

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 lutego 2011r.

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów

w składzie:

Przewodniczący: SSO Ewa Malinowska

Protokolant: Ewa Naróg

po rozpoznaniu w dniu 17 lutego 2011r. w Warszawie na rozprawie

sprawy z odwołania **(...) Zakładu (...) na (...) S. A. z siedzibą w W.**

przeciwko **Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów**

z udziałem zainteresowanych (...) sp. z o. o. w P., T. W., (...) s. c., E. B., (...) s. c., (...) w B., L. M., (...) sp. jawna w K., (...) s. c., (...) sp. z o. o. w K., Zakładu (...) sp. jawna (...) 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 Przedsiębiorstwa Produkcji, Handlu i Usług (...) sp. z o. o. w R.

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

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

1. zmienia zaskarżoną decyzję w punkcie I.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 zaniechania jej stosowania”;
2. zmienia zaskarżoną decyzję w punkcie 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 zaniechania jej stosowania”;
3. w pozostałym zakresie oddala odwołanie;
4. zasądza od (...) Zakładu (...) na (...) S. A. z siedzibą w W. na rzecz Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwotę 360 zł (trzysta sześćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;
5. zasądza od (...) Zakładu (...) na (...) S. A. z siedzibą w W. na rzecz (...) sp. z o. o. w P., T. W., (...) s. c., E. B., (...) s. c., (...) w B., L. M., (...) sp. jawna w K., (...) s. c., (...) sp. z o. o. w K., Zakładu (...) sp. jawna (...) 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. kwotę 360 zł (trzysta sześćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

/-/ SSO Ewa Malinowska

**Sygn. akt XVII AmA 231/10**

duokik (tj. stosowana w tej sprawie ustawa z 2000r.)

uokik (aktualna uokik z 2007r.)

## UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 25 października 2007r. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej: Prezes, UOKiK) 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 Kółek 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. 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: OWGUP) 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, które 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.), (...) (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 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 OWGUP, obciążani byli w postępowaniach sądowych i egzekucyjnych kosztami wynikającymi ze składek za pracowników za 3-miesięczny okres wypowiedzenia umowy ww. ubezpieczenia.

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

Prezes ustalił w szczególności, że zgodnie ze starymi OWGUP, umową ubezpieczenia pracowniczego typ P objęci są pracownicy zatrudnieni przez ubezpieczających ich pracodawców. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego pracownika i współubezpieczonych (tj. objętych ubezpieczeniem członków rodziny ubezpieczonego pracownika) oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego (§ 3 starych OWGUP). Ww. umowa przewiduje w zamian za opłacaną przez pracownika składkę, wypłatę świadczeń (w dacie powstania danego zdarzenia) m.in. z tytułu: zgonu ubezpieczonego, nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon ubezpieczonego lub trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego, zgonu współubezpieczonych (małżonka, dziecka, noworodka martwo urodzonego, rodziców ubezpieczonego 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 OWGUP). Pracownicy przystąpili do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji zgody na formularzu (...) i wyrazili zarazem zgodę na potrącanie przez zakład pracy (pracodawcę) składek za ubezpieczenie z wynagrodzenia za pracę (§ 12 ust. 1 starych OWGUP). 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 poborów pracownika - za ich zgodą) i przekazywane są co miesiąc (z góry) przez ubezpieczającego pracodawcę (zakład pracy) do (...) wraz z rozliczeniem miesięcznym (§19 starych OWGUP).

Według ustaleń pozwanego, analizowana umowa może być rozwiązana zgodnie z § 16 starych OWGUP 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 OWGUP),

- (...), 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 OWGUP, w przypadkach określonych w § 16 ust. 1 pkt 2 tych OWGUP, ubezpieczający (zakład pracy) jest obowiązany do przekazywania (...) składki do końca okresu wypowiedzenia, a więc przez 3 miesiące. Równocześnie stare OWGUP 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 OWGUP 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 stroną umowy ubezpieczenia 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 zasądają 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 OWGUP) 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 OWGUP, (...) dokonał szeregu zmian, m.in. w zakresie zapisów dotyczących problemów, będących przedmiotem niniejszego postępowania. Pozwany ustalił w szczególności, iż nowe OWGUP 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 OWGUP - 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 OWGUP 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 OWGUP 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 OWGUP, bądź na aneksowaniu starych umów w taki sposób, aby ze starych OWGUP 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 OWGUP 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 OWGUP 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 OWGUP. Ponadto (...) nie udowodnił, że wszystkie umowy działające w oparciu o stare OWGUP 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 OWGUP.

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 Polski, 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 ubezpieczonego i życia bądź zdrowia współubezpieczonego (tj. członków rodziny ubezpieczonego). 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 Polski 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 Polski 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 Polski.

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 branym 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 KNUiFE. Na podstawie danych z KNF, pozwany zaprezentował w tabeli informacje dotyczące struktury portfela (...) w zakresie ubezpieczeń grupowych w latach 2002-2005:

<b>1.</b>	wyszczególnienie	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2005 r.
<b>2.</b>					
<b>3.</b>					
Wartość składki przypisanej brutto (...) (rys. zł) (dział I)	(...)	(...)	(...)	(...)	

Wartość składki przypisanej brutto (...) z ubezpieczeń grupowych (grupy 1 -5) (tyś. zł)	(...)	(...)	(...)	(...)	
Wartość składki przypisanej brutto (...) z pracowniczych ubezpieczeń grupowych (tyś. zł)	(...)	(...)	(...)	(...)	
<b>4.</b>	% udział grupowych ubezpieczeń pracowniczych (...) w jego składce przypisanej brutto (dział I) (póz. 3/poz. 1)	(...)	(...)	(...)	(...)
<b>5.</b>	% udział ubezpieczeń grupowych (...) w jego składce przypisanej brutto (dział I) (póz. 2/poz. 1)	(...)	(...)	(...)	(...)

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: (...)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, Pierwsze Amerykańsko- (...) Towarzystwo (...) 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 (...) 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 (...), który znacznie przekracza próg (...), 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: (...), przy czym grupowe ubezpieczenia w portfelu (...) stanowiły w poszczególnych latach 2002 - 2005 odpowiednio:(...) 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: (...). Zatem również w szerzej przyjętym rynku właściwym, udział (...) znacznie przekracza ww. próg (...).

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, w większym stopniu utrudniają wchodzenie na ten rynek nowych konkurentów i 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 (...) (do 1989 r. (...) był monopolistą), znacząco przekracza (...) 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 (...) punktów procentowych), co łącznie z innymi okolicznościami wzmacniającymi 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 Nr 93/92 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 - stronę 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 - poprzednik 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 OWGUP, 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 OWGUP. 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 OWGUP 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 OWGUP. 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 Polski, 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 OWGUP 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 pozbawieni możliwości ściągnięcia przedmiotowych składek z pracowników, których dotyczy ochrona ubezpieczeniowa, a wobec ww. zapisów starych OWGUP 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 odstraszały 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 OWGUP 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 OWGUP.

Prezes Urzędu przyjął, że (...) mimo, iż wprowadził od 1.01.2004 r. nowe OWGUP, 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 OWGUP 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 OWGUP 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 OWGUP 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 pozorność ww. uchwały 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 OWGUP.

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 OWGUP), 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.

Odnosnie 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 Polski, 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 Polski 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 Polski, 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 (...) uchwałe 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 OWGUP 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 Polski 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 OWGUP, dotyczących wyrażenia zgody na wypowiedzenie umowy przez co najmniej 75% pracowników ubezpieczającego (aneksując umowy zawarte na podstawie starych OWGUP lub zastępując je nowymi OWGUP). 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 Polski do UE, 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 SOKiK, 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 Spółka (...), wnosząc o:

1. wstrzymanie wykonania decyzji na podstawie art. 479<sup>30</sup> 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 OWGUP.

**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 OWGUP 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 OWGUP 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 ze wspólnym rynkiem;

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

a) nadanie decyzji rygору 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 rygору 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 indywidualnym 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 OWGUP 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 OWGUP w sytuacji, gdy od dnia 1 stycznia 2004 roku (...) oferuje nowe OWGUP 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 materiałach dowodowych 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 materiałach dowodowych ustalenie, że wnioskodawcy muszą uiszczać składki za pracowników pojedynczo rezygnujących z ubezpieczenia zawartego na podstawie OWGUP;

**l)** bezprawne ustalenie, że wskutek wystąpienia przez ubezpieczonych pracowników z OWGUP 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 OWGUP dochodzonych na podstawie starych OWGUP w stosunku do tych przedsiębiorców, wobec których z powództwa (...) 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 OWGUP za korzystniejsze nie wyrażają zgody na przyjęcie oferty nowych OWGUP, 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 OWGUP, pozbawiając ich możliwości istniejącego obecnie wyboru pomiędzy starymi i nowymi OWGUP, 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 OWGUP 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 duoklik 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 duoklik 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 duoklik sprowadza się do stwierdzenia błędnej kwalifikacji prawnej praktyk opisanych w pkt I.1. sentencji decyzji, dotyczących dwóch zapisów OWGUP, tj. § 16 ust. 1 pkt 1 oraz § 16 ust. 2. W ocenie powódki, istota stawianego jej zarzutu sprowadza się do treści konkretnych zapisów OWGUP 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 OWGUP 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 rzędu nie udowodnił, iż skutkiem wprowadzenia przez (...) § 16 ust. 1 pkt 1 oraz § 16 ust. 2 OWGUP było naruszenie art. 8 ust. 2 pkt 5 duokik. Nie został wykazany związek pomiędzy zakwestionowanymi zapisami OWGUP 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 miałoby ono takiej pozycji nawet wówczas, gdyby przyjąć, że właściwym rynkiem geograficznym w niniejszej sprawie jest obszar Polski, 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 (...), 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 KNFiFE, Ankiety Towarzystw Ubezpieceniowych). 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 wywiązanie 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 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 prawnych 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. ((...)) 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 umowny.

