

РЕШЕНИЕ

№ 1422

гр. София, 13.12.2022 г.

В ИМЕТО НА НАРОДА

СОФИЙСКИ ГРАДСКИ СЪД, ТО VI-6, в публично заседание на осемнадесети октомври през две хиляди двадесет и втора година в следния състав:

Председател: Елена Радева

при участието на секретаря Габриела М. Влагова Боботилова като разгледа докладваното от Елена Радева Търговско дело № 20211100902669 по описа за 2021 година

за да се произнесе, взе предвид следното:

Претенция с правно основание чл.229 КЗ(отм.) вр. с [§ 22 от ПЗР на КЗ.](#)

В исковата си молба ищецът В.М.А. (ВМА), твърди, че има качество на лечебно заведение, в което има Спешно отделение.

Твърди, че е сключил застрахователен договор с ответника ЗАД „А.“ АД, ЕИК ****, обективиран в застрахователна полица №14 1306 0000450165 с предмет на застраховката „Професионална отговорност на застрахования в качеството му на медицински персонал“, по силата на който ищецът е застраховател професионалната отговорност на медицинските служители, наречени в полицата „застрахован“ и „медицински персонал“. Твърди, че медицинският персонал включва 1 536 медицински работници, включително и д-р П.Т.Д.-хирург, назначен по трудов договор и работил в ищцовото лечебно заведение от 2006г. до 2019г. Твърди, че срокът на действие на договора за застраховка е от 00,00 часа на 01.10.2014г. до 24,00 часа на 30.09.2015г.

Ищецът твърди, че на 30.11.2014г. в клиника „Коремна хирургия“-сектор А, в МБАЛ – София- ВМА, постъпва пациентът А.В.П. по повод чревна непроходимост. Д-р П.Д. извършва преглед и назначава съответните медицински изследвания, но въпреки това на 30.04.2015г. пациентът П. е починал.

Ищецът твърди, че майката на пациента П., К.Г. П.а, завежда дело срещу него, на основание чл.49 вр. с чл.45 ЗЗД – гр.д.№ 4677/2018г. по описа на СГС, ГО, 1-22 състав, като претендира обезщетение за неимуществени вреди в размер на 100 000лв, ведно със законната лихва върху тази сума, начиная от

30.04.2015г. до окончателното и заплащане, като се претендира и адвокатско възнаграждение по чл.38, ал.2 ЗА в същото производство.

Ищецът твърди, че на основание чл.219 ГПК е поискал привличане като негов помагач на настоящия ответник. Това искане е уважено от съда и ответникът е получил качество на неглавна страна в производството, въз основа на определение от 10.09.2018г., постановено по гр.д.№4677/2018г.

Ищецът твърди, че претенцията е уважена от състава на СГС с решение от 01.07.2019г., което е потвърдено от състав на САС – решение №11879/17.08.2020г. по в.гр.д.№5295/2019г., като решението на въззивната инстанция не е допуснато до касация, което е видно от определение №60577/19.07.2021г. постановено по гр.д.№4061/2020г. по описа на ВКС, Г.ОВ, четвърто г.о..

Ищецът твърди, че в хода на развитото се производство ответникът не е оспорил своята отговорност като застраховател, обжалвал е постановените съдебни актове, като не е отричал наличие на задължение, произтичащо от застрахователната полица и не е заявявал, че няма интерес от това да подпомага лечебното заведение.

Ищецът твърди, че след стабилизиране на осъдителното решение е постъпило писмо от ищцата П.а, получено от него на 26.08.2021г. за плащане, в резултат на което ищецът е заплатил сумата от 164 549,46лв., представляваща обезщетението от 100 000лв. и лихвите за забава. Плащането е извършено на 07.09.2021г.

Въз основа горното, на адвоката на ищцата С.Р.М., на основание чл.38 ЗА, е изплатена сумата от 9 707,50лв., за представителство пред трите съдебни инстанции, което плащане е извършено на 03.09.2021г.

Ищецът твърди, че е заплатил държавна такса по сметка на СГС в размер на 4 000лв., на 27.08.2021г.

Ищецът твърди, че тъй като ответникът се явява застраховател на причинилия деликта д-р П.Д., както и поради извършено плащане от негова страна на претендираното обезщетение е отправил искане до ответника за заплащане на присъдените суми.

