



Sygn. akt I NSK 12/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 października 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jacek Widło (przewodniczący)

SSN Paweł Księżak

SSN Marcin Łochowski (sprawozdawca)

Protokolant Iwona Kotowska

w sprawie z powództwa P. S.A. w W.

przeciwko Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów

z udziałem zainteresowanych (...)

o stwierdzenie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów,
po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Kontroli Nadzwyczajnej i Spraw Publicznych
w dniu 16 października 2019 r.,

skargi kasacyjnej powoda od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)

z dnia 17 września 2015 r., sygn. akt VI ACa (...)

1. oddala skargę kasacyjną;

**2. zasądza od P. S.A. w W. tytułem zwrotu kosztów postępowania
kasacyjnego:**

**a. na rzecz Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów
kwotę 360 zł (trzysta sześćdziesiąt złotych);**

**b. na rzecz (...) łącznie kwotę 360 zł (trzysta sześćdziesiąt
złotych).**

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów decyzją z 25 października 2007 r. nr DOK-(...), po przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego:

I. na podstawie art. 9 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz.U. 2005 Nr 224, poz. 2080 ze zm., dalej: u.o.k.k.) w zw. z art. 131 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz.U. 2019, poz. 369 ze zm., dalej: u.o.k.k. z 2007 r.):

1. uznał za ograniczającą konkurencję i naruszającą zakaz, o którym mowa w art. 8 ust. 2 pkt 5 u.o.k.k., praktykę P. S.A., 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 P. S.A., polegających na wprowadzeniu i utrzymywaniu w systemie grupowych ubezpieczeń pracowniczych „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P” (dalej, OWGUP), zatwierdzonych uchwałą nr (...)/92 zarządu P. S.A. z 7 grudnia 1992 r., 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 u.o.k.k., praktykę P. S.A., 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 2002 r. w sprawie wprowadzenia w życie przepisów o konkurencji ustanowionych w art. 81 i 82 TWE (Dz.U. L 1 z 4 stycznia 2003 r.), jak również na podstawie art. 9 i art. 24 ust. 1a u.o.k.k. w zw. z art. 131 u.o.k.k. z 2007 r.:

1. uznał za niezgodną ze wspólnym rynkiem i naruszającą zakaz wyrażony w art. 82 TWE praktykę nadużywania przez P. S.A. pozycji dominującej na rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce, która wpływa na handel między państwami członkowskimi, poprzez przeciwdziałanie ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji w drodze działań P. S.A., polegających na wprowadzeniu i utrzymywaniu w systemie grupowych ubezpieczeń pracowniczych OWGUP, 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 P. S.A. 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, jak również na podstawie art. 101 ust. 1 pkt 1 i 2 u.o.k.k. w zw. z art. 131 ust. 1 u.o.k.k. z 2007 r., wobec stwierdzenia stosowania praktyk ograniczających konkurencję w zakresie wskazanym w punkcie I. i II. sentencji decyzji, nałożył na P. S.A. karę pieniężną w wysokości 50 361 080 zł.

Ponadto Prezes UOKiK na podstawie art. 90 u.o.k.k. w zw. z art. 131 ust. 1 u.o.k.k. z 2007 r. nadał decyzji w punkcie I. rygor natychmiastowej wykonalności oraz obciążył P. S.A. kosztami postępowania.

P. S.A. zaskarżył decyzję w całości, wnosząc o umorzenie postępowania w sprawie wskutek upływu terminu przedawnienia, ewentualnie zmianę zaskarżonej decyzji w całości poprzez niestwierdzenie stosowania praktyk ograniczających konkurencję określonych w pkt I. i pkt II. decyzji lub uchylenie zaskarżonej decyzji i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Prezesowi UOKiK. Jednocześnie, na wypadek nieuwzględnienia tych wniosków, powód wniósł o zmianę zaskarżonej decyzji przez uchylenie pkt III. decyzji lub znaczące obniżenie nałożonej kary pieniężnej.

Pierwszy wydany w tej sprawie przez sąd pierwszej instancji wyrok został uchylony wyrokiem Sądu Apelacyjnego w (...) z 9 maja 2013 r., a sprawa została przekazana Sądowi Okręgowemu w Warszawie – Sądowi Ochrony Konkurencji i Konsumentów do ponownego rozpoznania. Po ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Okręgowy wyrokiem z 28 marca 2014 r. ostatecznie oddalił wniesione odwołanie.

Sąd Okręgowy ustalił, że 9 listopada 2004 r. do Prezesa UOKiK wpłynął wniosek podmiotów, które zawarły z P. S.A. umowy ubezpieczenia, o wszczęcie postępowania antymonopolowego. Prezes UOKiK w okresie od 10 grudnia 2004 r. do 31 maja 2005 r. 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 2005 r. Prezes UOKiK wszczął postępowanie antymonopolowe przeciwko P. S. A., które zakończyło się wydaniem 25 października 2007 r. decyzji zaskarżonej w niniejszym postępowaniu.

P. S.A. powstał w 1991 r. na skutek przeniesienia portfela umów ubezpieczeń na życie przez Państwowy Zakład Ubezpieczeń. Jest następcą prawnym i kontynuatorem działalności prowadzonej m.in. w zakresie ubezpieczeń na życie przez działający w Polsce po II wojnie światowej P., który do 1989 r. był

jedynym zakładem w Polsce oferującym ubezpieczenia na życie, z czego większość tych ubezpieczeń stanowiły ubezpieczenia grupowe.

W ramach ubezpieczeń na życie powód oferuje zarówno ubezpieczenia indywidualne, jak i ubezpieczenia grupowe, wśród których zasadnicze miejsce zajmują grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie. Ubezpieczenia te charakteryzują się m.in. tym, że umowa ubezpieczenia zawierana jest pomiędzy zakładem ubezpieczeń a ubezpieczającym pracodawcą i dotyczy zatrudnionych przez ubezpieczającego pracodawcę pracowników. Składka ubezpieczeniowa płacona jest ubezpieczycielowi (miesięcznie) przez ubezpieczającego pracodawcę, który dokonuje jej potrąceń z wynagrodzeń pracowników (za ich wcześniejszą zgodą). Typowa umowa grupowego ubezpieczenia pracowniczego zawierana jest bezterminowo i przewiduje wypłatę świadczeń z tytułu następujących okoliczności: zgon naturalny ubezpieczonego, nieszczęśliwy wypadek powodujący zgon ubezpieczonego lub trwały uszczerbek na zdrowiu, zgon współubezpieczonego: dziecka, małżonka, rodziców, teściów ubezpieczonego, urodzenie się dziecka ubezpieczonemu, zgon ubezpieczonego – świadczenie dla każdego osieroconego dziecka ubezpieczonego. Wysokość składki ustalana jest na jednakowym poziomie dla wszystkich pracowników danego pracodawcy. Ubezpieczony, który przestaje być pracownikiem może kontynuować ubezpieczenie na niezmiennych warunkach opłacając składki indywidualnie, zatem grupowe ubezpieczenia pracownicze obejmują również ich indywidualną kontynuację (np. po przejściu pracownika na emeryturę). Jednocześnie ubezpieczenia te nie obejmują: ubezpieczeń grupowych finansowanych przez pracodawców (np. pracowniczych programów emerytalnych) oraz tzw. ubezpieczeń bankowych (np. ubezpieczeń grupowych dla posiadaczy kart kredytowych), a także grupowych ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Zainteresowani zawarli z P. S.A. umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie, według zasad określonych w OWGUP. Powód zawierał umowy w oparciu o ww. warunki ubezpieczenia w okresie od 1 stycznia 1993 r. do 31 grudnia 2003 r., przy czym umowy zawarte w oparciu o OWGUP kontynuowane były po dniu 31 stycznia 2003 r. Zgodnie z § 16 ust. 1 OWGUP, umowa grupowego ubezpieczenia mogła być wypowiedziana na piśmie na koniec miesiąca

kalendarzowego, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia – przez ubezpieczającego – pod warunkiem, że co najmniej 75% ubezpieczonych pracowników wyraziło uprzednio zgodę pisemną na rozwiązanie tej umowy. Także P. S.A. mogło wypowiedzieć umowę, w razie gdy procent ubezpieczonych w odniesieniu do liczby zatrudnionych był mniejszy od wymaganego minimum (§ 10 OWGUP) albo w razie nieprzekazywania składek w terminie przez ubezpieczającego albo nienadsyłania przez niego na bieżąco rozliczeń miesięcznych (§ 19 ust. 4 OWGUP). W przypadku wypowiedzenia umowy, ubezpieczający był obowiązany przekazywać P. S.A. składki do końca okresu wypowiedzenia. W myśl § 18 OWGUP składka była płatna przez pracowników miesięcznie z góry oraz przez osoby kontynuujące ubezpieczenie indywidualnie – kwartalnie z góry. W § 19 OWGUP przewidziano, że ubezpieczający jest zobowiązany 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 OWGUP, odpowiedzialność P. S.A. w odniesieniu do poszczególnych ubezpieczonych wygasła: 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 powoda 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 OWGUP).