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 (...). 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 OWGUP w sytuacji, gdy ponad 80% podmiotów związanych starymi OWGUP zawarło z (...) aneksy eliminujące kwestionowane przez wnioskodawców postanowienia § 16 starych OWGUP. Podkreśliła, że zmiana starych OWGUP zależy wyłącznie od woli przedsiębiorców, a (...) nie może im tego jednostronnie narzucić. Informacja o wprowadzeniu nowych OWGUP jest powszechnie dostępna dla przedsiębiorców zainteresowanych zmianą starych OWGUP na nowe. Według powódki, (...) nie dysponuje żadnymi środkami przymusu, za pomocą których mogłoby wyegzekwować od kontrahentów zmiany starych OWGUP, bez naruszenia przepisów antymonopolowych, a nawet nie może tego zrobić z naruszeniem tych przepisów, bo nie ma dostatecznej siły rynkowej. Jeżeli zatem stare OWGUP funkcjonują jeszcze w obrocie, to tylko dlatego, że ubezpieczający nie chcieli w ich miejsce stosować nowych OWGUP.

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 interesu prawnego. 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 OWGUP. Wskazała w szczególności, że obowiązek zapłaty składki za pracownika, który zrezygnował z ubezpieczenia, nie wynika z żadnego z postanowień starych OWGUP, 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 UZ/257/2005 Zarządu (...) z dnia 22 czerwca 2005r., podjęto decyzję, że w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie starych OWGUP 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 OWGUP 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 OWGUP”.

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 tek 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 OWGUP oraz zrzeczenia się prawa do wszczynania w przyszłości postępowań w sprawie dochodzenia uprawnionych roszczeń wynikających z wypowiedzenia umowy, a także jednostronnego narzucenia pracodawcom nowych OWGUP. 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 nie 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.

Strona powodowa podtrzymała swe stanowisko w sprawie w pismach procesowych z dnia 17 grudnia 2008r. i 14 lipca 2009r. - daty stempla pocztowego (pisma powódki k. 321-348, 452-460).

W odpowiedzi na odwołanie z dnia 1 grudnia 2008r. (data prezentaty) pozwany Prezes UOKiK wniósł o jego oddalenie, stosownie do treści art. 479<sup>31a</sup> § 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 bowiem jest 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 wiążą go lub wiążą 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. 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 OWGUP 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 wydzielaniu 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 KNFUiFE Zainteresowani wskazali, że na obszarze polskim, w 2005r. oprócz 33 towarzystw ubezpieczeń, mających „fizycznie” oddziały na terenie Polski, 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 OWGUP nie ma i nie miała wpływu na ocenę zachowań powoda, w sytuacji, gdy stare OWGUP 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 wypowiedzi umowy oraz zarzutu naruszenia ww. przepisu poprzez błędne ustalenie, że powód egzekwuje składki od pracowników, którzy wypowiedzieli umowę ubezpieczenia w sytuacji, gdy pracodawca nie wypowiedzi 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.l., 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 współżycia 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 on 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.

Odnosnie 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 z 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 jak 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 zawieszonymi 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. 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. wnioski w dniach 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., (...) s. c., E. B., (...) s. c., (...) w B., L. M., (...) sp. jawna w K., (...) s. c., (...) sp. z o. o. w K., Zakład (...) sp. jawna (...) 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. 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 orzeczenia. 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 Sadu (...) z dniem 6 kwietnia 2007r. ((...). 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.

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

Zgodnie z § 16 ust. 1 ww. OWGUP, umowa grupowego ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego - z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia - przez: 1) ubezpieczającego - pod warunkiem, że co najmniej 75% ubezpieczonych pracowników wyrazi uprzednio zgodę pisemną na rozwiązanie tej umowy, 2) (...) S.A. - 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 bieżąco rozliczeń miesięcznych (§ 19 ust. 4). Według ust. 2 - 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 OWGUP, 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 rozwiązania 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 wypowiedział i występował do pracodawców o zapłatę składek za okres 3-miesięcznego wypowiedzenia. Zapłaty tych składek (...) dochodził również wtedy, gdy pracodawca wypowiedział umowę w związku rezygnacją pracowników z ubezpieczenia.

Od dnia 1 stycznia 2004r. (...) wprowadziło nowe warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie typu P, przyjęte uchwałą zarządu nr UZ/431/2003 z dnia 26 listopada 2003r. W nowych OWGUP 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 OWGUP.

Powyżej opisany stan faktyczny nie był między stronami sporny, a Sąd ustalił w oparciu o dokumenty zawarte w aktach administracyjnych - obejmujących akta postępowania wyjaśniającego (DAR-400-00004/04/DL, tom I-XV) oraz antymonopolowego (DAR-411-03/05/DL, tom I-X) - oraz dokumenty znajdujące się w aktach postępowania sądowego.

#### **Sąd zważył, co następuje:**

Odnosząc się do zarzutów naruszenia art. 28 k.p.a. w zw. z art. 84 duokik (**zarzut B.1.**) oraz art. 1 duokik (**zarzut B.2.**) 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 ubezpieczeniowych 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 (**zarzut C.3.i.**). 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. 479<sup>28</sup> § 3 k.p.c., który jednoznacznie wskazuje na możliwość wystąpienia w odwołaniu tylko z wnioskiem o uchylenie decyzji albo jej zmianę 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 OWGUP. 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, stwierdzenie powódki, iż wnioskodawcy mają w niniejszej sprawie jedynie interes faktyczny, tj. są bezpośrednio zainteresowani jedynie uniknięciem zapłacenia składki na rzecz (...), należy uznać za chybione.

W ocenie Sądu, za nietrafny należało uznać zarzut naruszenia art. 8 ust. 2 pkt 5 ustawy antymonopolowej, sprowadzający się do zakwestionowania prawidłowości kwalifikacji prawnej praktyki opisanej w pkt I.1. sentencji zaskarżonej decyzji (**zarzut B.3.**). Zdaniem (...), w danym zakresie istota stawianych Spółce zarzutów sprowadza się do treści zapisów i sposobu wykonywania umowy OWGUP, 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. Zawarty w art. 8 ust. 2 duokik katalog zachowań, stanowiących nadużycie przez przedsiębiorcę pozycji dominującej, ma charakter otwarty, przykładowy. W punkcie 5 wskazano na działania przeciwdziałające ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji. Praktyki antykonkurencyjne dominanta zapobiegają skutecznej konkurencji poprzez ograniczenie swobody działania konkurentów. Uderzają one zarówno w aktualny, jak i potencjalny stan konkurencji. Sformułowanie praktyki określonej w art. 8 ust. 2 pkt 5 duokik ma charakter ogólny. Można przyjąć, że w istocie zawiera on swoistą klauzulę generalną, zakazującą stosowania przez przedsiębiorcę posiadającego dominującą pozycję rynkową praktyk antykonkurencyjnych. W związku z tym, znamiona wskazanej praktyki mogą wyczerpywać także inne zachowania stanowiące przejaw nadużywania pozycji dominującej i to zarówno wymienione, jak i niewymienione w art. 8 ust. 2. Jednocześnie trzeba jednak zauważyć, że zasadniczym celem prawa antymonopolowego jest ochrona konkurencji (art. 1 duokik), m. in. poprzez zagwarantowanie odpowiednich warunków dla jej powstania i rozwoju. O ile zatem ma rację powódka, że narzucanie określonych pkt I.1. sentencji decyzji warunków umów można było zakwalifikować również jako praktyki z art. 8 ust. 2 pkt 6 duokik, to jednak z uwagi na konieczność priorytetowej, nadrzędnej ochrony mechanizmów konkurencji, za prawidłową należy uznać kwalifikację dokonaną przez Prezesa UOKiK.

Wbrew sugestiom (...), pozwany szczegółowo wykazał, w jaki sposób zapisy § 16 ust. 1 pkt 1 i § 16 ust. 2 starych OWGUP wpływają negatywnie na konkurencję na rynku grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie poprzez utrudnianie zmiany ubezpieczyciela przez ubezpieczających (zob. str. 38-48 decyzji). Prezes dokładnie przeanalizował oddziaływanie na konkurencję praktyki ograniczającej możliwość wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego pracodawcę jedynie w przypadku, gdy zgodę na to wyrazi uprzednio co najmniej 75% ubezpieczonych pracowników. Uwzględnił przy tym, że ubezpieczyciel był uprawniony do wypowiedzenia umowy w każdym czasie. Pozwany stwierdził w szczególności, że „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”. Słusznie jest stwierdzenie Prezesa, że 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”. W uzasadnieniu decyzji pozwany zasadnie przyjął również, że powyższe relacje pomiędzy powódką a ubezpieczającymi „stwarzają bariery dla konkurentów (m. in. sprawiają, iż wejście innego ubezpieczyciela do zakładu pracy, który posiada ubezpieczenie z (...) jest utrudnione) i prowadzą do zniekształcenia konkurencji na rynku”. Zdaniem Prezesa, dowodem na powyższe jest utrzymująca się struktura rynku właściwego z bardzo silną pozycją dominującą powódki ((...)) i obecnością wielu konkurencyjnych zakładów ubezpieczeń, posiadających niewielkie udziały rynkowe. Przedmiotowy zapis OWGUP został uznany za przejaw zakłócania konkurencji także przez konkurentów (...), na co wskazują ich opinie uzyskane przez organ antymonopolowy w toku postępowania wyjaśniającego, powołane na str. 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 § 16 i 24 starych OWGUP, 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. Według ustaleń poczynionych przez pozwanego, w niniejszej sprawie sytuacja ta dotyczy wszystkich wnioskodawców i podmioty zainteresowane. Słuszne jest zatem stwierdzenie organu antymonopolowego, że powyższe działania Spółki, które są powszechnie stosowane na terenie całego kraju, odstraszą innych pracodawców od zamiaru zmiany (...) na innego ubezpieczyciela, co w oczywisty sposób wpływa bezpośrednio na ograniczony dostęp konkurentów do rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. W omawianym przypadku, zapisy starych OWGUP 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.

