

POSTANOWIENIE

23 października 2024 r.

Sąd Najwyższy w Izbie Cywilnej w składzie:

SSN Dariusz Pawłyszcz

na posiedzeniu niejawnym 23 października 2024 r. w Warszawie

w sprawie z powództwa P. sp. z o.o. w W.

przeciwko P. S.A. w W.

o ustalenie nieistnienia prawa,

na skutek skargi kasacyjnej P. sp. z o. o. w W.

od wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 28 grudnia 2022 r., I AGa 154/22,

1. odmawia przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania;

**2. zasądza od P. sp. z o.o. w W. na rzecz P. S.A. w W. 2700
(dwa tysiące siedemset) zł kosztów postępowania.**

Wyrokiem z 28 lutego 2022 r., X GC 218/19, Sąd Okręgowy we Wrocławiu oddalił powództwo powodowego przedsiębiorcy – podmiotu leczniczego o ustalenie nieistnienia części wierzytelności pozwanego ubezpieczyciela w wysokości 100 000 zł z tytułu składki OC podmiotów leczniczych za okres od 17 lutego 2017 r. do 16 lutego 2018 r.

Wyrokiem zaskarżonym skargą kasacyjną Sąd Apelacyjny oddalił apelację podmiotu leczniczego.

Sąd ten ustalił, że strony zawarły na okres od 17 lutego 2017 r. do 16 lutego 2018 r. umowę obowiązkowego ubezpieczenia OC za szkody będące następstwem

udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wymaganą art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Podstawą kalkulacji składki w wysokości 236 202,68 zł było udzielanie świadczeń zdrowotnych w 5 zakładach leczniczych oraz ankiety wypełnione przez podmiot leczniczy na żądanie ubezpieczyciela, w tym informacje o średniej liczbie łóżek w szpitalach wchodzących w skład zakładów powoda w roku 2016. Ubezpieczyciel obliczając składkę w pierwszej kolejności zsumował stosowane przez siebie składki bazowe za udzielanie świadczeń: w lecznictwie zamkniętym 207 000 zł, w lecznictwie ambulatoryjnym 3854 zł i w lecznictwie ratunkowym 3486 zł - razem 214 340 zł. Suma ta została pomniejszona o 5% za kontynuację ubezpieczenia i podwyższona o 16% za udzielanie świadczeń w lecznictwie szpitalnym oraz kontynuację przekształceń organizacyjnych. Ubezpieczony zapłacił pierwszą ratę składki w wysokości 136 202,68 zł, druga miała być zapłacona w sierpniu 2017 roku.

Pismem z 9 marca 2017 r. podmiot leczniczy zawiadomił ubezpieczyciela o zakończeniu działalności dwóch zakładów, a 8 maja 2017 r. i zwrócił się o ponowną kalkulację składki. W odpowiedzi ubezpieczyciel zwrócił się o wykaz zakładów wykreślonych z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i zakładów wciąż wpisanych w Rejestrze oraz aktualną liczbę łóżek szpitalnych w nadal prowadzonych zakładach leczniczych, co ubezpieczony wykonał 3 lipca 2017 r. Mailem z 29 sierpnia 2017 r. ubezpieczyciel odmówił obniżenia składki, gdyż ryzyko ubezpieczeniowe nie zmieniło się. Przede wszystkim nie zmalała liczba łóżek szpitalnych, gdyż wzrost ich liczby w nadal prowadzonych szpitalach zrekompensował ich ubytek w zlikwidowanych szpitalach, w szczególności w szpitalu wykonującym operacje chirurgiczne, obciążone największym ryzykiem, liczba łóżek wzrosła z 20 do 70, a w szpitalu długoterminowym z 80 do 225.

Sąd drugiej instancji oddalił apelację ubezpieczyciela z dwóch niezależnych przyczyn:

1. Art. 816 k.c. stanowiący podstawę prawną żądania zmniejszenia składki nie stosuje się do ubezpieczeń obowiązkowych.

2. Ubezpieczony nie wykazał, że dokonane zmiany organizacyjne w działalności leczniczej uzasadniają żądane zmniejszenie składki.

Sąd odwoławczy uznał, że mailem z 29 sierpnia 2017 r. oraz pismem procesowym z 16 września 2021 roku ubezpieczyciel przedstawiła metodykę ustalania składki ubezpieczeniowej, kwalifikacji świadczeń zdrowotnych do kategorii ustalonych dla celów taryfikacji składki i zasady ustalania klas ryzyka ubezpieczeniowego. Na podstawie art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych ubezpieczyciel ustala taryfy oraz wysokość składek. Skoro ubezpieczyciel przedstawił konstrukcję swojej taryfy oraz sposób obliczenia składki w oparciu o tę taryfę, to ubezpieczonego obciążał ciężar wykazania sprzeczności składki z taryfą lub luk w wyjaśnieniu ubezpieczyciela.