W przypadku, gdy większość lub wszyscy pracownicy rezygnowali z grupowego ubezpieczenia na życie, zaś pracodawca nie wypowiedział umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel traktował tę sytuację jako równoznaczną

z wypowiedzeniem umowy, bądź sam ją wypowiadał i występował do pracodawców o zapłatę składek za okres trzymiesięcznego wypowiedzenia. Zapłaty tych składek powód dochodził również wtedy, gdy pracodawca wypowiedział umowę w związku z rezygnacją pracowników z ubezpieczenia.

Od 1 stycznia 2004 r. powód wprowadził nowe warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie typu P, przyjęte uchwałą zarządu nr (...)/2003 z 26 listopada 2003 r. W nowych OWGUP nie zostało utrzymane postanowienie, przewidujące wymóg wyrażenia zgody na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez co najmniej 75% pracowników. Nowe zasady grupowego ubezpieczenia pracowników dotyczyły umów zawieranych od 1 stycznia 2004 r. Umowy wcześniej zawarte zostały w około 80% dostosowane do nowych warunków przez ich aneksowanie. Na chwilę wydawania decyzji nadal około 20% umów funkcjonowało w oparciu o poprzednie OWGUP.

Grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie w latach 2002-2005 stanowiły ponad 80% portfela wszystkich ubezpieczeń P. S.A., biorąc pod uwagę wartość składki przypisanej brutto. W poszczególnych latach udział grupowych ubezpieczeń pracowniczych w składce przypisanej brutto wynosił ponad 80% wszystkich ubezpieczeń na życie tego zakładu (odpowiednio 83,90%, 83,12%, 85,26%, 80,01%). W Polsce działalność w zakresie ubezpieczeń na życie prowadziły w latach: 2002-2003 – 35 zakładów ubezpieczeń, a w latach 2004-2005 – 32 zakłady ubezpieczeń. W rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie w Polsce, udział powoda na koniec 2005 r. (1) mierzony jako udział składki przypisanej brutto pracowniczych ubezpieczeń grupowych w P. S.A. w składce przypisanej brutto z pracowniczych ubezpieczeń grupowych we wszystkich zakładach ubezpieczeń na życie wynosił 92,80%, (2) mierzony liczbą ubezpieczonych w ramach grupowych ubezpieczeń na życie – 90,86%.

Pomimo braku dokładnych danych, Sąd Okręgowy uznał, że przed 2005 r. udział ten kształtował się na podobnym poziomie. Do takiego wniosku prowadzi analiza wzrostu wartości nominalnej składki przypisanej z grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie, faktycznie uzyskanej przez powoda w latach 2002-2005. Skoro wartość ta na przestrzeni tych lat wskazywała dynamikę wzrostową (odpowiednio w poszczególnych latach wzrost mierzony rok do roku

wynosił 3,7%, 9,6% i 4,4%, a wzrost w okresie 2002-2005 wyniósł 18,6%), to logicznym jest, że udział ten musiał być w latach 2002-2004 na co najmniej podobnym lub zbliżonym poziomie co w roku 2005.

W ocenie Sądu Okręgowego, rynkiem relewantnym jest krajowy rynek grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. W tym zakresie Sąd pierwszej instancji podzielił argumentację Prezesa UOKiK, który wyodrębnił w ramach ubezpieczeń grupowych na życie: (1) grupowe ubezpieczenia pracownicze na życie, (2) grupowe ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym, (3) grupowe ubezpieczenia emerytalne, (4) grupowe ubezpieczenia bankowe (tzw. bancassurance). Wskazane rodzaje ubezpieczeń grupowych na życie, stanowią odrębne produkty z uwagi na ich przeznaczenie, właściwości, oraz pełnione funkcje i nie mogą być uznawane przez nabywców za substytuty, a każdy z tych rodzajów ubezpieczeń należy traktować jako odrębny rynek produktowy. Ponadto zasadnicze znaczenie dla wyodrębnienia na krajowym rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie miały także uwarunkowania historyczne i specyfika krajowego rynku ubezpieczeń. Sąd Okręgowy nie podzielił stanowiska strony powodowej, która podnosiła, że wyznaczenie rynku asortymentowego winno nastąpić w oparciu o substytucyjność produktu od strony podaźowej. Jak zauważył Sąd pierwszej instancji, wprawdzie na analizowanym rynku nie występują żadne ograniczenia odnośnie oferowania grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie przez inne zakłady ubezpieczeń na życie (brak na rynku grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie formalnych barier wejścia dla innych przedsiębiorców, zwłaszcza barier o charakterze prawnym, administracyjnym, czy technicznym), to jednak pozycja rynkowa powodowej spółki, długotrwałość jej działania na danym rynku oraz preferencje klientów powodują, że w rzeczywistości występują przeszkody utrudniające ekspansję innych zakładów ubezpieczeń na tym rynku. Oznacza to, że nie istnieje istotna substytucyjność po stronie podaży pomiędzy pracowniczymi ubezpieczeniami grupowymi a ubezpieczeniami indywidualnymi. Chociaż teoretycznie inne niż powód zakłady ubezpieczeń mogą stworzyć i zaoferować produkty analogiczne do ubezpieczenia grupowego oferowanego przez powoda, to faktyczne bariery wejścia na rynek właściwy, w szczególności trudność w dotarciu do klientów uniemożliwia im obejmowanie ochroną ubezpieczeniową

ubezpieczonych w ramach grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie. Słuszne więc było, zdaniem Sądu pierwszej instancji, założenie Prezesa UOKiK, że w tych warunkach nie można oczekiwać, iż reakcją na podniesienie cen na rynku ubezpieczeń grupowych powyżej konkurencyjnego poziomu byłoby wejście na rynek (lub rozszerzenie już proponowanej oferty) pracowniczych ubezpieczeń grupowych przez pozostałe przedsiębiorstwa działające w sektorze ubezpieczeniowym, które uczyniłoby taką podwyżkę nieopłacalną. Tym samym, prawidłowa była konstatacja prezesa UOKiK, że substytucyjność podażowa nie stanowi okoliczności, która wpływałaby na ograniczenie pozycji rynkowej powoda na rynku pracowniczych ubezpieczeń grupowych, a przez to na zakres rynku właściwego w ujęciu produktowym.

Odnosząc się do zasięgu rynku w ujęciu geograficznym, Sąd Okręgowy podzielił stanowisko Prezesa UOKiK, że rynkiem właściwym jest w tej sprawie rynek krajowy, a nie rynek Wspólnoty Europejskiej. Osadzenie geograficzne rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na obszarze całego kraju wynika natomiast z tego, że oferowane na nim produkty ubezpieczeniowe są tego samego rodzaju i charakteryzują się zbliżonymi właściwościami i cenami oraz nie mają na nim znaczenia koszty transportu. Bariere dostępu do krajowego rynku ubezpieczeń stanowią wymogi polskiego porządku prawnego. Ubezpieczeni preferują zakłady ubezpieczeniowe o uznanej renomie i stabilnej pozycji finansowej, w związku z czym umowy ubezpieczeń zawierają z podmiotami działającymi w skali ogólnopolskiej. Według Sądu Okręgowego, nie budzi wątpliwości pozycja dominująca powoda na tak określonym rynku właściwym. Powód posiadał w analizowanym okresie na tak określonym rynku szczególnie duże udziały, znacznie większe od udziałów jego konkurentów (ponad 90% udziału). Pozwala to przyjąć, że bardzo duży udział w rynku świadczy o sile rynkowej, praktycznie nieporównywalnej z siłą rynkową pozostałych podmiotów obecnych na tym rynku, tym bardziej, że udział ten utrzymuje się na podobnym poziomie od wielu lat (rynek jest rynkiem ustabilizowanym).