W związku z powyższym, za całkowicie bezpodstawny należało uznać zarzut, jakoby „błędna kwalifikacja prawna była świadomym zabiegiem Prezesa Urzędu, mającym na celu sztuczne ominięcie zarzutu przedawnienia”, sformułowanego w **pkt A odwołania**. 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. 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. Zgodnie z art. 10 ust. 3 duokik, ciężar udowodnienia zaniechania stosowania praktyk ograniczających konkurencję spoczywa na przedsiębiorcy. W ocenie Sądu, (...) nie sprostало temu obowiązkowi dowodowemu, o czym będzie jeszcze mowa w dalszej części uzasadnienia. W tym miejscu Sąd pragnie ograniczyć się do stwierdzenia, że mimo obowiązywania od dnia 1 stycznia 2004r. nowych OWGUP, nadal funkcjonują w obrocie umowy zawarte w oparciu o stare OWGUP, zawierające zakwestionowane postanowienia, co przyznała zresztą sama powódka (k. 98-99, **zarzut C.3.g.**). Z kolei ani w toku postępowania antymonopolowego, ani sądowego, nie wykazała ona, by podjęła realne i efektywne działania zmierzające do zmiany wszystkich umów zawartych według starych warunków. Nie wykazała również odstępiania 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.

Zasadniczo SOKiK uznał decyzję z dnia 25 października 2007r. za trafną, z jednym wszakże zastrzeżeniem. O ile bowiem, zdaniem Sądu, w świetle okoliczności niniejszej sprawy nie ma wątpliwości co do braku podstaw do obciążania pracodawców obowiązkiem regulowania za pracownika składki w okresie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia - o czym będzie jeszcze mowa w dalszej części uzasadnienia - to nie można uznać za antykonkurencyjne działanie polegające na „rozciągnięciu ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia”, o którym mowa w punktach I. 1 i II. 1 sentencji decyzji. Ustalenie takie jest nieuprawnione, gdyż pozostaje w sprzeczności z obowiązującymi przepisami Kodeksu cywilnego, regulującymi umowę ubezpieczenia oraz OWGUP, które stanowią integralną część umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia jest umową odpłatną, dwustronnie zobowiązującą, wzajemną. Nadto, należy także pamiętać o zasadzie swobody kontraktowania, która pozwala stronom samodzielnie ukształtować stosunek prawny (353<sup>(1)</sup> k.c.). W związku z powyższym, trudno podważyć prawo stron do przyjęcia 3-miesięcznego, czy innego okresu wypowiedzenia umowy. Oczywiście jest przy tym, że skoro w czasie wypowiedzenia umowa ciągle wiąże strony, to ubezpieczyciel obowiązany jest świadczyć ochronę ubezpieczeniową, a jego kontrahent opłacać składki za ten okres ochrony. Nie ma zatem jakichkolwiek uzasadnionych podstaw prawnych, by kwestionować prawo ubezpieczyciela do pobierania składek za okres wypowiedzenia umowy, tym bardziej jeśli strony umowy zgodnie przyjęły takie rozwiązanie. Z tego też względu, Sąd zdecydował o zmianie zaskarżonej decyzji poprzez usunięcie z pkt I. 1 i II. 1 sentencji zakwestionowanego sformułowania.

Podnosząc zarzut naruszenia art. 8 ust. 1 w zw. z art. 4 pkt 8 duokik (**zarzut B.4.**) powódka stwierdziła, że rynkiem właściwym jest w niniejszej sprawie: w ujęciu produktowym – rynek ubezpieczeń na życie, a w ujęciu geograficznym – wspólnotowy rynek ubezpieczeń.

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. W ujęciu art. 4 ust. 8 duokik, rynkiem właściwym jest 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 właściwość, istnienie barier dostępu do rynku, preferencje konsumentów, znaczące różnice cen i koszty transportu, panują zbliżone warunki konkurencji. Podobnie definiuje rynek relewantny Komisja Europejska wskazując, że właściwy rynek asortymentowy składa się z wszystkich tych produktów i/lub usług, które uważane są za zamienne lub za substytuty przez konsumenta, ze względu na właściwość produktów, ich ceny i ich zamierzone stosowanie (pkt 7 OKE), natomiast właściwy rynek geograficzny obejmuje 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 ocenie Sądu, prawidłowe było przyjęcie przez Prezesa UOKiK, iż w przedmiotowej sprawie rynkiem relevantnym jest krajowy rynek grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Powyższe ustalenie poprzedzone zostało bardzo szczegółowym badaniem całego rynku ubezpieczeń na życie, przeprowadzonym w oparciu o właściwe kryteria i metodologię oraz z użyciem adekwatnych instrumentów. W zakresie **rynku właściwego produktowo** pozwany słusznie przyjął, że ubezpieczenia na życie nie stanowią jednolitej kategorii. Zarówno w praktyce ubezpieczycieli, jak i w doktrynie (zob. np. k. 5588-5574, 5808-5670), wyraźnie wyróżnia się bowiem w tym zakresie ubezpieczenia indywidualne oraz ubezpieczenia grupowe typu pracowniczego. Wbrew opinii (...), pozwany zasadnie uznał, że pomiędzy tymi rodzajami ubezpieczeń występują na tyle istotne różnice (dotyczące zwłaszcza stron umowy ubezpieczenia, sposobu kalkulacji składek ubezpieczeniowych, zasad i sposobu oceny ryzyka, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości świadczeń z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości składki, czy sposobu dystrybucji, zdobywania klienta, zawierania umów i wypłaty świadczeń), że pozwalają one przyjąć, iż grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie stanowią odrębny produkt ubezpieczeniowy. Należy podkreślić, że ww. ubezpieczenia są kwalifikowane jako odrębne produkty zarówno przez ubezpieczycieli, jak i konsumentów (ubezpieczających, 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.

Ponadto trzeba tu mieć także na uwadze prezentowane w judykaturze stanowisko, wskazujące na konieczność wąskiego wyznaczenia granic rynku relevantnego (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 - jest to zasadne przede wszystkim dlatego, że w innym wypadku trudno byłoby znaleźć przedsiębiorców dominujących na rynku. Tendencję do wąskiej segmentacji rynku właściwego można dostrzec także w praktyce orzeczniczej organów wspólnotowych (zob. orzeczenie ETS ws. 85/76 Hoffmann-La Roche La Roche & Co.AG przeciwko Komisji ). Argumentu przemawiającego za ustaleniem rynku relevantnego w ujęciu asortymentowym w sposób, w jaki uczynił to w przedmiotowej sprawie Prezes UOKiK, dostarcza również stanowisko prezentowane przez Komisję Europejską. Otóż w sprawie Commercial Union/Groupe Victoria ( IV M.498 ) 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 pełnomocnik Zainteresowanych, 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: Sun Alliance/Royal Insurance (IV M. 759), Axa/UAP (IV M. 862), Allianz Vereinte, Commercial Union/General Accident (IV M. 1142), Fortis AG/Generale Bank, Fortis/BCP Aviva /Hamilton (IV M. 4713).

Sąd nie podziela stanowiska powodowej Spółki, iż powołane przez Prezesa okoliczności dotyczące: stron umowy, sposobu kalkulacji składek, zasad i sposobu oceny ryzyka, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości świadczeń z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości składki, sposobu dystrybucji produktu i wypłaty świadczeń oraz możliwości indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia grupowego - nie mogą przesądzać o odrębności rynku ubezpieczeń grupowych od rynku ubezpieczeń indywidualnych.

Mylne jest stwierdzenie powódki, iż 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 podniósł pełnomocnik Zainteresowanych, pojęcie strony umowy ubezpieczenia jest istotne w kontekście analizowanych praktyk (...), w wyniku których strona umowy ma uiszczać w okresie wypowiedzenia składki. W tym zakresie znamienne jest również, że w przypadku ubezpieczeń grupowych nie przeprowadza się oceny stanu zdrowia osób ubezpieczonych. Należy też zauważyć, że grupowym ubezpieczeniem pracowniczym może być objęta tylko ta osoba, która jest pracownikiem ubezpieczającego pracodawcy, względnie osoba, którą łączy z pracodawcą inny stosunek prawny, np. zlecenia.