Твърди, че с писмо рег.№7366/23.08.2021г. ответникът е отказал да извърши плащане, като е оспорил да е налице основание за ангажиране на неговата отговорност като застраховател. Твърди, че възраженията на ответника са свързани с твърдението му, че застраховани лица са само медицинските специалисти, а ищцата П.а е осъдила лечебното заведение, поради което не дължи плащане на застрахователното обезщетение. Твърди, че тези възражения са направени за първи път от ответника, без подобни такива да са били въвеждани в развитото се производство пред трите инстанции по прецедентираното дело.

Ищецът твърди, че спорът има регламентация в КЗ и тъй като процесната застраховка е имала действие до 30.09.2015г., преди влизане в сила на КЗ от 2016г., на основание параграф 22 от ПЗР КЗ, приложима е част Четвърта от отменения КЗ. Съгласно чл.229 КЗ(отм.) застрахованият има

право да получи застрахователно обезщетение, ако е удовлетворил увреденото лице.

Твърди, че константната съдебна практика приема, че договорът за застраховка на професионалната отговорност на медицинския персонал е договор, с който е застрахованата личната (персонална) отговорност на медиците при упражняване на дейността им, както и на лечебното заведение, тъй като последното осъществява своята функция на лечебно заведение именно посредством медицинския персонал, който работи в него. Цитира съдебна практика и базирайки се на нея моли съда, след като съобрази изложеното, да постанови решение с което уважи искането и осъди ответника да му заплати съдебно заявеното вземане, ведно със законната лихва от датата на постъпване на исковата молба. Претендира разносните по делото.

В срока за отговор на исковата молба ответникът ЗАД „А.“ АД депозира такъв, с който оспорва основание и размер на иска.

Въвежда и възражение за недопустимост на претенцията в следния смисъл- ищецът е застраховател, а не застраховано лице, тъй като това качество имат физическите лица, посочени в списък, приложен към застрахователната полица и са обхванати от понятието „медицински персонал“. Тъй като се касае за задължителна застраховка, която има своята нормативна база, изразяваща се в това, че лечебните заведения са длъжни да застраховат за своя сметка отговорността на медицинския персонал, на когото са възложили работа. Поради това застраховани по договора са именно тези лица и застрахователят, съобразно ограниченията в покритията по ОУ осигурява покритие за рискове, свързани с вреди, причинени на трети лица, в резултат на виновни и противправни действия на медицинския персонал. Ето защо застраховката покрива отговорността на преките причинители по смисъла на чл.45 ЗЗД, но не и гаранционна-обезпечителната отговорност на техния работодател по смисъла на чл.49 ЗЗД. Последната се покрива от друг вид застраховка- „Гражданска отговорност на юридическото лице“ – която е доброволна, каквато застраховка в случая между страните не е сключена.

Поради изложеното ответникът твърди, че ищецът не разполага с процесуална легитимация да води делото, както и че за ищеца липсва интерес от провеждане на това производство, което води до извод, че претенцията е недопустима. Твърди, с оглед проведеното производство по гр.д. №4677/2018г. по описа на СГС и извършеното плащане от ищеца, за него съществува друг път за защита, а именно да проведе иск по чл.54 ЗЗД срещу деликвентите, които са били негови служители и една след провеждане на такова производство за ответника би съществувал риск и евентуално задължение за плащане на застрахователно обезщетение, ако са налице условията за това.

Възраженията по основателността на претенцията, които ответникът въвежда са следните:

Твърди, че медицинският персонал не е реализирал виновно поведение, от което да се произтекли обезщетените неимуществени вреди, претърпени от К.П., оспорвайки причинно-следствената връзка между действия/бездействия

на медицинския персонал и претърпените неимуществени вреди, както и последните като факт от действителността.