Dla oceny siły rynkowej posiadanej przez powoda znaczący wpływ mają istniejące bariery wejścia na rynek jej konkurentów. O ile nie istnieją bariery prawne, dotyczące m.in. uzyskania zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie

ubezpieczeń na życie w Polsce, to w odniesieniu do możliwości rozszerzania skali działania zakładów ubezpieczeń już istniejących, będących konkurentami P. S.A., istotnymi barierami są: (1) wielkość i skala działania – powód działa na terenie całego kraju, (2) długi okres funkcjonowania na rynku polskim i przywiązanie do rozpoznawanej w Polsce marki (utrwalona marka firmy), (3) specyficzne sposoby obsługi produktów ubezpieczeniowych, w szczególności grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie, umożliwiające utrzymywanie przewagi powoda nad konkurentami, polegające na współpracy na zasadach umowy zlecenia z pracownikami zakładów pracy posiadających umowy grupowego ubezpieczenia z osobą obsługującą ubezpieczenie grupowe w imieniu i na rzecz powoda.

Przy czym dla określenia pozycji powoda na rynku znaczenie ma również brak znacząco bliskich substytutów dla grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie oraz struktura rynku, na którym najwięksi konkurenci powoda mieli udział w rynku na poziomie poniżej 2%. Taki charakter otoczenia, w którym działa powód, w powiązaniu z praktykami naruszającymi konkurencję, dawały P. S.A. możliwość zapobiegania skutecznej konkurencji. Także okoliczność, że odbiorcy usług mają małą wyrównawczą siłę nabywczą, gdyż mają małą zdolność do przejścia do konkurencji, w tym też ze względu na niekorzystne pod względem ekonomicznym warunki wypowiedzenia powodowi umowy ubezpieczenia (według OWGUP), przyczyniły się do utrzymywania siły rynkowej P. S.A. i zmniejszenia presji konkurencji.

Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z § 16 ust. 1 pkt 1 OWGUP, pracodawca, będący stroną umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie nie miał możliwości swobodnego rozwiązania tej umowy z powodem, gdyż postanowienie to uzależnia możliwość jej rozwiązania od podjęcia decyzji przez pracowników (co najmniej 75%), nie będących stroną umowy. Natomiast powód posiada możliwość wypowiedzenia umowy w każdym czasie, niezależnie od woli ubezpieczonych, w razie gdy procent ubezpieczonych w odniesieniu do liczby zatrudnionych był mniejszy od wymaganego minimum (tj. 100%, 75% lub 60% zatrudnionych w zależności od liczby zatrudnionych), albo w razie nieprzekazywania składek w terminie przez ubezpieczającego albo nienadsyłania przez niego na bieżąco rozliczeń miesięcznych (§ 16 ust. 1 pkt 2 OWGUP). Uregulowania te, utrudniające

ubezpieczającemu możliwość rozwiązania umowy ubezpieczenia, równocześnie w sposób znaczący utrudniają ubezpieczającemu zmianę ubezpieczyciela, pozbawiając go jako stronę stosunku umownego, prawa do samodzielnego decydowania o kontynuowaniu zawartej umowy z powodem. Działanie takie nosi znamiona nadużywania pozycji dominującej na rynku właściwym, gdyż ogranicza suwerenność pracodawców i samodzielność podejmowanych przez nich decyzji, oddziałując jednocześnie na konkurentów powoda, dla których te postanowienia stanowią jedną z barier swobodnego rozwoju rynku grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie (art. 8 ust. 2 pkt 5 u.o.k.k.). Skutkiem takiego działania powoda jest utrzymująca się struktura rynku właściwego z bardzo silną pozycją dominującą powoda (92,80%) i obecnością wielu konkurencyjnych zakładów ubezpieczeń, posiadających niewielkie udziały rynkowe.

Zdaniem Sądu Okręgowego, również praktyka powoda, polegająca na rozciągnięciu ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia i obciążaniu ubezpieczającego składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, trafnie została zakwalifikowana w punkcie pierwszym zaskarżonej decyzji jako działanie niedozwolone, określone w art. 8 ust. 2 pkt 5 u.o.k.k. W sytuacji, gdy pracownicy rezygnują z ubezpieczenia w P. S.A., wycofując jednocześnie zgodę na potrącenie przez pracodawcę dalszych składek ubezpieczeniowych z ich wynagrodzenia, ubezpieczający pracodawcy zostają pozbawieni możliwości ściągnięcia składek od pracowników, a wobec treści § 16 i 24 OWGUP mają obowiązek zapłacić powodowi składki za trzymiesięczny okres wypowiedzenia. Prezes UOKiK ustalił, że ubezpieczyciel domaga się zapłaty tych składek przez ubezpieczającego, kierując do pracodawcy pisma, „w których grozi, iż w przypadku niezapłacenia – skieruje sprawę na drogę sądową”, a następnie wnosi pozwy. Opłacanie zaś dalszych składek przez ubezpieczającego pracodawcę powoduje rozciągnięcie ochrony ubezpieczeniowej na kolejne okresy (tzn. za czas płacenia składek). Jak podkreślił Sąd Okręgowy, praktyka powoda egzekwowania składek występuje jedynie wówczas, gdy z ubezpieczenia wystąpiła większość lub wszyscy pracownicy ubezpieczającego. Składki zaś nie są żądane i egzekwowane, gdy są to pojedyncze, odosobnione przypadki wystąpienia z ubezpieczenia i gdy ubezpieczający pracodawca nie rozwiązuje umowy. Tego typu zachowanie powoda

ma jedynie na celu utrudnienie ubezpieczającym pracodawcom zmianę ubezpieczenia i tym samym ograniczenia innym zakładom ubezpieczeń dostępu do rynku grupowego ubezpieczenia pracowniczego i pozyskiwania nowych klientów. Jak określił to Sąd Okręgowy, jest to swoiste promowanie „wiernych” stron kontraktów przez nieegzekwowanie należnych z mocy umowy składek, ale jedynie w sytuacji, gdy istnieją perspektywy dalszej współpracy. Takie z kolei działania ze względu na swój charakter oraz cel, tj. budowanie lojalności, są już bardzo zbliżone do nieakceptowanych przez prawo konkurencji, a stosowanych przez dominantów, rabatów lojalnościowych. Żądanie w tych okolicznościach przez powoda zapłaty składki przez ubezpieczającego powinno zostać zakwalifikowane jako nadużycie pozycji dominującej polegające na przeciwdziałaniu ukształtowania się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji.

Sąd Okręgowy nie podzielił zarazem podnoszonego w odwołaniu powoda zarzutu przedawnienia.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, zachowanie powoda naruszyło również wspólnotowe reguły konkurencji określone w art. 102 TFUE (wcześniej art. 82 TWE). Istnieje wystarczający stopień prawdopodobieństwa, że stosowane przez powoda praktyki mogą wywrzeć wpływ bezpośredni lub pośredni, rzeczywisty lub potencjalny na świadczenie grupowych ubezpieczeń pracowniczych na życie przez podmioty z siedzibą w innych państwach członkowskich i że ten wpływ nie jest nieznaczny. Wynika to ze specyficznych cechy rozpatrywanego rynku krajowego, w szczególności pozycji dominującej P. S.A., przekładającej się na dużą siłę rynkową oraz stosowanych przez powoda praktyk.

