia składek). Szczególnie w kontekście praktyki powoda egzekwowania składek w opisanej sytuacji jedynie wówczas, gdy z ubezpieczenia wystąpiła większość lub wszyscy pracownicy ubezpieczającego a nie egzekwowania ich gdy są to pojedyncze odosobnione przypadki wystąpienia z ubezpieczenia i gdy ubezpieczający pracodawca nie rozwiązuje umowy, staje się jasne, że tego typu zachowanie ma jedynie na celu utrudnienie ubezpieczającym pracodawcom zmianę ubezpieczenia (a gdy brak zgody większości 75% ubezpieczonych pracowników – uniemożliwienie zmiany ubezpieczyciela) i tym samym ograniczenia innym zakładom ubezpieczeń dostępu do świadczenia grupowego ubezpieczenia pracowniczego i pozyskiwania nowych klientów.

Jest to swoiste promowanie „wiernych” stron kontraktów poprzez nieegzekwowanie należnych z mocy umowy składek ale jedynie w sytuacji, gdy istnieją perspektywy dalszej współpracy. Takie z kolei działania ze względu na swój charakter oraz cel tj. budowanie lojalności - wierności, są już bardzo zbliżone do nieakceptowanych przez prawo konkurencji a stosowanych przez dominantów rabatów lojalnościowych, które, co wyraźnie wynika z praktyki orzeczniczej Trybunału Sprawiedliwości UE naruszają reguły konkurencji (m.in. wyrok TS z 30.09.2003 M. v. Komisja T-203.01, oraz wyrok TS z 15.03.2007 B. A. v. komisja C-95/04).

Żądanie w tych okolicznościach przez (...) zapłaty składki przez ubezpieczającego powinno zostać zakwalifikowane jako nadużycie pozycji dominującej polegające na przeciwdziałaniu ukształtowania się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji. Słuszna jest zatem konstatacja organu antymonopolowego, że powyższe działania Spółki, które są powszechnie stosowane na terenie całego kraju, odstraszą innych pracodawców od zamiaru zmiany ubezpieczyciela, co w oczywisty sposób wpływa bezpośrednio na ograniczony dostęp konkurentów do rynku grupowych ubezpieczeń pracownicznych na życie. W omawianym przypadku, zapisy starych (...) ograniczają zarówno swobodny dostęp pracodawców do oferty innych ubezpieczycieli, jak i odpowiadający wymogom konkurencji, dostęp innych zakładów ubezpieczeń do ubezpieczających zakładów pracy. Sytuacja taka niewątpliwie stanowi istotne ograniczenie dla rozwoju konkurencji na przedmiotowym rynku, tym większe jeśli wziąć pod uwagę wysokość udziału (...) na tym rynku. Reasumując, skoro pozwany wykazał bezpośredni wpływ ww. zachowań (...) na zniekształcenie mechanizmów konkurencji, to należy przyjąć, że praktyka opisana w pkt I.1. zaskarżonej decyzji została prawidłowo zakwalifikowana w oparciu o art. 8 ust. 2 pkt 5 duokik. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że do zakwalifikowania praktyki jako nadużycia pozycji dominującej nie jest konieczne wykazanie, iż zachowanie wywołało już antykonkurencyjny skutek. Wystarczające jest ustalenie, że taki negatywny wpływ praktyki na warunki

konkurencji na rynku właściwym jest potencjalnie możliwy, nawet jeżeli jeszcze nie nastąpił. Konieczne jest więc jedynie wykazanie zdolności praktyki do zakłócenia lub całkowitego wyeliminowania konkurencji już i tak zaburzonej z uwagi na silną pozycję ekonomiczną dominanta.

Nie mógł obalić powyższej konkluzji zarzut powoda błędnego ustalenia, że (...) utrzymuje system grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie utrudniający zmianę ubezpieczyciela przez ubezpieczających, w sytuacji gdy następuje masowe rezygnowanie ubezpieczających z usług oferowanych przez (...). W tym zakresie w pełni pozostają aktualne ustalenia Sądu w przedmiocie pozycji powódki na krajowym rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Ponownie należy podkreślić, że Spółka opiera swe stanowisko na danych dotyczących rynku ubezpieczeń na życie, a nie rynku uznanego w tej sprawie za relewantny, w związku z czym nie można ich uznać za miarodajne. Wbrew twierdzeniom powódki, fakt rezygnacji przedsiębiorców z ubezpieczania pracowników w (...) oraz wykaz spraw sądowych i egzekucyjnych o składki za okres wypowiedzenia (z którego rzekomo wynika, jak wiele podmiotów zrezygnowało z usług ubezpieczeniowych (...)), nie wskazują bynajmniej na pełną swobodę wyboru i zmiany ubezpieczyciela. Wręcz przeciwnie, w ocenie Sądu, liczba tych postępowań dowodzi właśnie utrudniania zmiany ubezpieczyciela poprzez egzekwowanie od pracodawców składek za okres wypowiedzenia umowy w przypadku wystąpienia pracowników z ubezpieczenia.

W odniesieniu do praktyki powoda polegającej na przerwaniu na ubezpieczającego (pracodawcę) ryzyka finansowego wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie należy wskazać, że wiąże się ona z wynikającą z § 18 starych (...) regułą, zgodnie z którą składka za ubezpieczenie ubezpieczonych pracowników płatna jest przez samych pracowników, a ubezpieczający jest zobowiązany do jej potrącania z wynagrodzenia za pracę (za pisemną zgodą pracownika) oraz do przekazywania jej na rzecz (...). Powyższa zasada nie ma jednak racji bytu w sytuacji, gdy pracownik rezygnuje z ubezpieczenia i wycofuje zgodę na potrącanie składek z wynagrodzenia, gdyż wówczas ubezpieczający pracodawca w myśl reguł prawa pracy nie może egzekwować od pracownika tej składki i musi ją pokryć ze środków własnych. Wobec konstrukcji zasad grupowego ubezpieczenia pracowniczego opartych na starych (...), przewidujących możliwość wypowiedzenia umowy jedynie przez ubezpieczającego lub przez (...) (a nie przez ubezpieczonych pracowników), w praktyce 3-miesięczny okres wypowiedzenia umowy, w którym ubezpieczający jest obowiązany przekazywać składki (w myśl § 16 ust. 2 starych (...)), pozostaje wiążący jedynie dla ubezpieczającego pracodawcy. Pracodawca ponosi więc ryzyko zaistnienia sytuacji niezależnej od niego, jaką jest wystąpienie pracowników z grupowego ubezpieczenia, mimo że jest on tą stroną umowy ubezpieczenia, która nie odnosi z niej jakichkolwiek korzyści, w tym finansowych. Sąd w tej kwestii podziela pogląd Prezesa UOKiK, że ubezpieczający pracodawca nie osiąga z tytułu ubezpieczenia pracowników żadnych profitów. Nie można uznać grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie, za element pakietu socjalnego oferowanego przez pracodawcę, skoro składki ubezpieczeniowe są pokrywane z wynagrodzenia pracownika, a nie są finansowane przez pracodawcę. Ponadto przystąpienie pracownika do ubezpieczenia grupowego ma całkowicie dobrowolny charakter. Trudno zgodzić się także ze stwierdzeniem powódki, że grupowe ubezpieczenia pracownicze w jakiś sposób „uatrakcyjniają” ofertę pracy, skoro oferuje je znakomita większość zakładów pracy. Z tych samych względów nie można uznać, by zawarcie umowy ubezpieczenia tego typu podnosiło rangę pracodawcy i jego prestiż, co miałyby się przekładać bezpośrednio na wydajność pracy zatrudnionych i wynik finansowy przedsiębiorcy. Należy ponadto zauważyć, że również ten zarzut nie ma związku z przedmiotową sprawą, więc nie może wpływać na jej rozstrzygnięcie.