Оспорва следните твърдения на ищеца: че д-р П.Т.Д. е бил в трудови правоотношения с ищеца за периода от 2006-2019г.; че д-р П.Т.Д. е включен с списъка на застрахованите 1 563лица медицински персонал по процесната застрахователна полица; че е осъществен деликт от д-р П.Т.Д., позовавайки се на мотивите на постановеното решение по гр.д.№4677/2018г. по описа на СГС, като твърди, че съдът е приел, че установените от съда причина за смъртта на пациента П. е наличие на вътрешноболнична инфекция, несвоевременност при медикаментозното лечение и нехуманно отношение при предаване на тленните останки на пациента, като нито една от тези причини не е свързана с противоправни действия/ бездействия на д-р Д.; никъде в обвързващите страните мотиви на съда не е посочено, че д-р Д. е осъществил непозволено увреждане; посочените в мотивите причини не релевират лекарски грешки или медицински деликт, осъществен от медицинския персонал на ВМА, а релевират неадекватни и незаконосъобразни действия на административния персонал на лечебното заведение, чиито членове нямат качество на застраховани лица по процесната застраховка.

Оспорва елементите от състава на чл.45 ЗЗД касателно д-р Д., а именно: наличие на вина у последния; наличие на негово противоправно деяние в периода на лечение на пациента П.; наличие на причинна връзка между смъртта на пациента и поведението на д-р Д. в периода на лечение на пациента П..

В контекст на твърдението на ищеца, че д-р Д. е бил в трудовоправни отношения (ТПО) с ищеца въвежда и следните възражения: твърди, че ако е настъпил деликт, по време на действие на трудовия договор на д-р Д. с ищеца, то вредите са резултат от нормален производствено-стопански риск, поради което д-р Д. не отговаря спрямо своя работодател, като твърди, че вътрешноболничната инфекция е пряката причина за смъртта на пациента; прави възражение за наличие на ограничена имуществена отговорност на д-р Д., до размера на уговореното месечно трудово възнаграждение, поради което прави възражение за редукция на претендираното застрахователно обезщетение до този размер; възразява, че имуществената отговорност на д-р Д. е ограничена до трикратния месечен размер на трудовото му възнаграждение прави възражение з този смисъл да се редуцира размера на застрахователното обезщетение; на основание чл.210, ал.3 КТ възразява, позовавайки се на изтекла погасителна давност спрямо вземането на ищеца спрямо д-р Д., произтичащо от отговорност на последния по чл.203 КТ.

Ответникът оспорва материалната легитимация на ищец, позовавайки се на твърдението си, че ВМА няма качество на застраховано лице, по съображения изложено по- горе; ищецът няма и качество на трето увредено лице, тъй като такова може да бъде само физическо лице- пациент.

Твърди и че е налице хипотеза на изключен риск по смисъла на т.10 раздел II от Общите условия на застрахователя.

Другото възражение на ответника е относно това, че не е налице хипотеза на покрит риск и това е така, тъй като не са налице предпоставките за ангажиране на отговорността на застрахователя, защото: застрахованият д-р Д. не е бил законово задължен за заплати обезщетение за смъртта на пациента П., ищецът е бил задължен да плати, съобразно съдебните решения; застрахованият д-р Д. не е реализирал виновно неизпълнение на професионалните си задължения и смъртта на пациента П. е резултат от посочените от съда причини, които не са свързани с виновни действия/бездействия на д-р Д.; ищецът няма качество на пациент, респ. трето увредено лице и не е легитимиран да дири застрахователно обезщетение.

Другото възражение на ответника е, че събитието е настъпило извън периода на застрахователно покритие съгласно договора за застраховка, тъй като то изисква едновременно настъпване на вредоносното събитие(смъртта на пациента) и депозиране на претенцията за заплащане на застрахователно обезщетение в рамките на периода на покритието, което в настоящия случай не е налице, тъй като застрахователят е уведомен за събитието едва в рамките на производството по гр.д.№467782018г. по описа на СГС, което е след три години от крайната дата на покритието, а това води до извод, че ответникът не може да отговаря и ответник по настоящия иск следва да е застрахователят, осигуряващ покритието през 2018г.