Odnosząc się do zawartych w odwołaniu zarzutów naruszenia przepisów prawa procesowego w postępowaniu przed Prezesem UOKiK, Sąd Okręgowy wskazał, odwołując się do orzecznictwa Sądu Najwyższego, że powoływanie się na tego rodzaju uchybienia w postępowaniu sądowym jest co do zasady bezskuteczne. Wynika to z faktu, że wniesienie do sądu odwołania od decyzji administracyjnej wszczyna dopiero cywilne, pierwszoinstancyjne postępowanie sądowe, w którym sąd dokonuje własnych ustaleń, rozważając całokształt materiału dowodowego. Ponadto, jak podniósł Sąd Okręgowy, postępowanie administracyjne toczące się

przed Prezesem UOKiK nie było dotknięte tego typu wadami, które uzasadniałyby uchylenie zaskarżonej decyzji.

Rozważając zarzuty skarżącego dotyczące wysokości nałożonej na niego kary, Sąd Okręgowy wskazał, że nałożona na P. S.A. kara pieniężna, stanowiąca 0,5% przychodów spółki i 5% możliwej do nałożenia kary maksymalnej, wymierzona w oparciu o kryteria wskazane w art. 104 u.o.k.k., jest adekwatna do rozmiaru naruszenia przepisów prawa antymonopolowego, potencjału ekonomicznego przedsiębiorcy oraz stopnia i wagi stwierdzonych naruszeń.

Apelację od tego wyroku wniósł powód, zaskarżając wyrok Sądu Okręgowego w całości i wnosząc o jego zmianę przez uchylenie decyzji w całości, ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku przez zmianę decyzji w całości i niestwierdzenie stosowania przez P. S.A. praktyk ograniczających konkurencję określonych w punktach I. i II. decyzji, ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku przez uchylenie decyzji w zakresie punktu III., ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku przez zmianę decyzji w punkcie III., polegającą na znaczącym obniżeniu kary pieniężnej.

Wyrokiem z 17 września 2015 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie oddalił wniesioną apelację oraz orzekł o kosztach postępowania apelacyjnego. W pierwszej kolejności Sąd drugiej instancji odniósł się do najdalej idących zarzutów powoda wskazujących na nieważność zaskarżonej decyzji, z uwagi na jej skierowanie do podmiotów niebędących stronami postępowania antymonopolowego. W tym zakresie skarżący wskazał, że osiem podmiotów wskazanych w zaskarżonej decyzji jako wnioskodawcy, nie było stronami postępowania antymonopolowego prowadzącego do wydania tej decyzji. Zdaniem Sądu drugiej instancji, z braku legitymacji jednego z wnioskodawców nie można wywodzić wadliwości wydanej decyzji administracyjnej określonej w art. 156 § 1 pkt 4 k.p.a., która skutkuje nieważnością zaskarżonej decyzji. Również przypadki nieścisłego, czy też niedokładnego oznaczenia stron (wnioskodawców) w zaskarżonej decyzji Prezesa UOKiK nie stanowią o jej nieważności w świetle art. 156 § 1 pkt 4 k.p.a. W pozostałym zakresie Sąd drugiej instancji podzielił ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu Okręgowego, uznając zarzuty apelacyjne za niezasadne.

Skargę kasacyjną od tego wyroku wniósł powód, zaskarżając go w całości, wnosząc o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, ewentualnie o uchylenie wyroku w całości oraz orzeczenie co do istoty sprawy przez uchylenie decyzji w całości, względnie zmianę zaskarżonej decyzji w części i uznanie, że działanie zarzucane P. S.A. nie stanowi praktyk ograniczających konkurencję określonych w punktach I. lub II. decyzji, przy jednoczesnym uchyleniu decyzji w części, tj. co do punktu III.

W razie uwzględnienia wniosku o uchylenie wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy, skarżący wniósł o orzeczenie zwrotu kwoty 50 361 080 zł uiszczonej przez P. S.A., ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku w części, tj. w zakresie punktu III. decyzji i przekazanie sprawy w tym zakresie sądowi drugiej instancji do ponownego rozpoznania.

Skarga kasacyjna została oparta na podstawie naruszenia następujących przepisów prawa materialnego:

1) art. 4 pkt 8 u.o.k.k. przez błędne określenie rynku właściwego: a) zarówno w ujęciu produktowym – bezpodstawnie określonego jako rynek grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie, b) jak i w ujęciu geograficznym – bezpodstawnie określonego jako rynek krajowy;

2) art. 4 pkt 9 u.o.k.k. w zw. z art. 8 ust. 1 u.o.k.k. przez błędne ustalenie, że powód posiada pozycję dominującą na rynku właściwym;

3) art. 8 ust. 1 i 2 u.o.k.k. w zw. z art. 805 § 1, art. 808 § 2 i art. 813 § 1 k.c. przez uznanie, iż praktyki polegające na wprowadzeniu i utrzymywaniu w systemie grupowych ubezpieczeń pracowniczych OWGUP, utrudniających zmianę przez ubezpieczających (pracodawców) ubezpieczyciela na skutek: a) „rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia i obciążania ubezpieczającego (pracodawcę) składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia”, b) „wprowadzenia wymogu wyrażenia zgody na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia grupowego pracowników, pomimo że pracownicy nie są stroną umowy” – stanowią nadużywanie przez powoda pozycji dominującej;

4) art. 8 ust. 1 i ust. 2 pkt 5 i 6 w zw. z art. 93 u.o.k.k. przez błędne zakwalifikowanie kwestionowanych przez Prezesa UOKiK praktyk jako praktyk

określonych w art. 8 ust 1 pkt 5 u.o.k.k., a w konsekwencji nieuwzględnienie podniesionego zarzutu przedawnienia, pomimo tego, że kwestionowane praktyki mogły zostać zakwalifikowane co najwyżej jako praktyki określone w art. 8 ust. 1 pkt 6 u.o.k.k., zaś postępowanie antymonopolowe nie powinno było zostać wszczęte, gdyż do dnia jego wszczęcia (1 czerwca 2005 r.) upłynął ponad rok od końca roku, w którym powód zaprzestał stosowania kwestionowanych praktyk;

5) art. 101 ust. 1 pkt 1 i 2 u.o.k.k. w zw. z art. 8 ust. 1 i ust. 2 u.o.k.k. oraz art. 415 k.c. przez nałożenie kary pieniężnej, pomimo braku podstaw do jej nałożenia, w szczególności braku wykazania jakiejkolwiek winy P. S.A., nawet w najlżejszym stopniu, co wyklucza możliwość nałożenia kary pieniężnej, a wina (choćby nieumyślna) stanowi warunek *sine qua non* nałożenia kary pieniężnej z tytułu naruszenia u.o.k.k.;

6) art. 104 u.o.k.k. w zw. z art. 101 ust. 1 pkt 2 u.o.k.k. w zw. z art. 82 TWE przez utrzymanie kar pieniężnych w wysokości nałożonej w decyzji za naruszenie TWE i brak obniżenia tych kar, z uwagi na nieuwzględnienie okoliczności łagodzących lub bezpodstawne uwzględnienie okoliczności obciążających, branych pod uwagę przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej oraz pomimo braku winy P. S.A., nawet w postaci nieumyślnej, podczas, gdy brak winy stanowi przesłankę zmniejszenia kary za stosowanie praktyk ograniczających konkurencję;

7) art. 104 u.o.k.k. w zw. z art. 101 ust. 1 pkt 1 i 2 u.o.k.k. przez utrzymanie kary pieniężnej w wysokości nałożonej w decyzji i brak obniżenia tej kary, wobec nieuwzględnienia okoliczności łagodzących lub bezpodstawnego uwzględnienia okoliczności obciążających, branych pod uwagę przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej oraz pomimo braku winy P. S.A., nawet w postaci nieumyślnej, podczas gdy brak winy stanowi przesłankę zmniejszenia kary za stosowanie praktyk ograniczających konkurencję;

8) art. 2 Konstytucji RP oraz art. 101 ust. 1 pkt 1 i 2 u.o.k.k. w zw. z art. 82 TWE w zw. z art. 5 Rozporządzenia Rady nr 1/2003/WE przez „podwójne” nałożenie na P. S.A. kary pieniężnej za ten sam czyn i naruszenie tego samego przepisu – art. 82 TWE w zw. z art. 5 Rozporządzenia Rady nr 1/2003/WE.