Logicznym wydaje się więc, że skoro korzyści z umowy grupowego ubezpieczenia pracowników uzyskuje (...) a nie ubezpieczający pracodawca, to także (...) powinno ponosić ryzyko wystąpienia pracowników z ubezpieczenia.

Bezdiskusyjnym jest, że ponoszenie przez przedsiębiorcę ryzyka jest nieodzowną częścią działalności gospodarczej a przedsiębiorcy próbują ograniczać zakres tego ryzyka. Jest to szczególnie widoczne w finansowym sektorze gospodarki, gdzie szacunki dotyczące ponoszonego ryzyka wpływają na kształt i cenę oferowanych produktów.

Niemniej ryzyko rezygnacji ubezpieczonych z ubezpieczenia grupowego nie jest, jak właściwie zauważył Prezes UOKiK, związane ze specyfiką produktów ubezpieczeniowych oferowanych przez (...), ale odnosi się do powszechnego

w każdej działalności gospodarczej ryzyka utraty kontrahenta, którego konsekwencją jest utrata dochodów generowanych tą współpracą, szczególnie gdy współpraca była długotrwała. W przypadku (...) w grę wchodzi jedynie ryzyko utraty przyszłych składek z tytułu ubezpieczenia. Nie wchodzi bowiem w przypadku ubezpieczeń żadne istotne, dodatkowe i niepokryte w trakcie współpracy koszty rzeczywiste powstałe w związku z nawiązaniem współpracy lub wykonywaniem umowy, których wystąpienie uzasadnia zakończenie współpracy z kontrahentem w perspektywie dłuższego czasu a nie natychmiast (tj z odpowiednim okresem wypowiedzenia). Stąd też zapisy występujące w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosowanych przez (...), za swój cel mają maksymalne zmniejszenie ryzyka finansowego utraty kontrahenta, w tym w szczególności utraty przyszłych składek i przerzucenie tego ryzyka na drugą stronę kontraktu.

Prawidłowe było w tych okolicznościach uznanie przez Prezesa UOKiK, że (...) - wprowadzając do ogólnych warunków ubezpieczenia postanowienia, które zapewniały mu przychody jeszcze przez trzy miesiące po wypowiedzeniu umowy, w sytuacji gdy pochodziły one od ubezpieczającego a nie od ubezpieczonego - dopuszczał się praktyki eksploatacyjnej względem ubezpieczających, którzy nie czerpali z umowy żadnych korzyści.

Niewątpliwie obciążanie ubezpieczającego składkami za pracownika za okres wypowiedzenia powodowało zwiększenie kosztów związanych z wypowiedzeniem umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego zawartej z (...) i stanowiło barierę dla zmiany kontrahenta, gdyż pracodawca wypowiadając umowę ryzykował, że o ile w trzymiesięcznym okresie wypowiedzenia jego pracownicy zrezygnują z ubezpieczenia w (...), wycofując równocześnie zgodę na potrącanie dalszych składek z wynagrodzenia, będzie zmuszony do ponoszenia dodatkowych ciężarów finansowych (pokrycia składki za pracowników). Ryzyko, którego istnienie jest wyłącznie konsekwencją narzucanych przez (...) warunków umownych, sztucznie zwiększało po stronie ubezpieczającego koszty zmiany dostawcy grupowego ubezpieczenia pracowniczego, a przez to podwyższało bariery wejścia na rynek właściwy, zmniejszając presję konkurencyjną, jaką inni ubezpieczyciele mogli wywierać na (...).

Reasumując (...) przerzucając na ubezpieczającego (pracodawcę) ryzyko finansowe wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z grupowego ubezpieczenia pracowniczego naruszało art. 8 ust. 1 ustawy antymonopolowej.

W związku z dokonaną wyżej kwalifikacją praktyk powoda, za całkowicie bezpodstawny należało uznać zarzut, rzekomo błędnej kwalifikacji prawnej zachowania, które miało na celu zdaniem odwołującego się „sztuczne ominięcie zarzutu przedawnienia”, sformułowanego także w odwołaniu. Zgodnie z art. 93 duokik, nie wszczyna się postępowania w sprawie stosowania praktyk ograniczających konkurencję, jeżeli od końca roku, w którym zaprzestano ich stosowania, upłynął rok. Bieg terminu przedawnienia rozpoczyna się zatem od dnia zaniechania stosowania praktyki. Powódka błędnie przyjmuje, że w analizowanym przypadku należy stosować sposób obliczania terminu przedawnienia przyjęty dla praktyki polegającej na narzucaniu uciążliwych warunków umów (tj. praktyki z art. 8 ust. 2 pkt 6 duokik), który liczony jest od daty podpisania umowy ubezpieczenia. Zdaniem (...), w danym zakresie istota stawianych Spółce zarzutów sprowadza się do treści zapisów i sposobu wykonywania umowy (...), co formalnie wyczerpuje dyspozycję art. 8 ust. 2 pkt 6 ww. ustawy (narzucanie przez przedsiębiorcę uciążliwych warunków umów, przynoszących im nieuzasadnione korzyści). Z poglądem tym nie można się zgodzić.

W ocenie Sądu, Prezes UOKiK prawidłowo zakwalifikował praktykę powoda opisaną w pkt I.1 decyzji jako naruszenie art. 8 ust. 2 pkt 5 ustawy antymonopolowej.

