

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 23 maja 2016r. (data nadania) powodowie H. D. i J. D. domagali się zasądzenia od pozwanego (...) Banku (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 15.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę będącą następstwem rozwiązania umowy (...) przez firmę medyczną (pkt 1 pozwu) oraz zobowiązania pozwanego do częściowego przejścia kosztów aktualnego pakietu zdrowotnego (...), wykupionego przez powoda, który jest droższy niż wcześniej realizowany (...). Powodowie wnieśli nadto o zasądzenie od pozwanego na ich rzecz kosztów procesu.

W uzasadnieniu powodowie wskazali, że posiadali ubezpieczenie rodzinne (...) w (...) Banku S.A. Warunkiem kontynuacji tego ubezpieczenia był regularny wpływ środków w wysokości 150 zł do 15 dnia każdego miesiąca. Powód podał, że w dniu 26 sierpnia 2013r. złożył przelew w pozwanym banku opiewający na kwotę 150 zł kierowany docelowo do (...) Banku S.A. Przelew ten został zaksięgowany na koncie w (...) Banku S.A. dopiero w dniu 18 września 2013r., co spowodowało rozwiązanie umowy (...) na skutek zawinionego działania pozwanego. Powodowie następnie wykupili Pakiet Zdrowotny (...), który jest droższy od poprzedniego Pakietu (...), a pozwany odmówił przynajmniej częściowego finansowania tego pakietu.

(pozew k. 3-5)

Pozwany w odpowiedzi na pozew z dnia 20 kwietnia 2016r. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powodów na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Pozwany podał, że w dniu 23 sierpnia 2013r. powód H. D. złożył w oddziale pozwanego polecenie przelewu kwoty 150 zł na rachunek powodów prowadzony przez (...) Bank S.A., a pozwany zrealizował przelew w dniu 18 września 2013r. Dodał, że w dniu 22 listopada 2013r. powódka J. D. złożyła u pozwanego reklamację wskazując na nieterminową realizację zlecenia przelewu. W dalszej korespondencji z pozwanym powodowie wskazywali, że na skutek nieterminowej realizacji zlecenia przelewu wygasła ochrona ubezpieczeniowa powodów wynikająca z ubezpieczenia Pakiet (...) oferowanego klientom (...) Banku S.A. oraz że ubezpieczyciel wycofał w/w pakiet ze sprzedaży, co uniemożliwiło im odnowienie ubezpieczenia na poprzednich warunkach.

Pozwany podkreślił, że w korespondencji reklamacyjnej uznał swoje zawinienie co do braku terminowej realizacji zlecenia przelewu i zaoferował powodom wypłatę rekompensaty za udokumentowane konsekwencje finansowe powstałe na skutek jego nieterminowej realizacji. Powodowie zgłosili do rozliczenia trzy rachunki o łącznej wartości 640 zł za świadczenia medyczne, które zostały wykonane na ich rzecz w okresie po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z (...) i kwota 640 zł została im przekazana przez pozwanego tytułem naprawienia szkody powstałej w wyniku nieterminowej realizacji zlecenia przelewu.

Odnośnie roszczenia o zadośćuczynienie pozwany podniósł, że jego działanie polegające na nieterminowym wykonaniu zlecenia przelewu stanowiło nienależyte wykonanie umowy, w związku z czym pozwany ponosi wobec powodów odpowiedzialność odszkodowawczą na podstawie art. 471 k.c., a przepisy dotyczące nienależytego wykonania umowy nie przewidują możliwości zasądzenia zadośćuczynienia. Ponadto zdaniem pozwanego roszczenie o zadośćuczynienie nie zostało udowodnione bowiem powodowie nie wykazali, jaką krzywdę mieliby ponieść na skutek nieterminowej realizacji zlecenia przelewu.

Odnosząc się do roszczenia w pkt 2 pozwu pozwany podniósł, że powodowie nie wskazują, jakiej kwoty się domagają, nie udowodnili istnienia szkody ani jej wysokości.