Ponadto skarżący podniósł również zarzuty naruszenia następujących przepisów postępowania:

1) art. 479^{31a} § 3 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. w zw. z art. 156 § 1 pkt 2 i 4 k.p.a. oraz art. 113 § 1 k.p.a. w zw. z art. 80 u.o.k.k., art. 84 ust. 1 pkt 1 u.o.k.k. w zw. z art. 86 u.o.k.k. przez niewłaściwą wykładnię, przez pominięcie faktu prowadzenia postępowania antymonopolowego z udziałem osób, które nie złożyły wniosku o jego wszczęcie i w konsekwencji skierowania decyzji do osób nie będących stronami w sprawie;

2) art. 156 § 2 k.p.a. przez wydanie decyzji z rażącym naruszeniem prawa przez dwukrotne nałożenie kary na powoda za to samo zarzucane naruszenie prawa – art. 82 TWE;

3) art. 231 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c., art. 378 § 1 k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c. przez brak rozpoznania zarzutu apelacji, określonego w pkt (iv), s. 4 apelacji i brak ustosunkowania się w uzasadnieniu wyroku do tego zarzutu apelacji, tj. niewskazanie przyczyn, dla których zasadna byłaby odmowa wiarygodności twierdzeń powoda, co do przyczyn braku aneksowania 20% umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWGUP, podczas gdy jednocześnie SOKiK uznał za wiarygodne twierdzenie powoda co do dokonania zmiany pozostałych 80% umów oraz przez to, że z ustalonego faktu, tj. że na skutek działań podjętych przez powoda zmienionych zostało 80% umów zawartych na podstawie OWGUP, SOKiK nie wywiódł innego faktu, to jest, że również w przypadku pozostałych 20% umów powód czynił starania co do ich aneksowania, mimo iż wniosek taki w sposób logiczny wynika z zebranego w sprawie materiału dowodowego i z zasad doświadczenia życiowego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna powoda nie jest oparta na uzasadnionych podstawach.

1. Rozpoznając skargę kasacyjną, postanowieniem z 26 września 2017 r. Sąd Najwyższy na podstawie art. 267 ust. 3 TFUE zwrócił się do Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z następującymi pytaniami prawnymi:

1) Czy dopuszczalna jest taka interpretacja art. 50 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, która uzależnia zastosowanie zasady *ne bis in*

idem nie tylko od tożsamości podmiotu naruszającego i tożsamości okoliczności faktycznych, ale również tożsamości chronionego interesu prawnego?

2) Czy art. 3 rozporządzenia Rady nr 1/2003/WE z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wprowadzenia w życie przepisów o konkurencji ustanowionych w art. 81 i art. 82 Traktatu (Dz.Urz. WE L 1 z 4.01.2003 r.) w związku z art. 50 Karty Praw Podstawowych UE należy interpretować w ten sposób, że równolegle stosowane przez organ ochrony konkurencji państwa członkowskiego UE prawo konkurencji UE i krajowe prawo konkurencji chronią ten sam interes prawny?

Wyrokiem z 3 kwietnia 2019 r. wydanym w sprawie C-617/17 TSUE orzekł, że wyrażoną w art. 50 ogłoszonej w dniu 7 grudnia 2000 r. w Nicei Karty praw podstawowych Unii Europejskiej zasadę *ne bis in idem* należy interpretować w ten sposób, że nie sprzeciwia się ona temu, aby krajowy organ ochrony konkurencji nałożył na przedsiębiorstwo, w ramach jednej i tej samej decyzji, dwie grzywny – jedną za naruszenie krajowego prawa konkurencji, a drugą – za naruszenie art. 82 TWE. W takiej sytuacji krajowy organ ochrony konkurencji winien niemniej jednak upewnić się, że te grzywny, rozpatrywane łącznie, są proporcjonalne do charakteru tego naruszenia.

2. Przede wszystkim nie jest trafny skonstruowany w ramach pierwszej podstawy skargi kasacyjnej zarzut wadliwego określenia rynku właściwego zarówno w ujęciu produktowym (asortymentowym), jak i geograficznym. Zgodnie z art. 4 pkt 8 u.o.k.k. ilekroć w ustawie jest mowa o rynku właściwym – rozumie się przez to rynek towarów, które ze względu na ich przeznaczenie, cenę oraz właściwości, w tym jakość, są uznawane przez ich nabywców za substytuty oraz są oferowane na obszarze, na którym, ze względu na ich rodzaj i właściwości, istnienie barier dostępu do rynku, preferencje konsumentów, znaczące różnice cen i koszty transportu, panują zbliżone warunki konkurencji. Prezes UOKiK, a za nim sądy obu instancji, uznali, że rynkiem relewantnym w niniejszej sprawie jest rynek krajowy ubezpieczeń grupowych pracowniczych na życie.

Sąd Najwyższy podziela pogląd, że ciężar w zakresie prawidłowego wyznaczenia rynku właściwego spoczywa na Prezesie UOKiK (wyrok Sądu Najwyższego z 17 marca 2010 r., III SK 40/09). „Rynek właściwy” jest jednak

kategorią prawną. Określenie rynku właściwego polega w istocie na subsumcji stanu faktycznego do zespołu norm prawnych, według których wyznacza się rynek właściwy. Strona wnosząca skargę kasacyjną kwestionująca sposób wyznaczenia rynku właściwego przez sąd drugiej instancji powinna zatem wykazać, że w granicach ustaleń faktycznych, stanowiących podstawę zaskarżonego wyroku (którymi Sąd Najwyższy zgodnie z art. 398¹³ § 2 k.p.c. jest związany) jest możliwe, a nawet konieczne, odmienne zdefiniowanie rynku właściwego, czy to w ujęciu produktowym, czy geograficznym, czy też w jakimkolwiek innym (czasowym, podmiotowym lub strukturalnym). Niezbędne jest więc zaprezentowanie przez skarżącego własnej propozycji wyznaczenia rynku właściwego i szczegółowe jej uzasadnienie, a nie ograniczenie się wyłącznie do kwestionowania stanowiska sądu drugiej instancji. Ponieważ powód kontestuje wyznaczenie rynku zarówno pod względem produktowym, jak i geograficznym powinien w szczególności wykazać, że istnieją ubezpieczenia inne niż grupowe pracownicze ubezpieczenie na życie o charakterze ochronnym, cechujące się bliską substytucyjnością, a także to, że nabywcy takich produktów ubezpieczeniowych mają możliwość ich nabycia również poza granicami Polski (od ubezpieczycieli nie prowadzących działalności na terenie Polski). Skarżący nie przedstawił jednak w skardze kasacyjnej tego rodzaju argumentacji, koncentrując się jedynie na krytyce stanowiska Prezesa UOKiK oraz sądów obu instancji.

Rynek w ujęciu produktowym można określić jako odnoszący się do towarów (usług) jednorodzących, które przez swoje szczególne właściwości odróżniają się od innych towarów (usług) w taki sposób, że nie istnieje możliwość dowolnej ich zamiany. Zatem rynek taki tworzą towary (usługi), które z punktu widzenia nabywcy charakteryzują się bliską substytucyjnością (mogą być łatwo wzajemnie zastąpione, zamienione), ponieważ służą zaspokojeniu tych samych potrzeb nabywców (por. wyrok Sądu Najwyższego z 14 września 2006 r., III SK 13/06). O substytucyjności danego towaru (usługi) decyduje więc perspektywa nabywcy, znajdującego się w podobnej sytuacji.

W niniejszej sprawie rynek produktowy w postaci ubezpieczeń grupowych pracowniczych o charakterze ochronnym (czyli bez elementu inwestycyjnego) został wyodrębniony ze względu na szczególne cechy tego produktu

sprowadzające się do (1) specyficznego sposobu dystrybucji (za pośrednictwem i z udziałem pracodawcy), (2) sposobu zawierania umowy – przez pracodawcę na rzecz pracowników, (3) charakteru ryzyka (odnoszonego do całej grupy pracowników danego pracodawcy), (4) wynikającej stąd wysokości składki równej dla wszystkich pracowników danego pracodawcy.

W tym kontekście chybione są argumenty powoda, wskazujące, że produktem substytucyjnym wobec grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie z funkcją ochronną są produkty oferowane przez banki tzw. bankassurance (k. 12, 14 skargi kasacyjnej) oraz adresowane do innych grup, np. członków stowarzyszeń, uczniów lub studentów (k. 16 skargi kasacyjnej). Uszło uwadze skarżącego, że w przypadku tych produktów nie ma bliskiej substytucyjności, o czym decyduje perspektywa nabywcy, którym jest przecież pracodawca.