Zawarty w art. 8 ust. 2 duokik katalog zachowań, stanowiących nadużycie przez przedsiębiorcę pozycji dominującej, ma jedynie charakter przykładowy i znalazły się w nim zarówno zachowania przeciwdziałające ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji (pkt 5) jak i narzucanie uciążliwych warunków umów (pkt 6). W ocenie Sądu Prezes UOKiK prawidłowo zakwalifikował działania powoda jako zapobiegające skutecznej konkurencji poprzez ograniczenie swobody działania konkurentów, gdyż pomimo tego, że powód także narzucał swoim kontrahentom określone warunki umów to uderzały one zarówno w aktualny, jak i potencjalny stan konkurencji. W tym sensie należy traktować sformułowanie praktyki określonej w art. 8 ust. 2 pkt 5 duokik jako swoistą klauzulę generalną, zakazującą stosowania przez przedsiębiorcę posiadającego dominującą pozycję

rynkową szeroko pojętych praktyk antykonkurencyjnych, przy czym w konkretnych sytuacjach praktyki te mogą wyczerpywać także inne zachowania stanowiące przejaw nadużywania pozycji dominującej i to zarówno wymienione, jak i niewymienione w art. 8 ust. 2. Należy także podkreślić, że skoro zasadniczym celem prawa antymonopolowego jest ochrona konkurencji (art. 1 duokik), m. in. poprzez zagwarantowanie odpowiednich warunków dla jej powstania i rozwoju, to prawidłowe było ze względu na ową priorytetową, i nadrzędną ochronę mechanizmów konkurencji zakwalifikowanie praktyk powoda jako przeciwdziałających ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji. Tym bardziej jest to prawidłowe jeśli się weźmie pod uwagę, że praktyka powoda nie była skierowana jedynie do jego kontrahentów, ale że oddziaływała również na konkurentów powoda.

W odniesieniu do praktyk wskazanych w pkt I sentencji zaskarżonej decyzji – co do których przyjęto prawidłową, odmienną od sugerowanej przez powódkę, kwalifikację prawną – nie można mówić o przedawnieniu antymonopolowym, ponieważ nie został spełniony wymóg zaprzestania ich stosowania, co wynika z ustaleń faktycznych. Nie było wszak kwestionowane przez (...) (k. 98-99), że mimo obowiązywania od dnia 1 stycznia 2004r. nowych (...), nadal funkcjonują w obrocie umowy zawarte w oparciu o stare (...) (aneksowano tylko z ok. 80% pracodawców), zawierające zakwestionowane postanowienia a powódka nie podjęła realnych i efektywnych działań zmierzających do zmiany wszystkich umów zawartych według starych warunków, a przynajmniej podjęcia tego typu działań w toku postępowania nie wykazała. Nie można w tym zakresie uznać za wystarczającą „powszechną dostępność informacji o wprowadzeniu nowych (...) dla przedsiębiorców zainteresowanych zmianą starych (...) na nowe. Powódka winna była wykazać, że występowała do owych 20% ubezpieczających z konkretną, indywidualną propozycją dostosowania umowy do nowych warunków. Nie udowodniła przy tym w żaden sposób, że przedsiębiorcy ci rzeczywiście „nie chcieli” zawarcia aneksów i wprowadzenia do umowy jakichkolwiek zmian. Powyższe okoliczności przesądziły o niemożności stwierdzenia zaniechania stosowania przez (...) zarzucanych praktyk.

Podobnie powódka nie wykazała, że odstąpiła od praktyki związanej z obciążaniem ubezpieczającego (pracodawcy) składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. W analizowanym przypadku nie można zatem stwierdzić, by termin przedawnienia w ogóle rozpoczął swój bieg. Wobec tego, zarzut naruszenia art. 93 duokik należało uznać za chybiony.

NARUSZENIE ART. 82 TWE

Powódka stosując praktyki opisane w decyzji naruszyła również wspólnotowe reguły konkurencji.

Zgodnie z art. 102 (...) (a wcześniej art. 82 TWE) niezgodne ze wspólnym rynkiem i zakazane jest nadużywanie przez jedno lub większą liczbę przedsiębiorstw pozycji dominującej na wspólnym rynku lub na znacznej jego części, w zakresie, w jakim może wpływać na handel między Państwami Członkowskimi. Nadużywanie takie może polegać w szczególności na:

- a) narzucaniu w sposób bezpośredni lub pośredni niesłusznym cen zakupu lub sprzedaży albo innych niesłusznym warunków transakcji;
- b) ograniczaniu produkcji, rynków lub rozwoju technicznego ze szkodą dla konsumentów;
- c) stosowaniu wobec partnerów handlowych nierównych warunków do świadczeń równoważnych i stwarzaniu im przez to niekorzystnych warunków konkurencji;
- d) uzależnianiu zawarcia kontraktów od przyjęcia przez partnerów zobowiązań dodatkowych, które ze względu na swój charakter lub zwyczaj handlowe nie mają związku z przedmiotem tych kontraktów.

Na podstawie art. 5 oraz art. 6 rozporządzenia nr 1/2003 organy ochrony konkurencji państw członkowskich oraz sądy krajowe, w tym organy i sądy polskie, są uprawnione do bezpośredniego stosowania art. 101 i 102 (...), co – zgodnie z pkt 6 i 8 preambuły do rozporządzenia nr 1/2003 – sprzyjać ma zwiększeniu skuteczności stosowania unijnych reguł konkurencji.

Jak z powyższego wynika do stwierdzającej naruszenie art. 82 TWE przez organ krajowy konieczne jest wykazanie iż przedsiębiorca posiada pozycję dominującą na rynku właściwym a stosowana przez niego praktyka stanowi nadużycie tej pozycji oraz, że nadużycie to ma miejsce na wspólnym rynku lub na znacznej jego części i może wpływać na handel między państwami członkowskimi.

Ziszczenie się w przedmiotowej sprawie dwóch pierwszych przesłanek zostało omówione wyżej przy analizie naruszenia krajowych reguł konkurencji. W ocenie Sądu, aktualna jest w sprawie niniejszej również ostatnia przesłanka. W wytycznych Komisji Europejskiej dotyczących koncepcji handlu zawartej w art. 81 i 82 TWE (Obwieszczenie KE, Dz. U. WE z dnia 27 kwietnia 2004r., C 101/07 s. 81) wskazano, że wpływ na handel między państwami członkowskimi może się przejawiać w nadużywaniu pozycji dominującej w jednym z nich, a powodującym utrudnianie możliwości wejścia na rynek konkurentom z innych państw członkowskich, co może wpływać na wzorce handlu. Ustalenie, że rynkiem w ujęciu geograficznym jest rynek krajowy obejmujący obszar (...) nie stoi więc na przeszkodzie przyjęciu, że zarzucane praktyki antykonkurencyjne wpływają na wymianę handlową między państwami członkowskimi. Komisja Europejska przyjmuje bowiem, że wskazane kryterium wpływu na handel państw Wspólnoty jest niezależne od definicji rynku relewantnego w ujęciu geograficznym co oznacza, że wpływ taki może występować także wówczas, gdy rynkiem właściwym jest rynek krajowy. Istotne jest również, że dla uznania praktyki za naruszającą zakaz sformułowany w art. 82 TWE, wystarczy stwierdzenie samej potencjalnej, bezpośredniej lub pośredniej, zdolności wpływu praktyki na handel między państwami Wspólnoty, nie jest natomiast konieczne wykazanie takiego faktycznego, aktualnego i odczuwalnego wpływu na wymianę handlową między państwami członkowskimi (wyrok Trybunału w sprawie A.-E. i A. del E., pkt 43; wyrok Sądu z dnia 13 grudnia 2006 r. w sprawach połączonych (...) i (...) (...) i in. przeciwko Komisji, Z. O. s. II- (...), pkt 68). Natomiast konieczne jest, by wpływ ten nie był nieznaczny (zob. podobnie wyrok z dnia 25 listopada 1971 r. w sprawie 22/71 (...), R. str. 949, pkt 16; z dnia 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-306/96 J., R. str. I-1983, pkt 16 oraz ww. wyrok w sprawie M. i in., pkt 42). Przy ocenie czy oddziaływanie jest znaczące, należy uwzględnić w szczególności pozycję oraz znaczenie stron na rynku rozpatrywanych produktów (wyroki Trybunału: z dnia 10 lipca 1980 r. w sprawie 99/79 L. i C. Nederland, R. s. (...), pkt 24; ww. w pkt 52 w sprawie J., pkt 17; wyrok Sądu z dnia 14 lipca 1994 r. w sprawie T-77/92 P. P. przeciwko Komisji, R. s. II-549, pkt 40).