(odpowiedź na pozew k. 35-39)

Pismem z dnia 28 grudnia 2016r. powodowie podnieśli, że z winy pozwanego zaznali negatywnych przeżyć, cierpienia i ponieśli straty o charakterze moralnym, w związku z czym mieli oni dyskomfort w normalnym, codziennym

funkcjonowaniu, pojawiło się w ich życiu poczucie niepewności. Podkreślili, że ich zdrowie zostało zagrożone poprzez utratę możliwości korzystania z prywatnej opieki medycznej na dotychczasowym poziomie.

Odnosząc się do roszczenia w pkt 2 pozwu powodowie podnieśli, że w dniu 22 stycznia 2016r. zawarli umowę (...) z L. (...). Sp. z o.o. (...) tej umowy dla 2 osób w skali roku wynoszą 2224 zł (po 1112 zł za osobę), podczas gdy w przypadku (...) koszt ten wyniósł 139,99 zł miesięcznie tj. 1679,88 zł. Różnica pomiędzy kosztami dawnego i obecnego pakietu medycznego wynosi zatem 544,12 zł na niekorzyść powodów, do czego należy doliczyć koszty związane z konsultacjami specjalistycznymi i dyżurami w kwocie 500 zł. Dodatkowe koszty poniesione przez powodów z winy pozwanego wyniosły zatem 1044,12 zł

(pismo k. 73-75)

Na rozprawie w dniu 13 kwietnia 2017r. powodowie, precyzując żądanie pozwu, wnieśli o zasądzenie od pozwanego solidarnie na ich rzecz: kwoty 15.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz kwoty 1044,12 zł tytułem różnicy pomiędzy kwotą ubezpieczenia w (...) Banku S.A. oraz w L. (...).

(protokół rozprawy k. 87)

Na rozprawie w dniu 17 kwietnia 2018r. powodowie, zajmując ostateczne stanowisko w sprawie, wnieśli o zasądzenie od pozwanego solidarnie na ich rzecz kwot:

- 15.000 zł tytułem zadośćuczynienia;
- 10.870,44 zł tytułem różnicy pomiędzy kosztem ubezpieczenia w (...) i (...) w L. (...) oraz tytułem zwrotu kosztów leczenia.

Powodowie wskazali, że na kwotę 10.870,44 zł składają się różnice pomiędzy kosztami w w/w pakietach ubezpieczenia oraz zwrot kosztów leczenia liczone od dnia 22 stycznia 2016r. tj. daty zawarcia umowy z L. (...) do daty osiągnięcia średniego okresu długości życia wg danych Głównego Urzędu Statystycznego. Powodowie podali, że dla kobiet średnia długość życia wynosi 81,6 lat, zatem powodce pozostało do osiągnięcia tego wieku 13 lat, 5 miesięcy 9 dni. Dla mężczyzn średnia długość życia wynosi 73,8 lat, zatem powodowi pozostało do osiągnięcia tego wieku 6 lat, 8 miesięcy i 17 dni. Kwoty należne od pozwanego powodom wynoszą zatem: dla powódki J. D. łącznie 7017,35 zł, a dla powoda H. D. łącznie 3853,09 zł.

Pozwany w zakresie pierwszego żądania pozwu podtrzymał dotychczasowe stanowisko w sprawie podnosząc brak możliwości uzyskania zadośćuczynienia z tytułu nienależytego wykonania zobowiązania. Wskazał nadto, że powodowie nie udowodnili wysokości krzywdy, a za taką nie można uznać niedogodności związanych z poszukiwaniem nowego pakietu medycznego.

Co do drugiego żądania pozwu pozwany zakwestionował żądanie zarówno co do zasady jak i wysokości, wskazując, że brak jest jakiegokolwiek gwarancji, że pierwotny pakiet medyczny powodów zostałby utrzymany w tym samym kształcie, i że trwałby on do chwili obecnej. Pozwany zauważył, że koszty wskazywane przez powodów w żaden sposób nie zostały przez powodów udowodnione, a łączne wyliczenie przez powoda w wysokości 10.870,44 zł zawiera nie tylko błędną zmienną lecz oparte jest na błędnym założeniu, iż powodowie będą żyli określoną liczbę lat także opartą na szacowaniach powoda. Nadto pozwany uznając swoje zwinienie dokonał już na rzecz powodów rekompensaty na podstawie przedłożonych przez nich rachunków.