Sąd w pełni podziela argumenty pozwanego, co do uwzględnienia jako okoliczności uzasadniających wyodrębnienie rynku asortymentowego: sposobu kalkulacji składki (przy ubezpieczeniach grupowych – w oparciu o kryteria uśrednione dla całej ubezpieczanej grupy, przy ubezpieczeniach indywidualnych – wg indywidualnych właściwości, cech ubezpieczonego, takich jak np. wiek, płeć, stan zdrowia, wykonywany zawód etc.), zasad i sposobu oceny ryzyka (przy ubezpieczeniach grupowych – w oparciu o jednolite kryteria dla całej ubezpieczanej grupy, przy ubezpieczeniach indywidualnych – w indywidualizowany sposób), sposobu dystrybucji produktu, sposobu wypłaty świadczeń (w ramach ubezpieczeń grupowych świadczenia są wypłacane wg uproszczonych procedur) oraz wysokości składki i świadczeń z tytułu ochrony ubezpieczeniowej. Wbrew twierdzeniom (...), czynniki te jak najbardziej wskazują na to, że grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie i indywidualne ubezpieczenia na Życie nie są wobec siebie substytucyjne. Słusznie zauważa pozwany, że trzy pierwsze okoliczności pośrednio wpływają także na poziom wysokości składek oraz wysokość świadczeń z tytułu ochrony ubezpieczeniowej. Uśrednione składki o jednakowej wysokości dla wszystkich ubezpieczonych pracowników z reguły będą niższe od składek indywidualnych. Z drugiej strony, świadczenie wypłacane w ramach ubezpieczenia grupowego zwykle – choć oczywiście nie stanowi to zasady - będzie niższe od wypłacanego w przypadku ochrony indywidualnej.

Także w przypadku zakresu ochrony ubezpieczeniowej występują różnice, pozwalające na wyodrębnienie odrębnej kategorii grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie. W ramach ubezpieczenia indywidualnego jego przedmiotem jest ochrona zdrowia i życia, zaś świadczenia zwykle nie obejmują ochroną członków rodziny ubezpieczonego. Z kolei w ramach ubezpieczeń grupowych świadczenia obejmują także członków rodziny pracownika.

Za całkowicie chybione należy 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 jest wręcz przeciwnie. W takim bowiem przypadku ubezpieczenie jest kontynuowane na zasadach dotyczących pracowniczego ubezpieczenia grupowego, a nie indywidualnego, zatem absolutnie nie spełnia warunków przewidzianych dla tego ostatniego.

SOKiK nie podziela argumentacji powódki, iż w przedmiotowej sprawie wyznaczenie rynku asortymentowego winno nastąpić w oparciu o substytucyjność produktu od strony podaźowej. Substytucyjność jest podstawowym kryterium wyróżnienia rynku właściwego i oznacza wymienialność danych dóbr i usług z punktu widzenia nabywcy, którego potrzeby dobra te (usługi) mają zaspokajać. Produkty te (usługi) są zarazem jedynie w ograniczonym zakresie wymienialne z innymi wyrobami. Według powódki, dobro lub usługa niezamienne z punktu widzenia popytu mogą być łatwo zastąpione przez konkurentów operujących w tej samej branży. Odnosząc się do powyższego należy stwierdzić, że:

po pierwsze - w kontekście definicji rynku właściwego, obowiązującej zarówno w polskim prawie antymonopolowym, jak i w prawie wspólnotowym oraz charakteru relacji pomiędzy (...) a ubezpieczającymi pracodawcami, kryterium to nie może mieć w niniejszej sprawie decydującego znaczenia. Słusznie zauważa pełnomocnik Zainteresowanych, że substytucyjność podaży mogłaby stanowić podstawę wyodrębnienia rynku relewantnego, gdyby sprawa dotyczyła powiązań o charakterze horyzontalnym, tj. dwóch przedsiębiorców ubezpieczeniowych.

Po drugie – zasadne jest twierdzenie Prezesa UOKiK, iż nie można mówić o substytucyjności produktu w postaci grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie z innymi produktami ubezpieczenia na życie z uwagi na konieczność



poniesienia przez konkurencyjnych ubezpieczycieli kosztów związanych z przestawieniem się na dany produkt (np. oszacowanie ryzyk, koszty marketingu i dystrybucji) oraz niemożnością zaoferowania klientom nowego produktu w krótkim czasie.

Po trzecie – zdaniem powódki głównym czynnikiem decydującym o zakupie ubezpieczenia jest jakości oferty, wiarygodność oferenta i cena, nie ma natomiast znaczenia, czy dane ubezpieczenie zostanie zakwalifikowane jako indywidualne, czy też grupowe. Nie sposób odmówić racji powódce w zakresie pierwszej części jej tezy. Z całą pewnością wysokość składki jest istotnym kryterium przy wyborze oferty ubezpieczenia przez konsumenta. Jednak konsekwentnie należałoby tu również wziąć pod uwagę wysokość możliwego do uzyskania świadczenia ubezpieczeniowego. Niska składka pobierana przy ubezpieczeniu grupowym oznacza zazwyczaj świadczenie ubezpieczeniowe o niższej wysokości od uzyskiwanego w ramach ochrony indywidualnej. W zakresie wysokości składek i świadczenia istnieją zatem różnice między ubezpieczeniami grupowymi i indywidualnymi i wbrew stanowisku (...), mogą mieć one znaczenie przy wyborze oferty.

Po czwarte – mimo teoretycznego braku na rynku grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie formalnych barier wejścia dla innych przedsiębiorców (zwłaszcza barier o charakterze prawnym, administracyjnym, czy technicznym), pozycja rynkowa powodowej Spółki, długotrwałość jej działania na danym rynku oraz preferencje klientów powodują, że w rzeczywistości występują przeszkody utrudniające ekspansję na rynek właściwy. Sytuacja ta skutkuje natomiast brakiem substytucyjności po stronie podaży między grupowymi pracowniczymi ubezpieczeniami na życie a ubezpieczeniami na życie. Oznacza to zatem, że substytucyjność podażowa nie może być uwzględniona jako czynnik mający znaczenie dla wyznaczenia rynku właściwego asortymentowo.

Biorąc pod uwagę przedstawioną powyżej argumentację, wskazującą na występowanie zasadniczych różnic pomiędzy indywidualnymi ubezpieczeniami na życie a grupowymi pracowniczymi ubezpieczeniami na życie, uzasadniających wyodrębnienie w tym zakresie dwóch odrębnych rynków, za bezpodstawny należało uznać także zarzut sformułowany w **pkt C.3.b odwołania**. W ramach uzupełnienia warto tylko dodać, że wbrew twierdzeniom powódki, w danej kwestii organ antymonopolowy 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.

Zdaniem Sądu, organ antymonopolowy zasadnie przyjął, że **rynkem właściwym w ujęciu geograficznym** jest w przedmiotowej sprawie rynek krajowy, a nie – jak sugerowała powódka – rynek Wspólnoty Europejskiej. Wbrew stanowisku prezentowanemu przez (...) S.A. należy stwierdzić, że pomimo istnienia - na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej – potencjalnej możliwości świadczenia na terytorium Polski 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 pełnomocnika 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 ( Sun Alliance/Royal Insurance, Axa/UAP, Allianz Vereinte, Commercial Union/General Accident, Fortis AG/Generale Bank, Fortis/BCP Aviva /Hamilton .

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 Polski z uwagi na to, że właśnie tutaj działają lekarze orzecznicy i tutaj przeprowadzane jest badanie lekarskie. Słusznie zatem wskazał pozwany, że ze względów ekonomicznych 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 OWGUP, 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.

Reasumując należy stwierdzić, że zbliżone warunki konkurencji - wskazywane w przywołanych powyżej definicjach rynku właściwego w wymiarze geograficznym – na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie występują na obszarze Polski, co uzasadnia określenie przedmiotowego rynku jako krajowego. Ustalenie to nie stoi równocześnie na przeszkodzie przyjęciu, że zarzucane praktyki antymonopolowe 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.

Za nieusprawiedliwiony należało uznać zarzut naruszenia art. 8 ust. 1 i 2 duokik (**zarzut B.5.**), w ramach którego wskazano na błędne ustalenie pozycji rynkowej (...), a w konsekwencji błędne stwierdzenie, że Spółka nadużyła pozycji dominującej na rynku.

Trzeba podkreślić, że wielkość udziału w rynku relewantnym jest zróżnicowana w zależności od tego, jak zostanie zdefiniowany ten rynek – im węższej 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. W związku z tym należy zauważyć, że skoro nietrafne jest stanowisko powódki co do określenia rynku właściwego, to konsekwentnie nie można uwzględnić jej stanowiska w przedmiocie pozycji rynkowej (...) S.A. W tym zakresie twierdzenia Spółki nie mają bowiem żadnego znaczenia dla ustalenia tej pozycji, ponieważ dotyczą udziału (...) na wspólnotowym rynku ubezpieczeń na życie, a więc na rynku znacznie szerszym i nieadekwatnym do przyjętego w niniejszej sprawie.

Wbrew twierdzeniom powódki, w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji (strony 31-38) dokładnie wykazano przesłankę siły rynkowej (...) w oparciu o nie tylko o wielkość udziału w rynku lecz także inne okoliczności. Organ antymonopolowy uwzględnił tu także udziały w rynku właściwym konkurencyjnych ubezpieczycieli, strukturę rynku, uwarunkowania historyczne, bariery wejścia na rynek (zwłaszcza prawne, ekonomiczne i techniczne), markę firmy, okres jej funkcjonowania na rynku), uzasadniające stwierdzenie posiadania przez (...) S. A. pozycji dominującej na krajowym rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Ponadto - zważywszy na 92,80% udział (...) w rynku właściwym na koniec 2005r. (i porównywalny w latach poprzednich) - na posiadanie tej pozycji wskazuje domniemanie z art. 4 pkt 9 duokik, zgodnie z którym przedsiębiorca ma pozycję dominującą, jeżeli jego udział w rynku przekracza 40%. Trzeba przy tym zaznaczyć, że dane, na których opierał się Prezes UOKiK pochodziły od organu nadzorującego rynek ubezpieczeniowy w Polsce, tj. od Komisji Nadzoru Finansowego, były więc one w pełni wiarygodne, miarodajne i wystarczające do dokonania ustaleń w przedmiocie pozycji rynkowej powódki.