Dodatkowo należy wskazać, że z utrwalonego orzecznictwa unijnego wynika, że istnieje co najmniej mocne domniemanie, że praktyka ograniczająca konkurencję, stosowana na całym terytorium określonego państwa członkowskiego, jest w stanie przyczynić się do podziału rynków i wpłynąć na wewnątrzwspólnotową wymianę handlową. To domniemanie może być obalone tylko wówczas, kiedy analiza cech charakterystycznych antykonkurencyjnej praktyki i warunków gospodarczych, w jakich do niej doszło, wykaże sytuację przeciwną (wyrok w sprawie (...) Z. (...) i in. przeciwko Komisji, pkt 181).

Zdaniem Sądu w sprawie niniejszej istnieje wystarczający stopień prawdopodobieństwa, że stosowane przez (...) praktyki mogą wywrzeć wpływ bezpośredni lub pośredni, rzeczywisty lub potencjalny na świadczenie grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie przez podmioty z siedzibą w innych państwach członkowskich i że ten wpływ nie jest nieznaczny. Wynika to z ustalonych wyżej specyficznych cechy rozpatrywanego rynku krajowego, w szczególności pozycji dominującej (...), przekładającej się na dużą siłę rynkową oraz stosowanych przez (...) praktyk. Nie budzi wątpliwości Sądu, że liczba ubezpieczonych w ramach grupowych ubezpieczeń pracowniczych i liczba umów ubezpieczenia zawieranych z udziałem zakładów ubezpieczeń mających siedzibę w innych krajach UE byłaby większa, gdyby (...) nie stosowało celowej polityki polegającej na utrudnianiu wejścia na rynek konkurentom. Omówione wyżej utrudnianie przez powodową Spółkę zmiany ubezpieczyciela przez pracodawców, czy przerwania na ubezpieczających ryzyka finansowego wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia oddziałują więc na działalność zakładów ubezpieczeniowych z państw członkowskich, poprzez ograniczanie możliwości konkurencji z (...) na jednakowych zasadach na rynku polskim jako istotnej części rynku wspólnotowego, mimo formalnego zagwarantowania im swobody świadczenia usług ubezpieczeniowych w ramach jednolitego rynku europejskiego w ustawie z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej. Faktyczne związanie ubezpieczających z (...) umowami utrudniającymi zmianę zakładu ubezpieczeń ogranicza rzeczywisty dostęp ubezpieczycieli z UE – analogicznie, jak w przypadku przedsiębiorców krajowych – do rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie.

Skutkiem ograniczenia możliwości efektywnego wchodzenia na rynek właściwy potencjalnych konkurentów z krajów członkowskich UE jest naruszenie podstawowej dla funkcjonowania wspólnego rynku zasady swobodnego przepływu usług,

Rozmiar i znaczenie ekonomiczne (...) są wystarczająco istotne, aby jej praktyki, o których mowa w zaskarżonej decyzji, mogły wywierać wpływ znaczący na handel pomiędzy państwami członkowskimi (zob. podobnie wyrok Trybunału z dnia 1 lutego 1978 r. w sprawie 19/77 M. (...) przeciwko Komisji, R. s. 131, pkt 10; ww. w pkt 60 wyrok w sprawie (...) i (...) przeciwko Komisji, pkt 181).

W tym zakresie trafnie stwierdził Prezes UOKiK, że wysokie prawdopodobieństwo wywarcia przez zakwestionowane działania powódki potencjalnego i pośredniego znaczącego wpływu na handel państw członkowskich wynika z faktu posiadania przez (...) zdolności do wywierania takiego wpływu dzięki posiadanej pozycji i sile rynkowej (o czym wyżej) na rynku grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie w Polsce.

Odnosnie wpływu praktyk zarzuconych (...) na handel między państwami członkowskimi, to organ szczegółowo i wnikliwie dokonał oceny tej kwestii w decyzji a Sąd zgadza się z tym argumentami. W szczególności prawidłowo Prezes UOKiK przyjął, że wpływ ten przejawia się w stworzeniu barier ekspansji, o których wyżej, na rynek właściwy nie tylko przedsiębiorcom krajowym, lecz również zagranicznym, zważywszy, że na terenie (...) faktycznie działają zakłady ubezpieczeń z państw członkowskich UE notyfikowane w Polsce.

Nie miał racji skarżący, wskazując, że skutki nadużycia muszą ujawnić się na co najmniej dwóch rynkach krajowych, gdyż wymóg, że nadużycie musi wystąpić na co najmniej znacznej części rynku wewnętrznego nie oznacza, że musi on przekroczyć granice rynku wewnętrznego. Z praktyki orzeczniczej instytucji unijnych wynika, iż status znacznej części rynku wewnętrznego przypisywany był relatywnie niewielkim obszarom państw członkowskich, w tym oczywiście także terytorium obejmującym obszar jednego (również niedużego) państwa (np. Belgia czy Luksemburg, tak m.in. pkt 370, 371 wyroku ETS z dnia 16 grudnia 1975 r. – w sprawach połączonych 40–48, 50, 54–56, 111, 113 oraz 114–73 C. V. (...) (...) i inni v. Komisja, Zb. Orz. 1975, s. 1663; też pkt 99 wyroku (...) z dnia 7 października 1999 r. w sprawie T-228/97 I. S. v. Komisja, Zb. Orz. 1999, s. II- (...)).

Status znacznej części rynku przypisywany był także i obszarom mniejszym niż powierzchnia jednego kraju (np. określonym regionom: region R.-P. znajdujący się w Niemczech; zob. pkt 38 wyroku ETS z dnia 25 października 2001 r. w sprawie C-475/99 A. G. v. L. S. Zb. Orz. 2001, s. I- (...)).