W konsekwencji pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powodów na jego rzecz kosztów procesu oraz kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Powodowie podnieśli, iż wypłacona przez pozwanego kwota nie była rekompensatą lecz zwrotem kosztów poniesionych na leczenie oraz że przedstawił umowę, którą posiadał z poprzednim Towarzystwem (...) i w tej umowie były określone kwoty i warunki obowiązywania tej umowy, a zatem nie są to jego samodzielne wyliczenia. A wyliczona

przez powoda różnica została wyliczona w oparciu o nową umowę z Towarzystwem (...) i określone w tej umowie stawki. Wskazali, że kwota z pkt 1 żądania pozwu dochodzona jest z uwagi na negatywny stosunek pozwanego do powodów w zakresie wszelkich propozycji i pism dołączonych do pozwu. Dodali, że nie zostali zawiadomieni o rozwiązaniu umowy, co naraziło ich na stres.

(protokół rozprawy k. 101-101v; pismo powodów z dn. 3 listopada 2017r. k. 97)

W toku postępowania strony podtrzymały stanowiska w sprawie.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powodowie jako ubezpieczeni przystąpili do umowy ubezpieczenia (...) zawartej między (...) Bankiem S.A. jako ubezpieczającym a Towarzystwem (...) S.A. w opcji ubezpieczenia rodzinnego, wariant (...). Wysokość składki ubezpieczeniowej wynosiła 139,99 zł miesięcznie. Początek ubezpieczenia był datowany na dzień 1 marca 2013r., a koniec tzw. pierwszego okresu ubezpieczenia na 31 marca 2013r. Okres ubezpieczenia był automatycznie kontynuowany na kolejny miesiąc pod warunkiem zgłoszenia do ubezpieczającego w/w osób oraz zapłaty składki, która była pobierana z rachunku bankowego powodów prowadzonego przez (...) Bank S.A. Niezapewnienie w danym miesiącu kalendarzowym środków na sfinansowanie składki skutkowało wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej.

(bezsporne; certyfikat potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia k. 81-82)

W dniu 23 sierpnia 2013r. powód H. D. złożył w oddziale pozwanego polecenie przelewu kwoty 150 zł na rachunek powodów prowadzony przez (...) Bank S.A., a pozwany zrealizował przelew w dniu 18 września 2013r.

(bezsporne; kopia historii rachunku k. 8-16)

Dyspozycja przelewu kwoty 150 zł została zrealizowana z opóźnieniem z przyczyn leżących po stronie pozwanego, o czym pozwany poinformował powódkę J. D. pismem z dnia 3 grudnia 2013r., stanowiącym odpowiedź na reklamację powódki z dnia 26 listopada 2013r. oraz poinformował, że ustosunkuje się do kwestii rekompensaty dla powodów po udokumentowaniu ewentualnych konsekwencji finansowych niezrealizowania przelewu w terminie.

(kopia pisma pozwanego k. 17; kopia pisma reklamacyjnego k. 6-7)

Na skutek niezrealizowania przez pozwanego zlecenia przelewu z dnia 26 sierpnia 2013r. w terminie wygasła ochrona ubezpieczeniowa, którą powodowie byli objęci w ramach umowy ubezpieczenia (...).

(bezsporne)

Powodowie zgłosili pozwanemu do rozliczenia 3 rachunki za świadczenia medyczne, które zostały wykonane po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z w/w pakietu: za badania laryngologiczne (po 120 zł) oraz za świadczenia stomatologiczne (400 zł), na łączną kwotę 640 zł. Pozwany w dniu 27 lutego 2014r. przelewał kwotę 640 zł na rachunek bankowy powodów.