W związku z powyższą argumentacją nie zasługiwały również na uwzględnienie zarzuty: **C.3.c. i f. oraz C.5.** W pierwszym z nich powódka, niesłusznie zarzuciła dokonanie nieprawidłowych ustaleń udziału (...) i jego konkurentów w rynku ubezpieczeń grupowych na życie w związku z tym, że zebrane przez Prezesa dane o rynku produktowym są niekompletne i nie mogą stanowić podstawy do wyliczenia udziałów rynkowych. Jak już wskazano, zarzuty te są całkowicie bezpodstawne. Trzeba przy tym zauważyć, że obliczenia dokonane przez (...) opierają się na danych dotyczących rynku ubezpieczeń na życie, a nie rynku określonego jako właściwy, przeto nie mogą być w żaden sposób miarodajne dla dokonania wiążących ustaleń w tej sprawie.

Z kolei w drugim z zarzutów powódka wskazywała na bezpodstawne przyjęcie, że (...) posiada pozycję dominującą (siłę rynkową) na rynku ubezpieczeń na życie, w sytuacji gdy gwałtownie traci udziały w tym rynku. Również w tym wypadku stanowisko Spółki nie zasługuje na aprobatę z przyczyn wymienionych powyżej, a zwłaszcza z uwagi na to, że bazuje na analizie nieadekwatnego rynku, tj. rynku ubezpieczeń na życie, zamiast rynku grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie.

Motywy wskazane do tej pory, przemawiają także za bezzasadnością trzeciego zarzutu, w ramach którego strona powodowa wskazała na niewyjaśnienie wszystkich istotnych okoliczności sprawy, a w szczególności uznanie za udowodnione posiadanie przez (...) pozycji dominującej na rynku bez profesjonalnej analizy z zastosowaniem antymonopolowej metodyki wyznaczanie rynku właściwego w sprawie. Jak już bowiem stwierdzono, SOKiK w pełni podziela ustalenia organu antymonopolowego w zakresie określenia krajowego rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Został on bowiem wyznaczony w oparciu o rzetelną analizę całego rynku ubezpieczeń na życie, z zastosowaniem adekwatnej metodologii i przy użyciu właściwych instrumentów. Definiując rynek relewantny Prezes uwzględnił w szczególności zarówno cechy użytkowe produktu ubezpieczeniowego, jego cenę, jak i zachowania rynkowe wszystkich uczestników rynku (ubezpieczających pracodawców i konkurencyjnych ubezpieczycieli) oraz dokonał analizy substytucyjności podażowej i popytowej. Również kwestia pozycji (...) na rynku właściwym została wykazana w sposób pozwalający na przyjęcie posiadania przez nią pozycji dominującej na tym rynku. Nadto należy zauważyć, że powódka nie sprecyzowała jakie jeszcze „okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy” nie zostały ustalone w postępowaniu antymonopolowym.

Zdaniem strony powodowej zaskarżona decyzja narusza art. 3 i 5 w zw. z art. 35 Rozporządzenia Rady (WE) nr 1/2003 w zw. z art. 82 TWE poprzez błędne przyjęcie, że praktyki zarzucane (...) wpływają na wymianę handlową pomiędzy państwami członkowskimi i są niezgodne ze wspólnym rynkiem (**zarzut B.6.**). W tym zakresie powódka stwierdziła w szczególności, że organ antymonopolowy nie dowiódł odczuwalności zarzucanych jej praktyk w minimum dwóch krajach członkowskich.

W opinii SOKiK, powyższe stanowisko nie zasługuje na akceptację. Zgodnie z 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 niesłusznych cen zakupu lub sprzedaży albo innych niesłusznych 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 zwyczaje handlowe nie mają związku z przedmiotem tych kontraktów.

Dla zapewnienia skutecznego i efektywnego stosowania unijnych reguł konkurencji, na organy ochrony konkurencji oraz sądy państw członkowskich nałożono obowiązek stosowania art. 82 TWE także wówczas, gdy stosują krajowe prawo antymonopolowe, w odniesieniu do praktyk mogących mieć wpływ na handel między państwami członkowskimi. Stanowi o tym art. 3 ust. 1 oraz art. 5 rozporządzenia Rady (WE) nr 1/2003 z dnia 16 grudnia 2002r. w sprawie wprowadzenia w życie reguł konkurencji ustanowionych w art. 81 i 82 Traktatu (dalej: Rozporządzenie nr 1/2003). Do wydania decyzji stwierdzającej naruszenie art. 82 TWE konieczne jest wykazanie przez Prezesa UOKiK, iż:

- przedsiębiorca posiada pozycję dominującą na rynku właściwym,

- stosowana przez niego praktyka stanowi nadużycie tej pozycji,

- nadużycie to ma miejsce na wspólnym rynku lub na znacznej jego części i może wpływać na handel między państwami członkowskimi.

O ziszczeniu się w przedmiotowej sprawie dwóch pierwszych przesłanek była już mowa. W ocenie Sądu, aktualna jest w niej 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. Wbrew twierdzeniom powódki, w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji organ antymonopolowy szczegółowo odniósł się do wpływu zarzuconych (...) praktyk na handel między państwami członkowskimi Wspólnoty. Przejawia się on mianowicie w stworzeniu barier ekspansji na rynek nie tylko przedsiębiorcom krajowym, lecz również zagranicznym. Działania powódki ograniczają bowiem także ubezpieczycielom z państw członkowskich możliwość konkurencyjnego działania na polskim rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, jako niewątpliwie znacznej części rynku wspólnotowego. Należy stwierdzić, iż mimo zagwarantowania swobody świadczenia usług ubezpieczeniowych w ramach jednolitego rynku europejskiego w ustawie z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej, w okolicznościach niniejszej sprawy rzeczywisty dostęp ubezpieczycieli z UE – analogicznie, jak w przypadku przedsiębiorców krajowych – do rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, został istotnie ograniczony. Sytuacja, skutkiem której naruszono zasadę swobody przepływu usług, wynika z praktyk (...), będących przedmiotem rozpoznania w przedmiotowym postępowaniu. Jak słusznie zauważa pełnomocnik Zainteresowanych, wpływ na handel państw członkowskich może mieć miejsce także w sytuacji izolacji rynku krajowego, a z takim przypadkiem mamy do czynienia w danej sprawie. Za bezzasadny należy uznać zarzut niewykazania przez pozwanego odczuwalności zarzuczanych (...) praktyk w minimum dwóch krajach członkowskich. Przede wszystkim trzeba podkreślić, że dla uznania praktyki za naruszającą zakaz sformułowany w art. 82 TWE, wystarczy stwierdzenie samej potencjalnej, bezpośredniej lub pośredniej, zdolności jej wpływu na handel między państwami Wspólnoty, nie jest natomiast konieczne wykazanie takiego faktycznego, aktualnego wpływu. Utrudnianie przez powodową Spółkę zmiany ubezpieczyciela przez pracodawców ubezpieczających swych pracowników, w znaczący sposób ogranicza dostęp konkurencyjnych zakładów zarówno krajowych, jak i zagranicznych, do rynku właściwego. W tym zakresie trafnie stwierdził pozwany, 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 na rynku grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie w Polsce. Ta pozycja i siła rynkowa wskazują jednocześnie na „istotność” i „odczuwalność” wpływu praktyk powódki na handel między państwami UE.

Niezależnie od powyższego, okoliczność, iż Komisja Europejska nie zgłosiła zastrzeżeń ani do projektu zaskarżonej decyzji, ani do rozpatrywania sprawy w oparciu o art. 82 TWE, stanowi dodatkowy argument przemawiający za zasadnością stosowania tego przepisu w niniejszej sprawie.

W odniesieniu do Rozporządzenia nr 1/2003 strona powodowa podniosła również zarzut naruszenia art. 2 poprzez przerzucenie na (...) ciężaru udowodnienia, iż do praktyki naruszającej art. 82 TWE nie doszło ( **zarzut C.4.** ). Zarzut nie zasługuje na uwzględnienie. W myśl przedmiotowego przepisu, w każdym krajowym lub wspólnotowym postępowaniu w sprawie stosowania art. 81 i 82 Traktatu ciężar udowodnienia naruszenia tych przepisów spoczywa na stronie lub organie zarzucającym naruszenie (zd.1). W ocenie Sądu, zarówno Prezes UOKiK, jak w wnioskodawcy, wykazali przesłanki uzasadniające zastosowanie w niniejszej sprawie art. 82 TWE, tj. posiadanie pozycji dominującej i jej nadużycie, negatywny wpływ praktyk (stosowanych na wspólnym rynku lub jego znacznej części) na konkurencję, oraz ich wpływ na handel między państwami Wspólnoty. Nie można tu zatem mówić o jakimkolwiek przerzuceniu ciężaru dowodu na powódkę. Za całkowicie chybiony należy uznać argument (...), iż Prezes rzekomo dokonał odwrócenia reguły rozkładu ciężaru dowodu przewidzianej w art. 2 Rozporządzenia, co znalazło swe odzwierciedlenie

w stwierdzeniu, że przedsiębiorca „nie udowodnił, że wszystkie umowy działające w oparciu o stare OWGUP zostały anektowane 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 OWGUP”. Zacytowany fragment uzasadnienia decyzji odnosi się bowiem nie do wskazanego przepisu Rozporządzenia, lecz do art. 10 ust. 3 duoki, który określa zasady rozkładu ciężaru dowodu dla wykazania zaniechania stosowania zarzucanej praktyki antykonkurencyjnej. Zgodnie z tym przepisem, ciężar udowodnienia tej okoliczności spoczywa na przedsiębiorcy.