ZARZUTY PROCESOWE

Jeśli chodzi o zarzuty odwołania, wskazujące na naruszenie przepisów prawa procesowego, Sąd orzekający w niniejszym składzie podziela utrwalony w judykaturze pogląd o nieskuteczności powoływania się na naruszenie przepisów postępowania administracyjnego w postępowaniu przed SOKiK, poza pewnymi wyjątkami. W szczególności, tego typu zarzuty zasadniczo nie mogą stanowić samoistnej podstawy uchylenia decyzji. Wynika to z faktu, że wniesienie do sądu odwołania od decyzji administracyjnej wszczyna dopiero cywilne, pierwszoinstancyjne postępowanie sądowe, w którym sąd dokonuje własnych ustaleń, rozważając całokształt materiału dowodowego (takie stanowisko wyraził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 maja 1991r., sygn. akt III CRN 120/91; postanowieniu z dnia 11 sierpnia 1999r. sygn. akt I CKN 351/99; wyroku z dnia 19 stycznia 2001r. sygn. akt I CKN 1036/98). Podobnie Sąd Apelacyjny w Warszawie w uzasadnieniu wyroku z dnia 20 grudnia 2006r. stwierdził, iż zarzuty dotyczące naruszenia przepisów postępowania administracyjnego nie mogą być podnoszone przed SOKiK, który jako sąd powszechny rozpatruje sprawę od nowa, co skutkuje brakiem możliwości uchylenia decyzji zaskarżonej do tego sądu z uwagi na naruszenie przepisów postępowania administracyjnego (sygn. akt VI ACa 620/06).

Niezależnie od powyższego, zarzuty sformułowane w tym zakresie przez powódkę, były niezasadne.

W pierwszej kolejności należy stwierdzić, że postępowanie administracyjne toczące się przed Prezesem UOKiK nie było dotknięte taką wadą, która uzasadniałaby uchylenie decyzji. Wyjątki od zasady, że zarzuty procesowe

odnoszące się do etapu postępowania administracyjnego nie mogą doprowadzić do uchylenia decyzji w ramach rozpoznania odwołania, które zostały wykreowane przez orzecznictwo Sądu Najwyższego, wskazują, że taka możliwość odnosi się tylko do takich zarzutów, które po pierwsze nie mogą być niejako konwalidowane na etapie postępowania sądowego (jak ma to miejsce np. w odniesieniu do ustaleń faktycznych, środków dowodowych, oceny dowodów, niektórych wad formalnych samej decyzji) ale także waga tych zarzutów musi być na tyle istotna, że uzasadnia ona uchylenie decyzji. Chodzi o takie uchybienia, które nie zapewniają przedsiębiorcy któremu zarzuca się stosowanie praktyk naruszających konkurencję odpowiednich gwarancji proceduralnych, w szczególności mówi się tutaj o uchybieniach tego rodzaju (wadach kwalifikowanych decyzji), które istotnie wpłynęły na merytoryczną treść zaskarżonej decyzji.

Zdaniem Sądu w składzie rozpoznającym sprawę, ze względu na odmienną funkcję sądu powszechnego, jakim jest SOKiK, którego zadaniem jest merytoryczne rozpoznanie sprawy od funkcji sądów administracyjnych badających w szczególności legalność aktów administracyjnych - nawet wówczas gdy postępowanie administracyjne jest dotknięte nieważnością, to dla uchylenia decyzji tylko z tego powodu konieczne jest aby ta nieważność postępowania dotykała istotnego prawa strony, która się na tą nieważność powołuje.

Na taki kierunek zakresu kontroli przez SOKiK postępowania administracyjnego wskazuje między innymi analiza orzecznictwa Sądu Najwyższego zaprezentowana w wyroku tego Sądu z dnia 3 października 2013r w sprawie III SK 67/12 a także wcześniejsze orzeczenia tego Sądu (m.in. - wyrok SN z 19 sierpnia 2009 r., sygn. III SK 5/09, - wyrok SN z 20 września 2005 r., sygn. III SZP 2/05).

Rozpoznając zarzuty powoda dotyczące naruszenia zasad postępowania administracyjnego, w szczególności w odniesieniu do niewłaściwego określenia adresatów decyzji, Sąd doszedł do przekonania, że uchybienia te nie wpłynęły na merytoryczną treść decyzji, w szczególności nie naruszały praw powoda w sprawie niniejszej. Wszak nawet jeśli przyjąć, że niektóre podmioty z których wniosku zostało wszczęte postępowanie, nie miały zdolności sądowej w dacie złożenia wniosku i wydawania decyzji, to i tak postępowanie przeciwko powodowi mogło się toczyć, gdyż pozostali wnioskodawcy niewątpliwie mieli zdolność prawną i zdolność do czynności prawnych. Dla wszczęcia postępowania według duokik wystarczające było aby z wnioskiem o wszczęcie postępowania antymonopolowego wystąpił chociażby jeden przedsiębiorca lub związek przedsiębiorców, którzy wykażą swój interes prawny; (art. 84 ust 1 duokik). Niewątpliwie należy się zgodzić, że ten kto wystąpił z wnioskiem o wszczęcie postępowania i wnosi o wydanie decyzji w sprawie praktyk ograniczających konkurencję jest stroną postępowania (art. 86 duokik) a zatem i jego dotyczy wydana przez Prezesa UOKiK decyzja, niemniej jednak nawet naruszenia praw tej strony nie może zdaniem Sądu odnieść skutku wobec strony przeciwko której zostało wszczęte postępowanie o stosowanie praktyk ograniczających konkurencję, jeśli nie miało wpływu na jej prawa, a podmiot którego dotyczyło uchybienie procesowe nie wniósł odwołania.

Kuriozalne byłoby przyjęcie na gruncie niniejszej sprawy, jak tego chce powód, że wobec błędnego skierowania decyzji w odniesieniu do jednego z kilkunastu wnioskodawców będących stroną postępowania, należy uznać, że cała decyzja w jej zasadniczym aspekcie dotyczącym nadużywania pozycji dominującej przez powoda, podlega uchyleniu, tym bardziej, że prawa powoda nie zostały naruszone tym uchybieniem.

Odnosząc się do zarzutów naruszenia art. 28 k.p.a. w zw. z art. 84 duokik oraz art. 1 duokik należy stwierdzić, że są one bezzasadne. Wbrew stanowisku powódki, niniejsza sprawa ma bowiem charakter sprawy antymonopolowej, była i jest prowadzona w interesie publicznym, a wnioskodawcy wykazali swój interes prawny we wszczęciu postępowania antymonopolowego.