(bezsporne; kopie rachunków k. 57-59; potwierdzenie przelewu k. 60)

Powodowie w dniu 22 stycznia 2016r. zawarli z L. (...) Sp. z o.o. umowy nr (...) – Plan (...) Jodła. Zgodnie z umowami, powodowie byli zobowiązani do uiszczania rocznej opłaty ryczałtowej za gotowość do wykonywania świadczeń zdrowotnych wynosiła w kwocie 1112 zł brutto w przypadku każdego z nich. Nadto konsultacje specjalistyczne realizowane w ramach umowy były dodatkowo płatne w zależności od wybranego pakietu medycznego.

(bezsporne; umowy k. 77-80)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych powyżej dokumentów i kopii dokumentów, które Sąd w całości uznał za wiarygodne, gdyż ich rzetelność i prawdziwość nie była przez strony kwestionowana oraz w oparciu o okoliczności między stronami bezsporne.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

W niniejszej sprawie powodowie ostatecznie dochodzili solidarnie od pozwanego kwoty 15.000 zł tytułem zadośćuczynienia za nieterminowe wykonanie przez pozwanego zlecenia przelewu oraz solidarnie kwoty 10.870,44 zł różnicy pomiędzy kosztem ubezpieczenia w (...) i (...) oraz tytułem zwrotu kosztów leczenia.

W niniejszej sprawie bezsporne było, iż w dniu 23 sierpnia 2013r. powód H. D. złożył w oddziale pozwanego polecenie przelewu kwoty 150 zł na rachunek powodów prowadzony przez (...) Bank S.A. tytułem zapłaty składki ubezpieczeniowej za kolejny okres w ramach umowy ubezpieczenia (...) zawartej między (...) Bankiem S.A. jako ubezpieczającym a Towarzystwem (...) S.A., do której przystąpili powodowie, a pozwany zrealizował przelew z opóźnieniem z przyczyn leżących po jego stronie w dniu 18 września 2013r. Poza sporem pozostawało również, że na skutek niezrealizowania przez pozwanego zlecenia przelewu z dnia 26 sierpnia 2013r. w terminie wygasła ochrona ubezpieczeniowa, którą powodowie byli objęci w ramach umowy ubezpieczenia (...) oraz że w dniu 22 stycznia 2016r. powodowie zawarli z L. (...) Sp. z o.o. umowy – Plan (...) Jodła, zgodnie z którymi byli zobowiązani do uiszczania za gotowość do wykonywania świadczeń zdrowotnych ryczałtowych opłat, wyższych niż w przypadku umowy ubezpieczenia (...).

Powodowie żądanie pozwu opierali na art. 471 k.c. Zgodnie z treścią tego przepisu dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Zakres tej odpowiedzialności można rozszerzyć albo ograniczyć, z tym że niedopuszczalne jest zastrzeżenie, iż dłużnik nie będzie odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną wierzycielowi umyślnie (art. 473 k.c.)

Do przypisania odpowiedzialności pozwanego za nienależyte wykonanie zobowiązania konieczne jest wystąpienie ogólnych przesłanek odpowiedzialności kontraktowej, tj. szkody oraz niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania oraz związku przyczynowego między niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania, a powstałą szkodą. Zgodnie z regułą z art. 6 k.c. na wierzycielu spoczywa ciężar dowodu powyższych przesłanek.

W pierwszej kolejności rozważenia wymaga żądanie pozwu w zakresie roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia. Powództwo w tym zakresie nie zasługiwało na uwzględnienie z dwóch przyczyn.