Za pozbawione podstaw uznano zarzuty dotyczące nadania zaskarżonej decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności, tj. zarzuty naruszenia art. 90 duoki i art. 108 § 1 k.p.a. (**zarzut B.7.**). Zgodnie z art. 90 duokik, Prezes UOKiK może nadać rygor natychmiastowej wykonalności decyzji w całości lub w części, jeżeli wymaga tego ochrona konkurencji lub ważny interes konsumentów. Z kolei art. 108 § 1 zd. 1 k.p.a. przewiduje, iż decyzji, od której służy odwołanie, może być nadany rygor natychmiastowej wykonalności, gdy jest to niezbędne ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego albo dla zabezpieczenia gospodarstwa narodowego przed ciężkimi stratami bądź też ze względu na inny interes społeczny lub wyjątkowo ważny interes strony.

Przepis art. 90 duokik stanowi *lex specialis* w stosunku do art. 108 § 1 k.p.a, ale równocześnie nie wyłącza jego zastosowania w postępowaniu antymonopolowym. Do nałożenia decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności wystarczy spełnienie którejś (ewentualnie obu) z alternatywnych przesłanek wymienionych w art. 90 duokik. Wbrew sugestiom powódki, przepis ten stanowi samodzielną, wyłączną podstawę nałożenia rygoru. Nie ma zatem konieczności odwoływania się dodatkowo do przesłanek wskazanych w Kodeksie postępowania administracyjnego. Niemniej jednak należy przyjąć, że w przypadku braku podstaw do zastosowania art. 90 uokik, organ antymonopolowy mógłby posiłkować się art. 108 § 1 k.p.a. i nadać decyzji rygoru w oparciu o to ogólne unormowanie.

W przedmiotowej sprawie, zdaniem Sądu, wystąpiły przesłanki określone w art. 90 duokik, uzasadniające nadanie decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności.

Jeśli chodzi o przesłankę ważnego interesu konsumentów, trzeba przyznać rację powódce, że nie można uznać pracodawców ubezpieczających swych pracowników za konsumentów, jak czyni to Prezes UOKiK. Przepis art. 4 pkt 11 duokik w zakresie definicji konsumenta odsyła do art. 22<sup>1</sup> k.c., który nie daje żadnych podstaw do przyznania statusu konsumenta pracodawcy. Błąd ten nie wpływa jednak na ustalenie, że w niniejszej sprawie wystąpiła potrzeba nadania decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności z uwagi na konieczność ochrony ważnego interesu konsumentów. Nie można się zgodzić z argumentem strony powodowej, iż nadanie rygoru jest w istocie działaniem antykonsumenckim, gdyż pozbawia pracowników ochrony ubezpieczeniowej w okresie wypowiedzenia. Takie niebezpieczeństwo nie występuje, gdyż w okresie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na ubezpieczycielu spoczywa obowiązek świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, co wyraźnie stwierdził Sąd orzekający w niniejszym składzie i dał temu wyraz poprzez częściową zmianę decyzji. Zagrożeniem dla interesów konsumentów, za których należy tu uznać pracowników, jest natomiast praktyka powodowej Spółki polegająca na istotnym utrudnianiu zmiany ubezpieczyciela w przypadku, gdy pracownicy mają taką wolę.

Odnośnie przesłanki ochrony konkurencji należy zgodzić się z przeciwnikami procesowymi powódki, iż nadanie rygoru natychmiastowej wykonalności uzasadnia przede wszystkim szeroki zasięg stosowanych przez (...) praktyk, długi okres ich stosowania oraz silna, dominująca pozycja rynkowa Spółki. Okoliczności te wskazują bowiem na poważny charakter działań i ich znaczące niebezpieczeństwo dla konkurencji, co jak najbardziej uzasadnia nadanie rygoru. Kolejnym argumentem przemawiającym za zasadnością rozstrzygnięcia Prezesa w tym zakresie jest to, iż w wyniku stosowanych praktyk (...) bezspornie uzyskuje korzyści, których nie byłaby w stanie osiągnąć, gdyby na rynku właściwym panowała niezakłócona konkurencja. Z jednej strony powódka czerpie zysk ze świadczenia usługi grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie, zaś z drugiej obciąża pracodawców ryzykiem finansowym w sytuacji wystąpienia ubezpieczonych pracowników z ubezpieczenia. Sytuacja ta godzi bezpośrednio w interesy kontrahentów (...), przeciwko którym w wielu wypadkach powódka wystąpiła na drogę sądową o zapłatę składki za pracowników za okres wypowiedzenia umowy. Pośrednio wpływa ona również na stan konkurencji. Kontynuowanie

zakwestionowanych praktyk utrzyma bowiem bariery wejścia na rynek relewantny innych ubezpieczycieli, zarówno krajowych, jak i zagranicznych. Powyższe okoliczności dostatecznie wskazują na konieczność szybkiej interwencji, mającej na celu zniesienie ograniczeń w ekspansji na rynek konkurentów powódki, poprzez nadanie decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności.

W ocenie Sądu, dla rozstrzygnięcia kwestii zasadności nadania rygoru nie ma znaczenia czas prowadzenia postępowania przez Prezesa UOKiK. Okoliczność ta w żaden sposób nie wpływa bowiem na aktualność ww. przesłanek, w oparciu o które został nadany rygor. Na marginesie warto tylko wskazać, że - jak podaje pozwany – do przedłużenia postępowania antymonopolowego przyczyniła także się sama powódka, chociażby poprzez wielokrotne przedłużanie terminów do przygotowania pism prezentujących jej stanowisko w sprawie.

(...) bezzasadnie zarzuciło pozwanemu dowolne przyjęcie, że przedsiębiorcy ubezpieczający swoich pracowników chcą zmienić ubezpieczyciela, podczas gdy - jak twierdzi powódka – odmawiają płacenia składek w imieniu pracowników dlatego, że chcą w ogóle zrezygnować z zawierania grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Stwierdzenie to pozostaje w oczywistej sprzeczności z materiałem dowodowym sprawy, a konkretnie z treścią pism przedsiębiorców, w których ewidentnie wskazano na chęć zawarcia, bądź zawarcie umowy ubezpieczenia z innym zakładem (k. 5072, 5107-5108, 5283-5284, 5295, 6090-6091, akt admin.) oraz treścią pozwu z k. 4938-4940 akt admin.

Mając na uwadze powyższe ustalenia należy przyjąć, że w odniesieniu do praktyk określonych w pkt I sentencji zaskarżonej decyzji, zwłoka w wykonaniu decyzji stanowi realne zagrożenie dla dóbr określonych w ww. przepisie, tj. konkurencji i ważnego interesu konsumentów. Ich naruszenie przejawia się w utrudnianiu zmiany osoby ubezpieczyciela wskutek stosowanej przez (...) praktyki, a brak rygoru w istocie mógłby wywołać trudno odwracalne negatywne skutki w odniesieniu do wskazanych wartości.

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. W szczególności, tego typu zarzuty nie mogą stanowić samoistnej podstawy uchylenia decyzji. Wniesienie do sądu odwołania od decyzji administracyjnej wszczyna bowiem 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.

Nie jest słuszny zarzut wybiórczego doręczania pełnomocnikowi (...) pism procesowych Wnioskodawców oraz innych pism zaliczonych w poczet materiału dowodowego sprawy (**zarzut C.1.**). Przede wszystkim należy zauważyć, że strona powodowa nie sprecyzowała, jakie konkretnie pisma nie zostały jej doręczone oraz jaki wpływ miało to uchybienie na rozstrzygnięcie sprawy. Analiza akt administracyjnych sprawy pozwala natomiast na stwierdzenie, że zgodnie z art. 10 § 1 k.p.a. (Organy administracji publicznej obowiązane są zapewnić stronom czynny udział w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwić im wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.), pozwany zapewnił stronom czynny udział w każdym etapie postępowania, umożliwił wgląd do akt (k. 5006, 5007, 6442, 6452 akt admin.), wypowiedzenie się co do stanowiska i żądań innych uczestników (k. 4993-4998, 5910, 5921, 5019-5022, 5026, 5344, 5469-5511, 5878, 5904, 6182 akt admin.), zebranych dowodów oraz przedstawienie własnego stanowiska w sprawie (k. 6434-6435 akt admin.).

Wbrew opinii powódki, powoływany przez nią art. 39 k.p.a. (Organ administracji publicznej doręcza pisma za pokwitowaniem przez pocztę, przez swoich pracowników lub przez inne upoważnione osoby lub organy.) nie

dotyczy obowiązku doręczania przez organ administracyjny określonych pism, lecz sposobu dokonywania doręczeń. Nadto należy wskazać, że obowiązujące przepisy nie nakładają obowiązku doręczania wszelkich pism i materiałów znajdujących się w aktach sprawy i zaliczonych w poczet materiału dowodowego. Obowiązek ten dotyczy przede wszystkim decyzji, postanowień, ugód, zawiadomień, wezwań. Nie można jednak przyjąć, by obejmował on wszystkie dokumenty. Słusznie także zauważa pozwany, że obowiązek informacyjny organu administracyjnego dotyczy informowania stron o okolicznościach faktycznych i prawnych mających wpływ na ich prawa i obowiązki, a nie o wszelkich okolicznościach.