Zgodnie z art. 1 ust. 1 duoki, ustawa określa warunki rozwoju i ochrony konkurencji oraz zasady, podejmowanej w interesie publicznym, ochrony interesów przedsiębiorców i konsumentów. Jednym z celów ustawy antymonopolowej jest ochrona konkurencji i to zarówno aktualnie istniejącej na danym rynku, jak i potencjalnej. Ochrona ta, podobnie jak stwarzanie warunków do rozwoju konkurencji, podejmowane są w interesie publicznym. Z tego wynika, że ustawa ma zastosowanie w sytuacji zagrożenia lub naruszenia interesu publicznego, polegającego na

zapewnieniu odpowiednich warunków funkcjonowania rynku. Do naruszenia tego interesu dochodzi wówczas, gdy skutki określonych, zakazanych zachowań ograniczają właściwe warunki funkcjonowania rynku gospodarczego i mają wymiar powszechny. Z taką właśnie sytuacją niewątpliwie mamy do czynienia w analizowanym przypadku. Niesłuszne jest stwierdzenie (...), jakoby niniejsza sprawa dotyczyła indywidualnych roszczeń wnioskodawców. W niniejszej sprawie chodzi bowiem o ochronę prawidłowego działania mechanizmu konkurencji, zagrożonego przez działania powódki wpływające na swobodną działalność innych ubezpieczycieli na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie oraz istotnie ograniczające dostęp do świadczonych przez nich usług. Skutki praktyk stosowanych przez powódkę znajdują odzwierciedlenie w strukturze rynku właściwego. Powyższe okoliczności jednoznacznie wskazują na to, że w sprawie spełniona została przesłanka działania w interesie publicznym. Należy przy tym zauważyć, że powołanie się przez Prezesa na liczbę prowadzonych z inicjatywy (...) postępowań sądowych i egzekucyjnych miało ukazać skalę stosowania zakwestionowanych praktyk (cały kraj), ich powszechny zakres, a w efekcie rozmiar ich wpływu na konkurencję, mechanizmy rynkowe. Przedmiotowe dane nie stanowią natomiast dowodu na to, że w sprawie chodzi o ochronę interesów konkretnych przedsiębiorców. Ustalając, czy określone zachowanie rynkowe przedsiębiorcy stanowi naruszenie interesu publicznego, należy brać pod uwagę nie liczbę faktycznie zagrożonych konsumentów czy przedsiębiorców, lecz charakter danej praktyki, jej skutki wobec innych podmiotów oraz wpływ na rynek właściwy. Zaskarżona decyzja została wydana przede wszystkim w celu ochrony przedsiębiorców – zakładów ubezpieczeń będących (lub mogących być) konkurentami (...) na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie oraz pracodawców korzystających (aktualnie bądź w przyszłości) z oferty ubezpieczeniowej Spółki. Ochrona ta ma oczywiście jeszcze szerszy zakres, gdyż pośrednio wpływa także na sytuację prawną ubezpieczonych pracowników. Nieuprawnione jest wobec tego twierdzenie powodowej Spółki, iż organ antymonopolowy utożsamia interes publiczny z sumą indywidualnych interesów przedsiębiorców. Błędny jest także zarzut powódki, iż w aktach sprawy nie ma żadnych dowodów na to, że rezygnacja z usług (...) dotyczy sytuacji, kiedy przedsiębiorcy postanawiają przystąpić do ubezpieczenia w innym zakładzie ubezpieczeń. Wskazywali bowiem na to jednoznacznie sami wnioskodawcy.

Powyższe ustalenia pozostają w pełni aktualne również w odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 81 duokik - wskazującego na sprzeczność istotnych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, poprzez bezpodstawne przyjęcie, że doszło do naruszenia interesu publicznoprawnego. Oznacza to, że także ten zarzut należało uznać za bezpodstawny. Na marginesie Sąd pragnie zauważyć, że sformułowany w jego kontekście wniosek o umorzenie postępowania jest niedopuszczalny w świetle art. 479²⁸ § 3 k.p.c., który jednoznacznie wskazuje na możliwość żądania w odwołaniu tylko uchylenia decyzji albo jej zmiany w całości lub w części.

W myśl art. 84 ust. 1 pkt 1 duokik, z wnioskiem o wszczęcie postępowania antymonopolowego w związku z podejrzeniem naruszenia przepisów ustawy może wystąpić przedsiębiorca, który wykaże swój interes prawny. W ocenie SOKiK, w przedmiotowej sprawie wnioskodawcy legitymują się interesem prawnym w ujęciu ww. przepisu. Są oni bowiem stroną umowy grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie, zawartej z (...) w oparciu o dawne (...). Zapisy tych warunków ubezpieczenia – zakwestionowane w zaskarżonej decyzji – utrudniają ubezpieczającym pracodawcom zmianę osoby ubezpieczyciela oraz bezpodstawnie przerzucają na nich koszty regulowania składek za ubezpieczonego pracownika w okresie wypowiedzenia umowy. Wnioskodawcy, będący pracodawcami ubezpieczającymi swoich pracowników w (...), zostali bezpośrednio dotknięci ww. praktykami powódki co oznacza, że aktualny jest ich interes prawny w domaganiu się wszczęcia postępowania antymonopolowego. W związku z powyższym, także twierdzenie powódki, iż wnioskodawcy mają w niniejszej sprawie jedynie interes faktyczny, tj. są bezpośrednio zainteresowani jedynie uniknięciem zapłacenia składki na rzecz (...), należy uznać za chybione.

Strona powodowa również niesłusznie zarzuca Prezesowi UOKiK nieuwzględnienie treści wyroków SOKiK z dnia 10 października 2005r., wydanych w sprawach o sygn. akt XVII AmC 54/04 i AmC 56/04. Przede wszystkim należy zauważyć, że orzeczenia te oparte są na stanach faktycznych odmiennych od ustalonego w niniejszej sprawie. W przywołanych wyrokach SOKiK uznał, między innymi, że w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczający jest obowiązany przekazywać (...) składki do końca okresu ubezpieczenia. Sąd ten opowiedział się zatem za słusnością

pobierania składek za okres wypowiedzenia umowy, co w pełni aprobuje również Sąd orzekający w niniejszym składzie i dał temu wyraz we wcześniejszej analizie. Trzeba jednak podkreślić, że we wskazanych orzeczeniach nie rozpatrywano kwestii, czy zawsze (...) występuje o zapłatę tych składek, czy tylko wówczas gdy wszyscy pracownicy rezygnowali z ubezpieczenia ale też nie była dokonywana ocena działania (...) w aspekcie naruszenia reguł prawa konkurencji, bo nie temu służy postępowanie w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Należy však pamiętać, że w postępowaniu tym ocena postanowienia umownego dokonywana jest z punktu widzenia interesów konsumenta, tj. czy tych interesów klauzula rażąco nie narusza i czy nie jest sprzeczna z dobrymi obyczajami. Tymczasem w niniejszej sprawie kwestia sporna dotyczyła naruszania reguł konkurencji a więc odnosiła się do relacji między powodem a jego konkurentami i powodem i jego kontrahentami i zmierzała do oceny, czy powód na konkretnie ustalonym rynku właściwym nadużywa pozycji dominującej. Żaden ze wskazanych przez powódkę wyroków nie nawiązywał do tego zagadnienia, dlatego odwoływanie się do nich jest w tym zakresie bezzasadne.