Nawet, gdy przyjąć, że istotna jest perspektywa pracownika, nie zmieniałoby to tej oceny. Wszystkie te ubezpieczenia są związane ze stosunkiem prawnym łączącym ubezpieczonego z podmiotem trzecim. Dla pracownika możliwość nabycia zbliżonego co do charakteru produktu ubezpieczeniowego od banku nie oznacza, że grupowe pracownicze ubezpieczenie na życie może zostać łatwo zastąpione przez produkt oferowany przez bank. Pracownik nie musi być bowiem klientem banku, a poza tym produkt ten może być (z reguły jest) powiązany z innym produktem bankowym (np. umową rachunku bankowego, umową kredytu itp.), którego nabyciem pracownik nie zawsze jest zainteresowany. Oczywiste jest też, że pracownik nie zostanie uczniem, studentem lub członkiem stowarzyszenia (nie wdając się w bardziej wnikliwe rozważania co do w faktycznych i prawnych możliwości uzyskania takiego statusu) tylko w celu nabycia ubezpieczenia. Są to bariery wystarczające do uznania, że tego rodzaju produkty ubezpieczeniowe nie są substytucyjne wobec grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie o charakterze ochronnym. Sąd Apelacyjny trafnie wyznaczył rynek produktowy, jako rynek grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie.

Nie ma przy tym racji skarżący zarzucając, że w innej sprawie rynek właściwy został wyznaczony jako rynek ubezpieczeń na życie (k. 12 skargi kasacyjnej), a więc obejmujący zdecydowanie szerszą gamę ubezpieczeń, co miałoby rzutować na dopuszczalność wyznaczenia rynku właściwego w niniejszej

sprawie. Nie ma przecież uniwersalnych definicji „danych” rynków właściwych. Oznacza to, że rynek właściwy powinien być wyznaczony w każdej sprawie odrębnie (*in casu*) w zależności od ustaleń faktycznych i jest determinowany rodzajem i charakterem stosowanej praktyki, określoną grupą nabywców oraz innymi elementami istotnymi w konkretnej sprawie. Nie ma zatem przeszkód, aby w poszczególnych sprawach odmiennie wyznaczać rynek w ujęciu produktowym, czy też geograficznym.

Myli się skarżący, wskazując na brak barier wejścia na krajowy rynek ubezpieczeń i prowadzenie działalności w Polsce przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń, jako czynniki, które miałyby przesądzać o istnieniu rynku ubezpieczeń o wymiarze szerszym niż rynek krajowy (k. 18-19 skargi kasacyjnej). Jeżeli bowiem zagraniczne zakłady ubezpieczeń prowadzą działalność na terenie Polski (bądź za pośrednictwem oddziału, bądź bez otwierania oddziału), to niewątpliwie prowadzą tą działalność na krajowym rynku ubezpieczeń. Natomiast o istnieniu rynku ponadkrajowego (unijnego) świadczy to, że nabywcy danego towaru (usługi) mogą go nabyć również od przedsiębiorców prowadzących działalność wyłącznie na terenie innych krajów. Nabycie towaru (usługi) ma wówczas charakter transgraniczny.

W konsekwencji rynek grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie o wymiarze szerszym niż krajowy istniałby wówczas, gdyby pracodawcy mogli zawierać tego rodzaju umowy z zakładami ubezpieczeń nieprowadzącymi działalności na terenie Polski, oczywiście przy założeniu, że tego rodzaju produkt poza granicami kraju jest w ogóle oferowany. Skarżący nie wskazał jednak żadnych faktów (w granicach określonych przez art. 398¹³ § 2 k.p.c.), które pozwoliłyby na takie ustalenia oraz nie przedstawił na tej płaszczyźnie przekonującej argumentacji.

Wyznaczenie w niniejszej sprawie rynku właściwego w ujęciu geograficznym również jest zatem prawidłowe.

3. Z uwagi na brak podstaw do zakwestionowania sposobu wyznaczenia rynku właściwego chybione są zarzuty skarżącego skonstruowane w ramach drugiej podstawy skargi kasacyjnej, dotyczące pozycji dominującej powoda na tym

ryнку. Powód nie podważa ustaleń Sądu Apelacyjnego co do udziału na tak wyznaczonym rynku, który na koniec 2005 r. przekraczał 90%, mierzony zarówno wysokością składki przypisanej brutto, jak i liczbą ubezpieczonych.

Według art. 4 pkt 9 u.o.k.k. domniemywa się, że przedsiębiorca ma pozycję dominującą, jeżeli jego udział w rynku przekracza 40%. Powód bez wątplenia posiadał w okresie wskazanym w zaskarżonej decyzji pozycję dominującą na krajowym rynku grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie.

4. Chybiony jest zarzut wypełniający третią podstawę skargi kasacyjnej, odnoszący się do naruszenia art. 8 ust. 1 i 2 u.o.k.k. w zw. z art. 805 § 1, art. 808 § 2 i art. 813 § 1 k.c. przez uznanie, iż zarzucane powodowi praktyki stanowią nadużywanie przez powoda pozycji dominującej. Zgodnie z art. 8 ust. 2 pkt 5 u.o.k.k. nadużywanie pozycji dominującej polega w szczególności na przeciwdziałaniu ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji. Skarżący wywodzi, że obie postacie przypisanych mu antykonkurencyjnych praktyk nie wypełniają znamion czynu stypizowanego w art. 8 ust. 2 pkt 5 u.o.k.k. Sąd Najwyższy nie podziela tego stanowiska.

Po pierwsze, rację ma Sąd Apelacyjny wskazując, że praktyka polegająca na „wprowadzeniu wymogu wyrażania zgody na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia grupowego przez pracowników” utrudniała pracodawcom zmianę ubezpieczyciela, a w następstwie – utrudniała wejście na ten rynek innym zakładom ubezpieczeń. W istocie bowiem mniejszość ubezpieczonych pracowników (ponad 26%) była w stanie zablokować wypowiedzenie umowy powodowi. Bez wątplenia takie uregulowanie (niezależnie od motywacji pracowników sprzeciwiających się wypowiedzeniu umowy) ogranicza pracodawcy możliwość zawarcia umowy z innym ubezpieczycielem. Nie przekonuje argumentacja powoda, że nie ma przeszkód, aby pracodawca zawarł na rzecz części pracowników kolejną umowę z innym ubezpieczycielem. Takie stanowisko abstrahuje od tego, że każdy z ubezpieczycieli oferujących grupowe pracownicze ubezpieczenia na życie wymaga, aby do ubezpieczenia przystąpiła określona minimalna liczba pracowników. Zatem przedsiębiorcy zatrudniający kilku lub kilkunastu pracowników już tylko z tego względu nie mogą zawierać dwóch i więcej umów grupowego pracowniczego

ubezpieczenia na życie. Co oznacza, że taka argumentacja powoda może być trafna tylko w odniesieniu do przedsiębiorców zatrudniających większą liczbę pracowników, czyli nie wszystkich. Poza tym zawarcie i obsługa większej liczby umów rodzi po stronie pracodawcy konieczność większego zaangażowania organizacyjnego (rozliczanie składek, obsługa administracyjna) i może generować dodatkowe koszty. Są to tego rodzaju bariery, które wysoce utrudniają zawieranie przez pracodawców umów grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie z konkurentami powoda.