Bezasadne są również zarzuty wydania decyzji kończącej postępowanie w sprawie bez uwzględnienia wszystkich pism pełnomocnika (...), zwłaszcza pisma z dnia 9 października 2007r., oraz bez możliwości zapoznania się pełnomocnika Wnioskodawców z ostatecznym stanowiskiem powódki (**zarzut C.2. i C.3.a.**). Przede wszystkim trzeba odnotować, że pismo z dnia 9 października 2007r. w rzeczywistości złożyła powódka po upływie terminu wyznaczonego przez organ na przedstawienie ostatecznego stanowiska w sprawie (notabene terminu przedłużonego na wniosek (...)), tj. w dniu 18 października. W ocenie Sądu, w sytuacji gdy Prezes przedłużył powódce termin do przedstawienia końcowego stanowiska w sprawie oraz przeglądania akt, zarzut uniemożliwienia stronie aktywnego uczestnictwa w postępowaniu jest bezzasadny, a także niestosowny. Jak wyjaśnił pozwany, ze wskazanych przyczyn nie doręczono pełnomocnikowi Wnioskodawców pisma (...) opatrzonego datą 9 października 2007r. Ponadto okoliczność, jakoby pozwany nie ustosunkował się w uzasadnieniu decyzji do wszystkich argumentów wskazanych w ww. piśmie, podobnie jak niepowołanie wszystkich pism składanych przez strony, nie musi jeszcze oznaczać, że Prezes nie zapoznał się z nimi. Sytuacja ta nie miała wszakże miejsca, ponieważ w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji znajdują się odwołania do wszystkich istotnych argumentów, podnoszonych przez powódkę we wszystkich jej pismach. Znamienne jest przy tym, że Spółka nie precyzuje, jakie argumenty miałyby zostać pominięte przez pozwanego i nie wskazuje, jaki wpływ miało to uchybienie na wynik sprawy.

Strona powodowa zarzuciła Prezesowi UOKiK naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 81 duokik, polegające na nieprofesjonalnym sformułowaniu pytań ankietowych, które wskazywały adresatom jakiego ubezpieczyciela dotyczy postępowanie oraz wybiórczej analizie odpowiedzi udzielonych przez konkurentów (...) (**zarzut C.3.d.**).

Z powyższymi stwierdzeniami nie można się zgodzić. W skierowanym do towarzystw ubezpieczeniowych piśmie z dnia 10 grudnia 2004r. Prezes wskazał cel wezwania do udzielenia żądanych informacji. Podał mianowicie, że są one niezbędne do wstępnego ustalenia, w trakcie wszczętego w dniu 10 grudnia 2004r. postępowania wyjaśniającego, zachowań towarzystw ubezpieczeń na życie w zakresie prowadzenia grupowych ubezpieczeń pracowniczych, a także czy w opisanej sprawie nastąpiło naruszenie przepisów ustawy uzasadniające wszczęcie postępowania antymonopolowego. Tym samym organ antymonopolowy postąpił zgodnie z treścią art. 45 duokik, który w ust. 2 pkt 2 wyraźnie przewiduje konieczność wskazania przez Prezesa celu żądania.

Wbrew sugestiom powódki, pytania ankiety w żadnym wypadku nie sugerują, jakiego ubezpieczyciela dotyczy postępowanie. Okoliczność ta wynika pośrednio z treści wezwania, w którym mowa jest o wszczęciu postępowania wyjaśniającego dla ustalenia, czy istnieją podstawy uruchomienia postępowania antymonopolowego. Wskazanie to, w świetle przywołanego wyżej przepisu, nie stanowi jednak jakiegokolwiek uchybienia. Nie można także uznać, by z tego powodu konkurenci powódki przedstawili w sprawie subiektywne stanowisko. Zgodnie bowiem z art. 101 ust. 2 pkt 2 duokik, za nieudzielenie informacji, bądź udzielenie informacji nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd, Prezes może nałożyć na przedsiębiorcę karę pieniężną, o czym ankietowani zostali pouczeni.

W ocenie Sądu, niesłuszny jest również zarzut sformułowania pytań ankiety w sposób, który mógłby być niezrozumiały dla udzielających odpowiedzi. Zakłady ubezpieczeniowe są przecież podmiotami profesjonalnymi, więc mają szczegółową wiedzę na temat rynku, na którym świadczą usługi. Z tego też właśnie względu organ antymonopolowy 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. 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.

Wreszcie, Zdaniem SOKiK, wnioski wyciągnięte przez organ antymonopolowy z badania rynku są prawidłowe i wbrew stanowisku (...), zostały oparte na wszechstronnej i dogłębnej analizie zebranego materiału.

Strona powodowa 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 ( zarzut C.3.e. ). 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 słusznością pobierania składek za okres wypowiedzenia umowy, co w pełni aprobuje również Sąd orzekający w niniejszym składzie i dał temu wyraz zmieniając częściowo zaskarżoną decyzję. Trzeba jednak podkreślić, że we wskazanych orzeczeniach nie rozpatrywano kwestii kto jest zobowiązany do opłacania przedmiotowych składek. Czym innym jest bowiem obowiązek przekazywania składki ubezpieczycielowi (spoczywa on w tym wypadku na płatniku, czyli pracodawcy), a czym innym obowiązek jej pokrywania (obciąża on ubezpieczonego, czyli pracownika). Tymczasem w niniejszej sprawie kwestia sporna dotyczyła obarczania pracodawcy ryzykiem finansowym wypowiedzenia przez pracownika umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie, poprzez wymóg finansowania przez pracodawcę składek za okres wypowiedzenia umowy. Żaden ze wskazanych przez powódkę wyroków nie nawiązywał do tego zagadnienia, dlatego odwoływanie się do nich jest w tym zakresie bezzasadne.

Nie zasługuje na uwzględnienie zarzut wskazujący na bezpodstawne przyjęcie, że (...) wymusza stosowanie starych OWGUP w sytuacji, kiedy od dnia 1 stycznia 2004r. oferuje nowe OWGUP niezawierające kwestionowanych postanowień, których zmiana zależy wyłącznie od decyzji przedsiębiorców zainteresowanych taką zmianą (zarzut C.3.g.).

Zdaniem Sądu, wnioski powódki są w tym zakresie zbyt daleko idące. Z uzasadnienia decyzji w żaden sposób nie wynika bowiem, by Prezes uznał, że Spółka zmusza swych kontrahentów do stosowania starych OWGUP. Organ antymonopolowy stwierdził natomiast, że nie ma podstaw do tego, by stwierdzić zaniechanie stosowania przez (...) zakwestionowanych zapisów poprzednio obowiązujących OWGUP. Pogląd ten należy w pełni zaakceptować. Sama powódka wskazała, że umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie, zawarte według starych zasad, aneksowano tylko z ok. 80% pracodawców. Wbrew spoczywającemu na niej ciężarowi dowodu (art. 10 ust. 3 duokik), strona powodowa nie wykazała natomiast, że podjęła odpowiednie, wystarczające i efektywne działania zmierzające do zmiany umów z pozostałymi 20% kontrahentów, oczywiście gdyby byli oni taką zmianą zainteresowani. Nie można w tym zakresie uznać za wystarczającą „powszechną dostępność informacji o wprowadzeniu nowych OWGUP” dla przedsiębiorców zainteresowanych zmianą starych OWGUP 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.

Nie zasługiwał na uwzględnienie zarzut błędnego ustalenia, że (...) utrzymuje system grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie utrudniający zmianę ubezpieczyciela przez ubezpieczających, w sytuacji masowego rezygnowania ubezpieczających z usług oferowanych przez (...) (zarzut C.3.h.).

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 ubezpieczenia 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.

Podnosząc, iż w aktach znajdują się pominięte przez Urząd informacje, wskazujące na systematyczną utratę przez (...) udziału w rynku, powódka nie precyzuje o jakie informacje konkretnie chodzi, a w szczególności, jakiego dotyczą rynku.

Należy także odnotować sprzeczność, jaka ujawnia się w danym zakresie w stanowisku (...), wobec stwierdzenia, że „udział w tym segmencie rynku [chodzi o rynek ubezpieczeń grupowych – przyp. Sądu] posiadany przez (...) nie będzie się zmniejszał. Według obecnych prognoz prawdopodobne jest, iż segment ten za kilkanaście lat w ogóle nie będzie istniał, co spowodować może zwiększenie się w nim udziału (...)” (k. 456).

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 wypowiada umowy, (...) traktuje taką sytuację jako wypowiedzenie umowy i występuje do pracodawców o zapłatę składek za trzymiesięczny okres wypowiedzenia ( **zarzut C.3.j.** ). Powyższe stwierdzenie pozostaje bowiem w oczywistej sprzeczności z zebranymi w sprawie dowodami, zawartymi na kartach: 4909-4916, 4922-4925, 4927-4930, 4932-4934, 4935-4940 akt administracyjnych. Nadto należy zauważyć, że uchwała Zarządu (...) nr UZ/257/2005 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.

Strona powodowa błędnie przypisuje Prezesowi dokonanie ustalenia, że wnioskodawcy muszą uiszczać składki za pracowników pojedynczo rezygnujących z ubezpieczenia zawartego na podstawie OWGUP (**zarzut C.3.k.**). Powódka niewłaściwie interpretuje tutaj stanowisko organu, wyrażone na stronach 45-56 uzasadnienia decyzji. Pozwany bowiem wcale nie sformułował takiej tezy i generalnie nie kwestionował tego, że w przypadku rezygnacji pojedynczych pracowników z ubezpieczenia grupowego nie są pobierane składki. Zastanawiał się jedynie nad zasadnością dokonania takiego rozróżnienia, tj. wypowiedzenia umowy i pobierania składki w przypadku wystąpienia z ubezpieczenia większej liczby pracowników oraz braku wypowiedzenia i niepobierania składki, gdy występuje pojedynczy pracownik.