Chybiony jest zarzut odwołania, iż brak jest dowodów wskazujących na to, że w sytuacji, gdy rezygnujący z ubezpieczenia pracownicy stanowią większość lub 100% ubezpieczonych danego zakładu pracy, a pracodawca nie wypowiedział umowy, (...) traktuje taką sytuację jako wypowiedzenie umowy i występuje do pracodawców o zapłatę składek za trzymiesięczny okres wypowiedzenia. Powyższe stwierdzenie pozostaje bowiem w oczywistej sprzeczności z zebranymi w sprawie dowodami, zawartymi na kartach : (...) - (...), (...) - (...), (...) (...), (...) - (...), (...) (...) akt administracyjnych. Nadto należy zauważyć, że uchwała Zarządu (...) nr (...) z dnia 22 czerwca 2005r., dotycząca wstrzymania się przez Spółkę dochodzenia na drodze sądowej przedmiotowych składek, na którą powołuje się powódka, została podjęta już po wszczęciu postępowania administracyjnego. Natomiast przed datą jej wydania, powódka egzekwowała na drodze sądowej zapłatę tych składek.

W zakresie zarzutu naruszenia art. 101 ust. 1 pkt 1 duokik w zw. z art. 6 i 8 k.p.a. Sąd uznał, że nałożona na (...) kara pieniężna - stanowiąca (...) przychodów Spółki i (...) możliwej do nałożenia kary maksymalnej, wymierzona w oparciu o kryteria wskazane w art. 104 duokik - jest adekwatna do rozmiaru naruszenia przepisów prawa antymonopolowego. Kara w tej wysokości jest we właściwej proporcji do potencjału ekonomicznego przedsiębiorcy oraz stopnia i wagi stwierdzonych naruszeń. Sąd w pełni podziela stanowisko pozwanego, że opisane w decyzji praktyki powoda stanowią poważne naruszenie konkurencji z uwagi na szeroki zasięg terytorialny oddziaływania praktyki, długotrwały okres naruszeń, poważne konsekwencje wynikające ze stosowania zarzuconych praktyk dla konkurentów i kontrahentów powoda.

Wbrew zarzutom powódki, przy wymiarze kary Prezes uwzględnił nie tylko okoliczności obciążające, lecz także łagodzące, w tym wskazane przez (...), tj. stopniowe wycofywanie się ze stosowania kwestionowanych zapisów starych (...), dotyczących wyrażenia zgody na wypowiedzenie umowy przez minimum 75% pracowników oraz brak wcześniejszego naruszenia ustawy antymonopolowej przez (...). Nie ma natomiast podstaw, by uwzględnić jako okoliczność łagodzącą, współpracę powódki z organem antymonopolowym. Współpraca ta jest bowiem obowiązkiem przedsiębiorcy i mogłaby być uznana za podstawę do obniżenia wymiaru kary jedynie wówczas, gdyby przedsiębiorca swoim zachowaniem wyszedł poza granice tego obowiązku, przyczyniając się znacznie, z własnej inicjatywy, do szybkiego i sprawnego przeprowadzenia postępowania. Sytuacja taka nie miała jednak miejsca w niniejszej sprawie.

W okolicznościach przedmiotowej sprawy nie można przyjąć, by orzeczona kara była rażąco wygórowana oraz by naruszała zasady równości i proporcjonalności. Za utrzymaniem kary w wysokości ustalonej przez Prezesa UOKiK przemawiają ponadto następujące okoliczności:

- znacząca liczba podmiotów (ubezpieczających pracodawców oraz konkurentów (...)) dotkniętych zakwestionowanymi praktykami;
- długi okres stosowania praktyk, bo co najmniej w latach 2002-2005;
- niewykazanie przez powodową Spółkę zaniechania stosowania praktyk, polegających na egzekwowaniu od pracodawców składek za pracownika w okresie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

Za chybiony należało uznać zarzut dotyczący rzekomego „karania przedsiębiorcy za przyszłe praktyki”. Kara pieniężna wymierzana za naruszenie prawa antymonopolowego spełnia bowiem dwojaką funkcję – represyjną oraz prewencyjną. W tym ostatnim przypadku kara ma zapobiegać podejmowaniu zakwestionowanych praktyk w przyszłości przez tego samego (prewencja szczególna) ale także innych przedsiębiorców (prewencja ogólna). Fakt, że powód stosuje nowe warunki ubezpieczenia nie oznacza, że powód nie powróci do stosowania nie tyle starych warunków ubezpieczenia ile innych praktyk naruszających konkurencję. Temu właśnie mają przeciwdziałać nakładane kary i w tym się przejawia ich prewencyjny charakter.

Za całkowicie bezpodstawne należało uznać zarzuty wskazujące na rzekomą niewykonalność decyzji, wynikającą z bezprawności żądania. Zdaniem Sądu, zarówno pkt I, jak i II sentencji, zostały sformułowane w sposób jasny, jednoznaczny i nie budzący wątpliwości, a nałożone obowiązki wyrażone precyzyjnie i bez możliwości różnej interpretacji. Przede wszystkim należy zaznaczyć, że treść rozstrzygnięcia wydawanego przez Prezesa UOKiK musi w pełni odpowiadać przepisom prawa – w tym wypadku art. 9 duokik oraz art. 5 Rozporządzenia nr 1/2003. Zgodnie z art. 9 duokik, organ antymonopolowy wydaje decyzję o uznaniu praktyki za ograniczającą konkurencję i nakazującą zaniechanie jej stosowania, jeżeli stwierdzi naruszenie zakazu określonego w art. 5, w zakresie niewyłącznym na podstawie art. 6 i 7, lub naruszenie art. 8. Z kolei art. 5 Rozporządzenia nr 1/2003 przewiduje, iż organy konkurencji Państw Członkowskich mają prawo stosowania art. 81 i 82 Traktatu w indywidualnych sprawach. W tym celu, działając z urzędu lub na wniosek, mogą wydawać następujące decyzje:

- domagające się zaprzestania naruszenia,
- zarządzające środki tymczasowe,
- akceptujące zobowiązania,
- nakładające grzywny lub okresowe kary pieniężne, lub inne kary przewidziane w krajowych przepisach prawa. Jeżeli na podstawie informacji, które posiadają organy ochrony konkurencji Państw Członkowskich, warunki ustanowienia zakazu nie zostały spełnione, mogą również zdecydować, że nie ma podstaw do działania z ich strony.