Po drugie, praktyka sprowadzająca się do „rozciągnięcia ochrony ubezpieczeniowej pracownika po wystąpieniu przez niego z ubezpieczenia i obciążania ubezpieczającego (pracodawcy) składkami za pracownika za okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia” również została trafnie uznana za nadużywanie pozycji dominującej, przeciwdziałające ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji (art. 8 ust. 2 pkt 5 u.o.k.k.). Mechanizm ten skutkował bowiem domaganiem się przez powoda – w przypadku rezygnacji wszystkich lub większości pracowników z ubezpieczenia – zapłaty przez pracodawcę składek za trzymiesięczny okres wypowiedzenia umowy. Zatem pracodawca ponosił negatywne konsekwencje finansowe rezygnacji pracowników z ubezpieczenia. Przy czym, co najistotniejsze, powód dochodził składek od pracodawcy tylko wówczas, gdy nie kontynuował z nim współpracy, tj. w razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia lub uznaniu jej za wypowiedzianą przez pracodawcę. Natomiast w przypadku, gdy z ubezpieczenia zrezygnowała jedynie część pracowników, a umowa ubezpieczenia nadal obowiązywała, powód nie domagał się zapłaty składek od pracodawcy. Tego rodzaju zachowanie premiowało „lojalnych” pracodawców, demotywuując do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, a co za tym idzie – do zmiany ubezpieczyciela. Utrudniało więc wejście konkurentów powoda na ten rynek.

Bez znaczenia jest to, że w latach 2002-2005 udział powoda w rynku właściwym uległ zmniejszeniu (k. 27 skargi kasacyjnej). Antykonkurencyjna praktyka opisana w art. 8 ust. 2 pkt 5 u.o.k.k. nie jest przecież zakazana ze względu na faktyczny skutek. Innymi słowy, następstwa stosowania takiej praktyki nie mają

decydującego znaczenia dla oceny, czy zachowanie przedsiębiorcy przeciwdziałało ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji.

5. Ponieważ praktyki powoda zostały prawidłowo zakwalifikowane jako spełniające przesłanki określone w art. 8 ust. 2 pkt 5 u.o.k.k., to sąd drugiej instancji słusznie przyjął, że zgodnie z art. 93 u.o.k.k. nie doszło do przedawnienia wszczęcia postępowania antymonopolowego. Zgodnie bowiem z art. 93 u.o.k.k. nie wszczyna się postępowania w sprawie stosowania praktyk ograniczających konkurencję, jeżeli od końca roku, w którym zaprzestano ich stosowania, upłynął rok. Ponieważ – jak trafnie uznał Sąd Apelacyjny – powód w chwili wydawania decyzji stosował kwestionowane praktyki, skoro w obrocie nadal funkcjonowały niezmienione umowy, zawarte w oparciu o OWGUP, to do przedawnienia, o którym mowa w art. 93 u.o.k.k. nie doszło.

Zatem i w tym zakresie skarga kasacyjna nie jest oparta na uzasadnionej podstawie.

6. Nie jest także trafny zarzut wypełniający kolejne dwie podstawy skargi kasacyjnej, dotyczący przypisania powodowi winy. Powód wskazuje, że z uwagi na brak winy nie ma możliwości nałożenia na niego kary pieniężnej na podstawie przepisów u.o.k.k. (ponieważ według u.o.k.k. wina jest warunkiem *sine qua non* nałożenia kary pieniężnej), a nadto, że świetle art. 82 TWE brak winy stanowi przesłankę zmniejszenia wysokości kary.

Sąd Apelacyjny trafnie wskazał, że powód jest podmiotem profesjonalnym prowadzącym działalność na rynku ubezpieczeń od wielu lat. Skarżący nie może więc powoływać się na nieznajomość obowiązujących przepisów oraz skutków swoich działań dla konkurencji na rynku. Co więcej, jak słusznie zauważył Sąd drugiej instancji, powód wykorzystywał stworzony przez siebie mechanizm w celu ograniczenia konkurencji, wykorzystując dominującą pozycję, chociażby przez dochodzenie od pracodawców składek za okres wypowiedzenia. Wskazuje to na cel działania w postaci zniechęcania pracodawców do zmiany ubezpieczyciela, a w konsekwencji – ograniczenie konkurencji. W tym zakresie Sąd Najwyższy w pełni podziela stanowisko Sądu Apelacyjnego.

Ponadto, zdaniem powoda, naruszenie art. 104 w zw. z art. 101 ust. 1 pkt 2 u.o.k.k. w zw. z art. 82 TWE polega na nieuwzględnieniu okoliczności łagodzących lub bezpodstawnym uwzględnieniu okoliczności obciążających przy wymiarze kary. Na tej płaszczyźnie powód zarzuca, że (1) bezpodstawnie przypisana wina umyślna została potraktowana jako okoliczność obciążająca, (2) brak winy umyślnej nie został uznany za okoliczność łagodzącą, (3) brak podstaw do przyjęcia, iż zarzucane praktyki miały charakter długotrwały.

Sąd Najwyższy wyjaśnił już wyżej, że przypisanie powodowi winy umyślnej było trafne, a więc zarzuty na tej płaszczyźnie są chybione.

Nie jest także możliwe uwzględnienie zarzutu powoda odnośnie do długotrwałości praktyk powoda, ponieważ sprowadza się on do kwestionowania ustaleń faktycznych Sądu Apelacyjnego (k. 40 skargi kasacyjnej). Uszło uwadze skarżącego, że zgodnie z art. 398¹³ § 2 k.p.c. Sąd Najwyższy jest związany ustaleniami faktycznymi przyjętymi za podstawę zaskarżonego wyroku. Nie można oprzeć skargi kasacyjnej na kontestowaniu ustaleń faktycznych, które doprowadziły Sąd drugiej do przyjęcia, że powód posiadał pozycję dominującą na rynku grupowych pracowniczych ubezpieczeń na życie. Również okres stosowania kwestionowanych praktyk mieści się w ramach ustaleń faktycznych sądu drugiej instancji.

7. Niezasadny jest też zarzut „podwójnego” ukarania powoda: raz na podstawie przepisów unijnych i drugi raz na podstawie przepisów krajowych. W wyroku z 3 kwietnia 2019 r. – wydanym na skutek pytania prejudycjalnego zadanego przez Sąd Najwyższy w niniejszej sprawie – TSUE orzekł, że art. 50 Karty Praw Podstawowych nie sprzeciwia się temu, aby krajowy organ ochrony konkurencji nałożył na przedsiębiorstwo, w ramach jednej i tej samej decyzji, dwie grzywny – jedną za naruszenie krajowego prawa konkurencji, a drugą – za naruszenie art. 82 TWE. Wyrokiem tym Sąd Najwyższy jest związany. Nie budzi wobec tego wątpliwości dopuszczalność nałożenia kary pieniężnej za jedno zachowanie (jedną praktykę), które narusza zarówno przepisy u.o.k.k. (art. 8 ust. 2 pkt 5 u.o.k.k.), jak i unijne przepisy o ochronie konkurencji (art. 82 TWE).

Powód wskazywał, że zarzut ten dotyczy w istocie dwukrotnego nałożenia kary pieniężnej za naruszenie art. 82 TWE. Kara pieniężną w wysokości 50 361 080 zł została bowiem nałożona na powoda (jak wynika z pkt III. decyzji) na podstawie art. 3 i art. 5 w zw. z art. 35 Rozporządzenia Rady (WE) nr 1/2003, jak również na podstawie art. 101 ust. 1 pkt 1 i 2 u.o.k.k. w zw. z art. 131 ust. 1 u.o.k.k. z 2007 r. Zgodnie natomiast z art. 101 ust. 1 pkt 1 u.o.k.k. Prezes UOKiK może nałożyć na przedsiębiorcę, w drodze decyzji, karę pieniężną w wysokości nie większej niż 10% przychodu osiągniętego w roku rozliczeniowym poprzedzającym rok nałożenia kary, jeżeli przedsiębiorca ten, choćby nieumyślnie dopuścił się naruszenia zakazu określonego m.in. w art. 8 u.o.k.k. Kara taka może zostać również nałożona na podstawie art. 101 ust. 1 pkt 2 u.o.k.k. za naruszenie art. 81 lub art. 82 TWE. Z kolei według art. 5 Rozporządzenia Rady (WE) nr 1/2003 organ ochrony konkurencji państwa członkowskiego w celu stosowania art. 82 TWE ma prawo nałożyć grzywnę, okresową karę pieniężną lub inną karę przewidzianą w krajowych przepisach.