Powodowy ubezpieczyciel wniósł o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania ze względu na wystąpienie w sprawie istotnego zagadnienia prawnego: czy art. 816 k.c. stosuje się do ubezpieczeń obowiązkowych. Na wypadek niepodzielenia tezy o wystąpieniu tego zagadnienia skarżący wniósł o przyjęcie skargi ze względu na jej oczywistą zasadność w zakresie naruszenia art. 816 k.c. przez jego niezastosowanie.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skutkiem podniesienia zagadnienia prawnego lub potrzeby wykładni może być przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania tylko pod warunkiem, że przynajmniej jedno z możliwych rozwiązań tych problemów prowadzi do zasadności skargi kasacyjnej. Nie można przyjąć skargi do rozpoznania, jeżeli podlegałaby ona oddaleniu niezależnie od odpowiedzi na postawione problemy prawne czy interpretacyjne.

Tymczasem w przypadku rozwiązania przedstawionego zagadnienia prawnego w ten sposób, że art. 816 k.c. stosuje się do obowiązkowych ubezpieczeń majątkowych, nadal pozostawałaby druga, niezależna przyczyna oddalenia apelacji, a tym samym także powództwa, w postaci nieprzedstawienia konkretnych zarzutów do sposobu obliczenia składki przedstawionego przez ubezpieczyciela pismem z 29 sierpnia 2017 r.

W zarzutach kasacyjnych ubezpieczony podnosił, że przedstawiona kalkulacja jest niedostateczna, a w szczególności nie uwzględniła likwidacji szpitala w Ś., generującego według ubezpieczonego największe ryzyko ubezpieczeniowe. Tak sformułowany zarzut nie może być podstawą uznania wyroku Sądu Apelacyjnego za niezasadny. Obowiązkiem ubezpieczonego było wskazanie konkretnych błędów w kalkulacji ubezpieczyciela, tj. wskazanie, co ubezpieczyciel uwzględnił niezgodnie z własną taryfą (np. zawyżył liczbę łóżek szpitalnych). Skarżący nie wskazał, jakie dane przyjęte do kalkulacji są w rzeczywistości inne ze względu na likwidację szpitala w Ś.

Ubezpieczony zarzucił bezpodstawne oddalenie jego wniosku o obliczenie składki przez biegłego, lecz dowód z biegłego należy przeprowadzać dopiero wówczas, gdy strony przedstawiają dostatecznie precyzyjne własne, sprzeczne tezy. Jeżeli kalkulacja ubezpieczyciela nie nadawała się do kontroli przez ubezpieczonego, obowiązkiem powoda było wskazanie elementów kalkulacji, które się niezrozumiały. Niemożność sprawdzenia zgodności kalkulacji z taryfą może wynikać także z użycia w taryfie zwrotów niedookreślonych lub świadomego pozostawienia tzw. luzu decyzyjnego. To ubezpieczonego obciąża ciężar wskazania elementów taryfy uniemożliwiających kontrolę kalkulacji składki. Wówczas ubezpieczyciel byłby zobowiązany do wyjaśnienia, jak w swojej działalności stosuje niejasne zapisy taryfy, a w razie wątpliwości co do rzetelności wyjaśnienia sąd mógłby zażądać od ubezpieczyciela udostępnienia biegłemu historycznych kalkulacji w celu sprawdzenia, czy ubezpieczyciel rzeczywiście obliczał składki zgodnie ze swoimi wyjaśnieniami. Skarżący, jako podmiot leczniczy, ma doświadczenie w zawieraniu umów ubezpieczenia OC za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych i nawet jeżeli jego pracownicy nie mieli kwalifikacji do identyfikacji niejasnych elementów kalkulacji lub taryfy, to mógł zlecić to podmiotom, przy pomocy których negocjował składki lub dokonywał wyboru ofert ubezpieczycieli.

Ponieważ samo rozstrzygnięcie o możliwości stosowania art. 816 k.c. do ubezpieczeń obowiązkowych nie prowadziłoby do możliwości uwzględnienia skargi, Sąd Najwyższy na podstawie art. 398⁹ k.p.c. oddalił wniosek o przyjęcie skargi

kasacyjnej do rozpoznania. Poza zakresem rozważań Sąd Najwyższy pozostawił zagadnienie, pominięte przez sądy obydwu instancji i skarżącego, czy w przypadku żądania obniżenia składki na podstawie art. 816 k.c. można bezpośrednio żądać ustalenia nieistnienia obowiązku zapłaty kwestionowanej części składki (ew. żądać zwrotu części zapłaconej w całości składki), czy też konieczne jest wytoczenie powództwa o zmianę wysokości składki przez sąd wyrokiem konstytutywnym. Ten drugi pogląd zdaje się przeważać w piśmiennictwie (orzecznictwo jest nieliczne), a przy jego przyjęciu wyrok Sądu odwoławczego odpowiadałby prawu niezależnie od zasadności zarzutów kasacyjnych.

Na podstawie art. 98 k.p.c. pozwanemu przysługuje od skarżącego zwrot kosztów sporządzenia odpowiedzi na skargę kasacyjną w wysokości stawki minimalnej określonej w stosowanym odpowiednio § 10 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Min. Sprawiedl. w sprawie opłat za czynności adwokackie.

(r.n.)

[a]