Po pierwsze podkreślić należy, iż powodowie żądanie pozwu opierali na art. 471 k.c. Przepisy k.c. dotyczące nienależytego wykonania umowy nie przewidują jednak możliwości zasądzenia zadośćuczynienia. Jak zostało wskazane choćby w uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 17 lutego 2017r., VI ACa 1997/15, ustawodawca nie przewidział zadośćuczynienia pieniężnego za nienależyte wykonanie zobowiązania. Polskie prawo cywilne nie zna takiej konstrukcji jurystycznej. Zadośćuczynienie pieniężne zostało powiązane ściśle z zasadami odpowiedzialności deliktowej, do których odsyła art. 24 § 1 in fine k.c. Sąd może zasądzić zadośćuczynienie na podstawie art. 448 k.c. (tak samo: art. 445 § 1 czy 446 § 4 k.c.) jedynie w razie naruszenia przez sprawcę powszechnie obowiązujących norm imperatywnych, względnie - zasad współżycia społecznego (vide: art. 415 k.c.). Pogląd ten jest utrwalony zarówno w orzecznictwie, jak też szeroko aprobowany w doktrynie (tak m.in. Radwański, Olejniczak, Zobowiązania 2012, s. 319; W. Borysiak, w: Osajda, Komentarz k.c. 2017, art. 471, i tam cyt. literatura; wyrok SN z dnia 17 grudnia 2004r., II CK 300/04; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 października 2012 r., I ACa 484/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2016r., I ACa 254/16. Pogląd ten Sąd w zupełności podziela. Tak więc już na tej podstawie niemożliwe było zasądzenie od pozwanego na rzecz powodów zadośćuczynienia.

Powodowie domagali się zapłaty kwoty 15.000 zł podnosząc, że z winy pozwanego zaznali negatywnych przeżyć, cierpienia i ponieśli straty o charakterze moralnym, w związku z czym mieli oni dyskomfort w normalnym, codziennym funkcjonowaniu, pojawiło się w ich życiu poczucie niepewności oraz że ich zdrowie zostało zagrożone poprzez utratę możliwości korzystania z prywatnej opieki medycznej na dotychczasowym poziomie.

Zgodnie z art. 24 § 1 k.c. ten, czyje dobro osobiste zostało naruszone może żądać, na zasadach przewidzianych w kodeksie zadośćuczynienia pieniężnego. Dobra osobiste wymienia przykładowo przepis art. 23 k.c., stanowiąc, iż należą do nich w szczególności: zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska.

Na mocy art. 448 k.c. w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Rozkład ciężaru dowodu kształtuje się według ogólnych reguł dowodzenia wynikających z art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Przepis ten formułuje podstawową regułę rozkładu ciężaru dowodu w sporze cywilnoprawnym, wskazując przede wszystkim, kogo obciążają skutki niepowodzenia procesu dowodzenia (tak zwany ciężar dowodu w znaczeniu materialnoprawnym). W świetle wynikającej z tego przepisu reguły za prawdziwe mogą być w procesie cywilnym przyjęte jedynie te fakty, które zostały udowodnione przez stronę obciążoną ciężarem ich dowodzenia, zaś pominięte powinny zostać te fakty, które przez stronę obciążoną obowiązkiem dowodzenia nie zostały w sposób należyty wykazane. Nie budzi przy tym wątpliwości, że w okolicznościach rozpoznawanej sprawy to stronę powodową obciążał obowiązek wykazania istnienia roszczenia materialnoprawnego stanowiącego podstawę dochodzonego w tej sprawie żądania zapłaty.

Materialnoprawną zasadę rozkładu ciężaru dowodu (art. 6 k.c.) uzupełniają reguły procesowe (w szczególności art. 3 § 1 k.p.c. oraz art. 232 k.p.c.) nakazujące stronom przejawiać aktywność w celu wykazania wszystkich istotnych okoliczności i faktów, z których wywodzą skutki prawne, w szczególności wskazywać dowody. Obowiązek przedstawiania dowodów odnosi się zarówno do przesłanek dotyczących samej zasadności dochodzonego roszczenia, jak i jego wysokości. Niedochowanie powyższych obowiązków skutkuje ryzykiem przegrania procesu przez stronę, którą obciążał ciężar wykazania okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

Wobec powyższego to na stronie powodowej z mocy art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. ciążył obowiązek udowodnienia zasadności oraz wysokości roszczenia. Wskazać w tym miejscu należy, iż pokrzywdzony żądający na podstawie art. 448 k.c. kompensaty krzywdy nie musi dowodzić bezprawności naruszenia dobra osobistego. Wobec brzmienia art. 24 § 1 k.c. to ewentualnie adresat roszczeń musiałby dowieść braku bezprawności naruszeń (por. wyrok SN z 28 lutego 2007 r., V CSK 431/06, OSNC 2008, nr 1, poz. 13).