Odnośnie zarzutu sformułowanego w **pkt C.3.l.** w pierwszej kolejności należy podnieść, iż ubezpieczycielowi należy się składka za świadczenie ochrony ubezpieczeniowej w okresie wypowiedzenia umowy. Stwierdzeniu temu Sąd dał wyraz poprzez częściową zmianę zaskarżonej decyzji. Sprzeczny z prawem jest natomiast sposób egzekwowania tej składki przez (...). W analizowanym przypadku powódka bezzasadnie obarcza ubezpieczających pracodawców obowiązkiem jej zapłaty w sytuacji, gdy na skutek rezygnacji pracownika z ubezpieczenia, cofane jest także upoważnienie do potrącania składki przez płatnika z wynagrodzenia za pracę. Wbrew twierdzeniom Spółki, w okolicznościach niniejszej sprawy jest oczywiste, że to pracodawcy ponoszą realny ciężar ekonomiczny związany z uiszczaniem składek za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Tym samym ustalenie Prezesa, iż to właśnie oni ponoszą ryzyko finansowe wystąpienia pracowników z ubezpieczenia, jest jak najbardziej słuszne. W tym miejscu warto wskazać na niekonsekwencję, a wręcz sprzeczność w stanowisku powódki – z jednej strony uznaje ona, iż pracodawcy są zobligowani do opłacania za pracowników składek w okresie wypowiedzenia umowy (bo to przeciwko nim występuje na drogę sądową), z drugiej natomiast stwierdza, że obowiązek pracodawcy do potrącania i przekazywania składki „ustaje z chwilą rezygnacji pracownika z ubezpieczenia” (k. 103).

Za bezzasadny należało uznać zarzut, wskazujący na bezpodstawne utożsamianie przez Prezesa UOKiK ustawowych ograniczeń w potrąceniu składki ubezpieczeniowej z wynagrodzenia pracownika z niemożnością wyegzekwowania kwoty z tytułu opłacenia składki (**zarzut C.3.m.**). Wbrew twierdzeniom powódki, Prezes UOKiK wyraźnie rozróżnia ww. instytucje. W ocenie Sądu, ewentualna konieczność dochodzenia przez pracodawcę uiszczonej przez niego za pracownika składki, jest natomiast ewidentnym przejawem przerzucania na niego ryzyka i kosztów związanych z wystąpieniem pracownika z grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie. Jest to bowiem dla niego dodatkowe i bezpodstawne obciążenie zarówno w wymiarze organizacyjnym, kosztowym, jaki i czasowym biorąc pod uwagę, że

nie uzyskuje on żadnych korzyści z umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający pracodawca jest przecież w tym wypadku tylko płatnikiem, pośredniczącym między ubezpieczycielem a ubezpieczonym. Zdaniem Sądu, w analizowanej sytuacji to ubezpieczyciel powinien zadbać o opracowanie własnego, sprawnego systemu ściągania składek za okres wypowiedzenia umowy od ubezpieczonych, nie powinien natomiast obciążać tym pracodawców.

W opinii Sądu, zarzucając Prezesowi UOKiK dowolność ustaleń dotyczących obligatoryjności zawierania umów grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie oraz subsydiowania części ubezpieczonych pracowników przez pozostałych ubezpieczonych (**zarzut C.3.n.**), powódka wypacza wypowiedź organu.

Analizując różnice pomiędzy indywidualnymi ubezpieczeniami na życie a grupowymi pracowniczymi ubezpieczeniami na życie, Prezes odwołał się, między innymi, do kryterium dystrybucji i zdobywania klienta oraz zawierania umów. W tym zakresie stwierdził, że „w ubezpieczeniach grupowych uśrednianie przejmowanego ryzyka, powodujące minimalizację antyselekcji, ma wpływ również na obligatoryjność tego rodzaju umów. (...) W ubezpieczeniach indywidualnych klient płaci cenę za konkretne świadczenie, w grupowych – gdzie składki są uśrednione dla całej grupy i w zróżnicowanych wiekowo grupach, osoby młode niejako subsydują koszt ubezpieczenia osób starszych, co pozwala na zaoferowanie osobom starszym składki korzystniejszej aniżeli w ubezpieczeniach indywidualnych”.

Powyższa wypowiedź Prezesa wskazuje jedynie na to, że grupowym ubezpieczeniem pracowniczym na życie mogą być objęte także osoby starsze, które głównie z uwagi na wiek i stan zdrowia, nie mogłyby zostać objęte ubezpieczeniem indywidualnym, bądź ubezpieczenie to byłoby dla nich mniej korzystne, niż ubezpieczenia grupowe. W tym kontekście słuszne wydaje się stwierdzenie, że w pewnym sensie „osoby młode niejako subsydują koszt ubezpieczenia osób starszych”. Wskazywany przez powódkę aspekt obligatoryjności zawierania umów ubezpieczenia grupowego należy rozumieć w ten sposób, że „obligatoryjność” ta dotyczy osób starszych – tj. jeśli chcą one się ubezpieczyć, ale ze względu na ww. okoliczności, nie mogą być objęte ubezpieczeniem indywidualnym, to pozostaje im („muszą”) skorzystać z oferty ubezpieczenia grupowego. Niezależnie od powyższego, należy stwierdzić, że podniesione uchybienie nie wpływa na wynik sprawy – w każdym bądź razie powódka takiego wpływu nie wskazała.

Nieusprawiedliwiony jest zarzut odwołania, wskazujący na bepodstawne uznanie przez pozwanego Prezesa, iż pracodawca nie czerpie korzyści z faktu ubezpieczenia swoich pracowników (**zarzut C.3.o.**). W ocenie Sądu, nie budzi wątpliwości, że ubezpieczający pracodawca nie osiąga z tego tytułu 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.

W zakresie zarzutu naruszenia art. 101 ust. 1 pkt 1 duokik w zw. z art. 6 i 8 k.p.a. ( **zarzut C.6.** ) Sąd przyjął, 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. Pozostaje on we właściwej proporcji do potencjału ekonomicznego przedsiębiorcy oraz stopnia i wagi stwierdzonych naruszeń. Sąd w pełni podziela stanowisko pozwanego, co do umyślnego charakteru praktyk zarzuconych (...). Na umyślność, czyli świadomość bezprawności działania, wskazuje w tym zakresie choćby fakt wycofania się przez powódkę ze stosowania zapisów OWGUP przewidujących wymóg zgody co najmniej 75% pracowników na wypowiedzenie umowy grupowego ubezpieczenia, jak również wstrzymanie się z dochodzeniem od ubezpieczających pracodawców na drodze sądowej składek za okres wypowiedzenia umowy, czy wnioskowanie o zwieszenie toczących się już postępowań.

Wbrew zarzutom powódki, przy wymiarze kary Prezes uwzględnił nie tylko okoliczności obciążające, lecz także łagodzące, w tym wskazane przez (...), tj. stopniowe zaprzestawanie stosowania kwestionowanych zapisów starych OWGUO, 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. Pomimo tego, że Sąd częściowo zmienił zaskarżoną decyzję, zmiana ta nie uzasadniała obniżenia wysokości kary przede wszystkim ze względu na jej marginalne znaczenie oraz z uwagi na to, że zarzuty dotyczące stosowania praktyk antymonopolowych ostatecznie uznane zostały przez SOKiK za zasadne. 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;
- 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 podejmowania zakwestionowanych praktyk w przyszłości przez tego samego oraz innych przedsiębiorców.

Abstrahując od konieczności częściowej zmiany zaskarżonej decyzji, polegającej na usunięciu sformułowania, dotyczącego rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia, za całkowicie bezpodstawne należało uznać zarzuty wskazujące na rzekomą niewykonalność decyzji, wynikającą z bezprawności żądania (**zarzut D**). 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 OWGUP, 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 OWGUP, d) wykonanie decyzji w taki sposób, aby (...) jednostronnie narzuciło pracodawcom nowe OWGUP) 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 OWGUP, ani prawa do dochodzenia na drodze sądowej roszczeń wynikających z wypowiedzenia umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego, zawartej wg starych OWGUP;

ad. d) pozwany nie wymagał od (...) jednostronnego narzucenia kontrahentom nowych OWGUP, a wypowiedź Prezesa została tu opatrnie zrozumiana. Chodziło tu bowiem jedynie o wskazanie, że powódka – wbrew ciężącemu 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 OWGUP. W związku z tym nie można było przyjąć, iż doszło do zaniechania zarzuconej praktyki.

Odnosnie zarzutu, dotyczącego prawidłowości i zasadności rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów postępowania antymonopolowego (**zarzut E**) 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. ws. 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 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 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<sup>31a</sup> § 1 i 2 k.p.c., Sąd orzekł jak w sentencji.

O kosztach postępowania sądowego orzeczono w oparciu o art. 98 k.p.c. przyjmując, że - pomimo częściowej zmiany decyzji, lecz wobec bezzasadności wszystkich zarzutów odwołania oraz potwierdzenia przez SOKiK antykonkurencyjnego charakteru praktyk stosowanych przez (...) - niniejsza sprawa została wygrana przez przeciwników powódki. Na koszty należne Prezesowi UOKiK oraz Zainteresowanym, wskazanych w pkt 5 sentencji wyroku, złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w wysokości 360 zł, ustalone stosownie do § 14 ust. 3 pkt 1 w zw. z § 2 ust. 1 i 2 Rozporządzenia z dnia 28 września 2002r. ws. opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu. Odnośnie wynagrodzenia pełnomocnika Zainteresowanych, Sąd miał na względzie wykształconą przez judykaturę zasadę, zgodnie z którą reprezentowanie w postępowaniu cywilnym kilku współuczestników formalnych przez jednego „fachowego” pełnomocnika, mimo wystawienia odrębnych pełnomocnictw, nie uzasadnia zasądzenia na rzecz każdego z ich zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (por. SN w postanowieniu z dnia 12 lipca 1980r., sygn. akt II CZ 79/80).

/-/ SSO Ewa Malinowska