W orzecznictwie i doktrynie przyjmuje się, że w decyzji wydanej w oparciu o ww. przepis ustawy antymonopolowej, Prezes UOKiK może jedynie zakazać kontynuowania przez przedsiębiorcę zachowania stanowiącego zakazaną praktykę. Niedopuszczalne jest natomiast „pozytywne” określenie zachowań przedsiębiorcy, które powinien podjąć. Jeśli chodzi o wymienione w odwołaniu żądania, z jakimi rzekomo wystąpił w decyzji Prezes wobec powódki (tj.: a) zaniechanie przez (...) udzielania ochrony ubezpieczeniowej po wystąpieniu pracownika z ubezpieczenia, b) zrzeczenie się roszczeń z tytułu składek za okres trzymiesięcznego wypowiedzenia dochodzonych na podstawie starych (...), c) zrzeczenie się prawa do wszczynania w przyszłości postępowań w sprawie dochodzenia uprawnionych roszczeń wynikających z wypowiedzenia umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie zawartej wg starych (...), d) wykonanie decyzji w taki sposób, aby (...) jednostronnie narzuciło pracodawcom nowe (...)) należy przyjąć, że (...) dopuściła się w tym wypadku nadinterpretacji stanowiska pozwanego. Prezes UOKiK w żadnym wypadku nie nałożył bowiem na powódkę obowiązku podjęcia ww. działań, na co jednoznacznie wskazuje treść sentencji zaskarżonej decyzji. Wymieniając natomiast w uzasadnieniu decyzji określone zachowania, pozwany jedynie w sposób przykładowy wskazał, na czym mogłoby polegać zaniechanie stosowania zarzuconych praktyk. W żadnym wypadku nie można stwierdzić, by Prezes zobowiązał przedsiębiorcę do podjęcia tych konkretnych działań, bo i nie mógł tego uczynić w świetle ww. przepisów. Tym samym zarzut przekroczenia kompetencji przez pozwanego jest bezzasadny. Odnosząc się do poszczególnych zachowań wskazanych w odwołaniu należy stwierdzić, że:

ad. a) wbrew sugestiom powódki, w tym wypadku Prezes nie domagał się od niej wprowadzenia takowych zmian, lecz stawiał jedynie pytanie o zasadność i słusność różnego podejścia w sytuacji, gdy z grupowego ubezpieczenia występuje tylko jeden pracownik (wówczas brak jest obowiązku uiszczania składki) oraz w przypadku, gdy z ubezpieczenia występuje grupa pracowników (istnieje obowiązek płacenia składki);

ad. b) i c) organ antymonopolowy absolutnie nie żądał od powódki zrzeczenia się ani roszczeń z tytułu składek należnych za okres wypowiedzenia umowy, dochodzonych w oparciu o poprzednio obowiązujące (...), ani prawa do dochodzenia na drodze sądowej roszczeń wynikających z wypowiedzenia umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego, zawartej wg starych (...);

ad. d) pozwany nie wymagał od (...) jednostronnego narzucenia kontrahentom nowych (...), czym innym jest bowiem propozycja zawarcia umowy w oparciu o nowe warunki a czym innym narzucenie tych warunków. Powódka natomiast – wbrew ciążącemu na niej obowiązkowi dowodowemu - nie wykazała, by podjęła wszelkie niezbędne i efektywne kroki w celu przedstawienia kontrahentom informacji o możliwości zmiany umowy zawartej wg postanowień starych (...). W związku z tym nie można było przyjąć, iż doszło do zaniechania zarzucanej praktyki.

Odnośnie zarzutu, dotyczącego prawidłowości i zasadności rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów postępowania antymonopolowego Sąd przyjął, że z uwagi na charakter sprawy (zwłaszcza stopień jej skomplikowania oraz obszerność) oraz wkład pracy pełnomocnika w przyczynienie się do jej wyjaśnienia i rozstrzygnięcia, zasadne było przyznanie pełnomocnikowi wnioskodawców wynagrodzenia w maksymalnej wysokości, ustalonej w oparciu o § 2 ust. 1 i 2 Rozporządzenia z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu. W szczególności nie można się zgodzić z powódką, że nakład pracy merytorycznej pełnomocnika nie zależał w żaden sposób od liczby reprezentowanych osób - wręcz przeciwnie, okoliczność ta wymagała analizy wielu stanów faktycznych i prawnych, co zdaniem Sądu słusznie zostało uwzględnione przez organ przy ustalaniu wysokości wynagrodzenia.

Natomiast w kwestii przyznania zwrotu kosztów zastępstwa procesowego każdemu z wnioskodawców, Sąd stoi na stanowisku, że:

po pierwsze - nie ma uzasadnienia dla stosowania w postępowaniu administracyjnym zasad zwrotu kosztów obowiązujących w postępowaniu cywilnym, do których odwołuje się powódka;

po drugie - słusznie zauważa Prezes, że zwrot kosztów postępowania następuje na rzecz strony, a nie na rzecz pełnomocnika. Natomiast według art. 86 duokik, stroną jest każdy, kto wnosi o wydanie decyzji w sprawie praktyk ograniczających konkurencję lub wobec kogo zostało wszczęte postępowanie o stosowanie praktyk lub naruszenie innych przepisów ustawy. Wobec powyższego należy przyjąć, że każdemu z wnioskodawców należy się zwrot kosztów niezbędnych do celowego dochodzenia praw, w tym także kosztów zastępstwa procesowego. Bez znaczenia pozostaje przy tym okoliczność, iż wszyscy wnioskodawcy byli reprezentowani przez jednego pełnomocnika. Nadto, jak podnosi sama powódka, z literalnego brzmienia art. 69 ust. 3 duokik wynika, że zwrotowi podlega wynagrodzenie tylko jednego radcy prawnego. Zdaniem Sądu, należy przez to rozumieć, że stronie przysługuje zwrot kosztów zastępstwa tylko jednego, a nie kilku reprezentujących ją pełnomocników. Przepis ten nie oznacza natomiast - wbrew twierdzeniom powódki - że gdy w sprawie występuje wielu wnioskodawców, to także wówczas zwrotowi podlega wynagrodzenie tylko jednego pełnomocnika. Przecież każdy z nich może mieć własnego pełnomocnika albo, tak jak w tej sprawie, wszyscy będą reprezentowani przez tego samego. Okoliczność ta nie powinna mieć wpływu na zwrot kosztów postępowania, bo przecież każdy z wnioskodawców, w każdej z ww. sytuacji ponosi koszty związane z udziałem w sprawie pełnomocnika.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 479^{31a} § 1 k.p.c., Sąd orzekł jak w sentencji.

O kosztach postępowania sądowego orzeczono w oparciu o przepis art. 98 k.p.c. Na rzecz pozwanego i zainteresowanych, którzy byli stroną wygrywającą w sprawie zostały zasądzone poniesione przez nich koszty niezbędne do celowej obrony. Na koszty te złożyły się koszty zastępstwa procesowego za obie instancje ustalone w oparciu o treść Rozporządzenia z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

SSO Małgorzata Perdion-Kalicka