Powód zatem na mocy art. 6 k.c. i art. 232 zd. 1 k.p.c. wobec brzmienia art. 24 § 1 oraz art. 448 k.c. winien udowodnić:

- fakt naruszenia dobra osobistego,
- doznanie krzywdy, czyli tzw. szkody niemajątkowej,
- rozmiar krzywdy.

Zaznaczyć trzeba, iż sąd nie ma obowiązku dążenia do wszechstronnego zbadania wszystkich okoliczności sprawy. Obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach, a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie (art. 227 k.p.c.) spoczywa na stronie, która z tych faktów wywodzi skutki prawne (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 1996 r., sygn. akt I CKU 45/96).

Z ciężącego na nich obowiązku dowodzenia powodowie nie wywiązali się. Nie powołali jakichkolwiek dowodów na poparcie swych twierdzeń, nie składali też żadnych wniosków dowodowych. Nawet przyjmując twierdzenia powodów

za prawdziwe podkreślić należy, iż powodowie w ogóle nie wskazali, jakie ich dobra osobiste zostało naruszone, wskazując jedynie na bliżej nieokreślone negatywne przeżycia, straty moralne, dyskomfort w normalnym, codziennym funkcjonowaniu oraz stan zagrożenia zdrowia. Dobro osobiste powinno być skonkretyzowane w okolicznościach konkretnej sprawy. W świetle twierdzeń powodów nie sposób nawet domniemywać, że przyjmują oni, iż zostało naruszone ich dobro osobiste w postaci zdrowia, bowiem powodowie podają jedynie, że miał miejsce stan jego zagrożenia. Powodowie nie wykazali zaś by stan zagrożenia ich zdrowia w rzeczywistości zaistniał, zwłaszcza w kontekście pokrycia przez pozwanego rachunków za świadczenia medyczne, które zostały wykonane powodom po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej.

Powodowie nie udowodnili zatem samego faktu naruszenia ich dóbr osobistych.

Brak wykazania naruszenia dobra osobistego wyklucza, co oczywiste, również udowodnienie rozmiaru krzywdy. Powodowie nie wykazali też stopnia i rozmiaru krzywdy. Nie zawnioskowali o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego psychologa na okoliczność doznanej przez nich krzywdy i rozmiaru cierpień moralnych. Powództwo o zadośćuczynienie podlegało zatem oddaleniu również z tej przyczyny.

Przechodząc do żądania zapłaty kwoty 10.870,44 zł wskazać należy, iż powództwo również w tym zakresie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Powodowie wskazywali, że na w/w kwotę składają się różnice pomiędzy kosztami w pakietach ubezpieczenia medycznego (...) oraz zawartych przez powodów z L. (...) Sp. z o.o. umów – Plan (...) Jodła, a także zwrot kosztów leczenia liczone od dnia 22 stycznia 2016r. do daty osiągnięcia średniego okresu długości życia wg danych Głównego Urzędu Statystycznego, wskazując, że powódce pozostało do osiągnięcia tego wieku 13 lat, 5 miesięcy 9 dni. A powodowi – 6 lat, 8 miesięcy i 17 dni, w związku z czym kwoty należne od pozwanego powodom miały wynosić: dla powódki J. D. łącznie 7017,35 zł, a dla powoda H. D. łącznie 3853,09 zł.