Zdaniem skarżącego, kara pieniężna została wobec tego nałożona na niego dwukrotnie za naruszenie art. 82 TWE: raz na podstawie art. 101 ust. 1 pkt 2 u.o.k.k., a drugi raz na podstawie art. 5 Rozporządzenia Rady (WE) nr 1/2003. Stanowisko to jest chybione z kilku względów. Po pierwsze, na powoda została nałożona jedna kara pieniężna, a nie dwie, co wprost wynika z treści pkt III. decyzji. Po drugie, kara ta została nałożona za stosowanie praktyk, które naruszały jednocześnie art. 8 ust. 2 pkt 5 u.o.k.k. (krajowe przepisy o ochronie konkurencji) oraz art. 82 TWE (unijne przepisy o ochronie konkurencji). Po trzecie, powołanie w decyzji jako podstawy nałożenia kary zarówno art. 101 ust. 1 pkt 2 u.o.k.k. (odwołującego się do naruszenia art. 82 TWE), jak i art. 82 TWE nie oznacza „podwójnego” ukarania za naruszenie tego przepisu, ale wyraz tego, że przepisy te mają zastosowanie na różnych płaszczyznach. Przepis art. 5 Rozporządzenia Rady (WE) nr 1/2003 przyznaje kompetencje krajowemu organowi ochrony konkurencji do nakładania sankcji m.in. za naruszenie art. 82 TWE, ale zgodnie z zasadą autonomii prawa krajowego o sposobach ustalania wysokości kar pieniężnych,

jak i procedurze ich wymiaru i nakładania decydują przepisy krajowe w tym art. 101 ust. 1 pkt 2 u.o.k.k.

Z tych samych względów chybiony jest zarzut naruszenia art. 156 § 2 k.p.a., opisany niemal w tożsamy sposób w pkt III.2.2. skargi kasacyjnej (k. 3 skargi kasacyjnej).

TSUE wskazał też, że w przypadku nałożenia kary pieniężnej za naruszenie przepisów krajowych o ochronie konkurencji oraz kary pieniężnej za naruszenie przepisów unijnych należy upewnić się, czy te kary, rozpatrywane łącznie, są proporcjonalne do charakteru naruszenia. Uznając, że zarzuty powoda dotyczące wysokości nałożonej na niego kary, obejmują również to, czy suma kar wymierzonych za oba naruszenia nie uchybia zasadzie proporcjonalności, Sąd Najwyższy stwierdza, że kwestia ta była rozpatrywana przez Sąd Apelacyjny, co prawda w nieco innym kontekście, ale zagadnienie proporcjonalności kary nie zostało pominięte. W konsekwencji, Sąd Najwyższy uznał, że przesłanka ta została zbadana w niniejszej sprawie, a nałożona na powoda kara pieniężna jest proporcjonalna, biorąc pod uwagę całą jej wysokość w odniesieniu zarówno do naruszenia przepisów krajowych oraz unijnych, rozpatrywanego zarówno osobno, jak i łącznie.

8. Sąd Najwyższy wskazywał już wielokrotnie, że nie leży w jego kognicji rozstrzyganie, czy określony poziom kary pieniężnej nałożony na przedsiębiorcę przez organ regulacyjny jest w okolicznościach faktycznych sprawy właściwy, lecz jedynie weryfikacja, czy orzekając w tym przedmiocie sąd drugiej instancji w sposób zgodny z obowiązującymi unormowaniami umotywował swoje stanowisko w tym zakresie (zob. np. wyroki Sądu Najwyższego: z 15 maja 2014 r., III SK 54/13, z 24 października 2019 r., NSK 74/18). Nie mogą więc być skuteczne zarzuty skargi dotyczące wysokości nałożonej kary, skoro Sąd Apelacyjny, odwołując się także do argumentacji Sądu Okręgowego i pośrednio – Prezesa UOKiK, w sposób przekonujący wyjaśnił, jakie przesłanki (czynniki) wymiaru kary zostały wzięte pod rozwagę przy ocenie wysokości kary z punktu widzenia art. 104 u.o.k.k. i ukształtowanego na tle tego przepisu orzecznictwa.

Z tej przyczyny nie są trafne zarzuty dotyczące naruszenia art. 104 u.o.k.k.

9. Bezzasadny jest również zarzut naruszenia art. 479^{31a} § 3 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. w zw. z art. 156 § 1 pkt 2 i 4 k.p.a. oraz art. 113 § 1 k.p.a. w zw. z art. 80 u.o.k.k., art. 84 ust. 1 pkt 1 u.o.k.k. w zw. z art. 86 u.o.k.k. przez niewłaściwą wykładnię, przez pominięcie faktu prowadzenia postępowania antymonopolowego z udziałem osób, które nie złożyły wniosku o jego wszczęcie i w konsekwencji skierowania decyzji do osób nie będących stronami w sprawie. Istota tego zarzutu sprowadza się do tego, że w decyzji, jako inicjatorzy postępowania przed Prezesem UOKiK zostały wskazane osoby, które nie złożyły wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego, co – według skarżącego – oznacza, że decyzja została skierowana do osób nie będących stronami postępowania w sprawie.

„Skierowanie decyzji” w rozumieniu art. 156 § 1 pkt 4 k.p.a. oznacza określenie w decyzji praw i obowiązków konkretnego podmiotu, czyli ukształtowanie sytuacji prawnej tego podmiotu – przyznanie (ustalenie) określonych praw lub nałożenie obowiązków (zob. np. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 22 listopada 2018 r., I OSK 4034/18). Jeżeli zatem decyzja nie zawiera rozstrzygnięcia o prawach i obowiązkach danego podmiotu, to w rozumieniu art. 156 § 1 pkt 4 k.p.a. nie jest do niego skierowana.

Zaskarżona decyzja Prezesa UOKiK nie odnosi się do jakichkolwiek uprawnień lub obowiązków podmiotów inicjujących postępowanie antymonopolowe, a więc nie jest do nich skierowana. Z tego, że podmioty te zostały wymienione w decyzji nie można wobec tego wywodzić jej nieważności na podstawie art. 156 § 1 pkt 4 k.p.a. Już tylko z tej przyczyny zarzut skarżącego jest oczywiście bezzasadny.

10. Powód wskazał również, że doszło do naruszenia art. 231 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c., art. 378 § 1 k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c. przez „brak rozpoznania zarzutu apelacji, określonego w pkt (iv), s. 4 apelacji i brak ustosunkowania się w uzasadnieniu wyroku do tego zarzutu apelacji, tj. niewskazanie przyczyn, dla których zasadna byłaby odmowa wiarygodności twierdzeń powoda, co do przyczyn braku aneksowania 20% umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWGUP,

podczas gdy jednocześnie SOKiK uznał za wiarygodne twierdzenie powoda co do dokonania zmiany pozostałych 80% umów oraz poprzez to, że z ustalonego faktu, tj. że na skutek działań podjętych przez powoda zmienionych zostało 80% umów zawartych na podstawie OWGUP, SOKiK nie wywiódł innego faktu, to jest, że również w przypadku pozostałych 20% umów powód czynił starania co do ich aneksowania, mimo iż wniosek taki w sposób logiczny wynika z zebranego w sprawie materiału dowodowego i z zasad doświadczenia życiowego.”

Skarżący nie kwestionuje tego, że 20% umów ubezpieczeniowych nie zostało aneksowanych, ale podnosi, iż Sąd Apelacyjny nie uwzględnił faktu, że powód dążył do podpisania takich aneksów. Zdaniem skarżącego, ta okoliczność powinna doprowadzić do wniosku, że kwestionowana praktyka została zaniechana wcześniej.

Skoro jednak Sąd Apelacyjny za Sądem Okręgowym przyjął, że praktyka powoda polegała na stosowaniu określonych postanowień OWGUP, to oczywiste jest, że dopóki te postanowienia funkcjonowały w obrocie, to praktyka ta nadal trwała. Przekonujące jest więc stanowisko, iż obowiązywanie umów, których treść regulowana była przez OWGUP oznacza dalsze stosowanie praktyki. Zatem i ten zarzut powoda jest chybiony.

Z tego względu Sąd Najwyższy na podstawie art. 398 k.p.c. oddalił skargę kasacyjną, jako nieopartą na uzasadnionych podstawach, rozstrzygając o kosztach postępowania kasacyjnego na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. oraz § 10 ust. 4 pkt 3 w zw. z § 14 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz.U. 2018, poz. 265 ze zm.).