Podkreślić tu należy, iż, jak wskazano powyżej, nieodzowną przesłanką odpowiedzialności przewidzianej w art. 471 k.c. jest szkoda wynikająca z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez dłużnika. Wynikanie, o którym mowa w art. 471 k.c., zakłada istnienie powiązania przyczynowego w znaczeniu art. 361 § 1 k.c. między niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania przez dłużnika, a szkodą wierzyciela. Zgodnie z art. 471 k.c., dłużnik jest więc obowiązany w zasadzie tylko do naprawienia doznanej przez wierzyciela szkody będącej normalnym następstwem niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (zob. uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 października 2009r., I CSK 84/09).

Dodać tu należy, iż za szkodę należy uznać uszczerbek w dobrach poszkodowanego, polegający na różnicy między stanem tych dóbr, powstałym wskutek zdarzenia szkodzącego, a stanem, jaki by istniał, gdyby nie zaszło to zdarzenie. Uszczerbek ten przybiera postać utraty, zmniejszenia lub niepowiększenia aktywów albo powstania bądź zwiększenia pasywów. Szkodą jest zatem interes poszkodowanego w przywróceniu zachwianego tym zdarzeniem stanu dóbr.

W judykaturze przyjmuje się, że szkodą jest uszczerbek majątkowy, czyli zmniejszenie się majątku wskutek określonego zdarzenia, z pominięciem tych, które zależą od woli doznającego uszczerbku, wszelkie uszczerbki w dobrach lub interesach prawnie chronionych, których poszkodowany doznał wbrew swej woli (Z. Radwański); każdy uszczerbek w dobrach prawnie chronionych, z którym ustawa wiąże powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej (Z. Banaszyk) – Komentarz do art. 361 k.c., Agnieszka Rzetecka – Gil, teza 56, e-LEX.

Zakres szkody wyznacza z kolei art. 361 § 2 k.c., zgodnie z którym, naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł (damnum emergens), oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono (lucrum cessans).

W wyroku z dnia 12 lutego 2016 r. (II CSK 172/15) Sąd Najwyższy podkreślił, że „Zakresem szkody wynikającym z art. 361 § 1 k.c. nie jest objęta szkoda przyszła. W doktrynie słusznie się zauważa, że pojęciem szkody przyszłej należy określać te uszczerbki, których w chwili wyrokowania poszkodowany jeszcze nie doznał. Nie są one objęte

obowiązkiem odszkodowawczym, gdyż obowiązek naprawienia szkody nie jest związany ze stanem zagrożenia, ale dopiero z zaistnieniem szkody.”. Szkada przyszła może mieć przy tym postać przyszłych, nieponiesionych jeszcze wydatków (damnum futurum) lub niezyskanych jeszcze korzyści (lucrum spetarum).

W orzecznictwie w zakresie szkody przyszłej prezentowany jest jednolity pogląd, że nie podlega on naprawieniu wykraczając poza zakres określony art. 361 § 2 k.c.

Przykładowo, w wyroku z dnia 28 lipca 2016 r. Sąd Apelacyjny w Gdańsku (V ACa 868/15) orzekł, że „Szkodą majątkową nie jest sam w sobie fakt obciążenia podmiotu jakimkolwiek obowiązkiem finansowym, dopóki obowiązek ten nie zostanie spełniony wobec żądającego, tzn. nie umniejszy aktywów świadczącego. Oznacza to, że sam fakt istnienia po stronie powodowej długu, bez zaistnienia faktu jego zapłaty i uszczuplenia jej aktywów, nie jest, w rozumieniu art. 361 § 2 k.c., szkodą, za którą zobowiązany jest ponieść odpowiedzialność odszkodowawczą podmiot, z którego winy powstał dług.”.

Z kolei w wyroku z dnia 12 stycznia 2017 r. Sąd Apelacyjny w Krakowie (I ACa 1123/16) stwierdził, że „ Szkada majątkowa w postaci straty (damnum emergens) obejmuje zarówno zmniejszenie się aktywów, jak i zwiększenie się pasywów. Do przyjęcia indemnizacji szkody w postaci pasywów, konieczne jest stwierdzenie, że w chwili orzekania są one pewne (tak co do zasady, jak i wysokości), a nadto wymagalne.”

Podzielając powyższe poglądy Sądu Najwyższego i sądów powszechnych, Sąd rozpoznający niniejszą sprawę doszedł do wniosku, że powodowie domagając się zasądzenia od pozwanego solidarnie kwoty 10.870,44 zł dochodzą również szkody przyszłej. Powodowie, co oczywiste, nie ponieśli kosztów leczenia w tej wysokości. Wyliczenie to, jak słusznie zauważył pozwany, oparte jest jedynie na hipotetycznym założeniu, że powodowie będą żyli określoną liczbę lat, opartą na szacowaniach powoda i nie jest w żadnym razie pewne, że w przyszłości powodowie poniosą takie, a nie inne jeszcze koszty. Natomiast koszty usług medycznych faktycznie zrealizowanych po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej z winy pozwanego zostały zwrócone powodom przez pozwanego zgodnie z przedstawionymi fakturami.

Dodać tu należy, iż powodowie domagając się od pozwanego kwoty 10.870,44 zł tytułem różnicy pomiędzy kosztami w pakietach ubezpieczenia medycznego (...) oraz zawartych przez powodów z L. (...) Sp. z o.o. umów – Plan (...) Jodła winni byli wykazać, iż poniesiony przez nich wyższy koszt rocznej opłaty ryczałtowej za gotowość do wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z umowami zawartymi z L. (...) Sp. z o.o. był normalnym następstwem nienależytego wykonania przez pozwanego zobowiązania tj. zrealizowania z opóźnieniem zlecenia przelewu, na skutek którego wygasła ochrona ubezpieczeniowa, którą powodowie byli objęci w ramach (...). Podkreślenia wymaga, iż ochrona ubezpieczeniowa w ramach (...) wygasła w 2013r., zaś umowy z L. (...) Sp. z o.o. powodowie zawarli w dniu 22 stycznia 2016r., a zatem po upływie ponad 2 lat. Wskazać należy, iż, jak słusznie zauważył pozwany, brak jest jakiegokolwiek gwarancji, że pierwotny pakiet medyczny powodów zostałby utrzymany w tym samym kształcie przez ten okres, i że trwałyby on do chwili obecnej. Powodowie nadto nie wykazali, by podejmowali próby zawarcia umów ubezpieczenia medycznego, których koszt byłby niższy niż tych zawartych z L. (...) Sp. z o.o. (...) wykazali również, aby na skutek nieterminowej realizacji przelewu przez pozwanego ponieśli faktyczną szkodę w większej wysokości, niż kwota w łącznej wysokości 640 zł tytułem kosztów świadczeń medycznych, które zostały wykonane po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z (...). Kwota ta natomiast, co było w sprawie bezsporne, została przez pozwanego uiszczona na rzecz powodów w dniu 27 lutego 2014r., a zatem przed wytoczeniem niniejszego powództwa.

Mając to wszystko na względzie, Sąd oddalił powództwo, o czym orzekł w punkcie I wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie II wyroku na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, biorąc pod uwagę, że powodowie przegrali proces w całości. Mając zatem na względzie powyższe Sąd obciążył powodów kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego, zasądając od powodów solidarnie na jego rzecz kwotę 4817 zł, na którą złożyły się: wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego – adwokata w stawce minimalnej w wysokości 4800 zł, ustalonej zgodnie z § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości

z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r., poz. 1800) w brzmieniu obowiązującym do dnia 26 października 2016r. oraz 17 zł z tytułu opłaty skarbowej od dokumentu pełnomocnictwa.

Sąd przejął nieuiszczoną opłatę od pozwu na rachunek Skarbu Państwa stosownie do art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jedn. Dz.U. z 2010, Nr 90, poz. 594) w zw. z art. 102 k.p.c. – o czym orzekł jak w punkcie III wyroku.

SSR Izabela Brudnicka

ZARZĄDZENIE

odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć powodowi H. D. (również jako pełnomocnikowi powódki J. D.).

SSR Izabela Brudnicka