При условие на евентуалност, ако съдът приеме за основателна претенцията, прави възражение за намаляване на застрахователното обезщетение, поради следните причини, а именно - наличие на принос за настъпване на смъртта на пациента П. от незастраховани по полицата лица, (редукцията е в размер на 90% от претендираната сума), който принос се изразява следното: неизпълнение на задължения, произтичащи от Наредба №3/08.02013г. за утвърждаване на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции от страна на ръководството и администрацията на ищеца; ръководството и администрацията на ВМА има съществен принос при неизпълнение на задълженията за осигуряване на своєвременност, достатъчност и качество на медицинската помощ по чл.81, ал.2, т.1 ЗЗ, които са довели до смъртта на пациента П., като отговорността произтича от чл.63 ЗЛЗ.

Прави възражение за изтекла погасителна давност на вземането, с оглед изтичане на петгодишния срок от настъпване на застрахователното събитие.

Оспорва размера на претенцията, както главната, така и претенцията за лихви и разноски.

Прави възражение, че отговорността на застрахователя е лимитираната до 100 000лв.

В допълнителната искова молба ищецът ВМА поддържа заявената теза за дължимост на претендираното вземане и навежда доводи относно това какво представлява правната легитимация. Заявява наличие на правен интерес от провеждане на претенцията.

Твърди, че възраженията на ответника относно това дали д-р Д. е бил в ТПО с него; относно това че е включен с списъка на застраховани лица и дали

е осъществил деликт са преклудирани с оглед влязлото в сила решение по гр.д.№4677/2018г. по описа на СГС.

Отново навежда твърдения, че в качеството си на лечебно заведение извършва дейността си чрез медицински специалисти, поради което действията на последните в съвкупността им, представляват осъществяваната от лечебното заведение дейност, поради което застраховката разпрости действие и спрямо него.

Позовава се на смисъла, целта и духа на Наредба за задължителното застраховане на лице, упражняващи медицинска професия (ДВ, бр.80/2018г.), с оглед възраженията на ответника, че ВМА няма качество на застраховано лице по договора за застраховка.

Оспорва и останалите възражения на ответника и въвежда възражение за нищожност на клауза от раздел първи, т.1, ал.2 от ОУ на застрахователя, която изисква заявяване на писмена претенция пред застрахователя за всяко застрахователно събитие в рамките на действието на договора за застраховка.

В допълнителния отговор на допълнителната искова молба ответникът също заявява, че поддържа всички направени възражения в първоначалния отговор на исковата молба.

Страните са направили своите доказателствени искания.

Съдът, преценявайки събраните по делото доказателства, поотделно и в съвкупността им, намери за установено следното:

От фактическа страна.

По делото между страните не е налице спор относно следните обстоятелства, а те се установяват и от представените писмени доказателства, а именно:

На 23.09.2014г. е сключен договор за застраховка на професионалната отговорност на застрахования в качеството му на медицински персонал, обективиран в застрахователна полица № 14 1306 0000450165, издадена на посочената дата, по силата на който застраховани лица са 1 563 лица, които са медицински персонал по представен списък, като качество на застраховащ има настоящият ищец по делото – В.М.А., ЕИК ****, а качество на застраховател има настоящият ответник – Застрахователно акционерно дружество „А.“ АД, ЕИК ****.

Предмет на застраховката е професионалната отговорност на застрахования, в качеството му на медицински персонал, като страните са уговорили, че покритите рискове по полицата са съобразно общите условия на застрахователя (ОУ) за професионалната отговорност- медицински персонал и съгласно изискваните условия на застрахования се покриват събития, настъпили в срока на застраховката и претенции, предявени след датата на подписване и влизане в сила на застрахователния договор.

Съобразно представените по делото ОУ на застрахователя, за които страните не спорят, че са действащите към момента на сключване на договор за застраховка, приети от застраховащия, видно от изразеното от негова страна съгласие, обективирано в полицата, предмет на застраховката е

професионалната отговорност на посочените в списъка лица, по отношение на сумите, които застрахованият бъде законово задължен да заплати като обезщетение за телесно увреждане (вкл. трайна загуба на работоспособност) или смърт, причинена на пациенти, вследствие на виновно неизпълнение на професионални задължения като небрежност, грешки, пропуски, при професионално обслужване, което е предоставено или би трябвало да бъде предоставено от страна на застрахования и/или негови служители със съответната квалификация. Прието, че вредите се установяват на основата на претенции, предявени за пръв път писмено през периода на застраховката, при условие, че събитията, на чиято основа са предявените претенции, са възникнали на територията на Република България след началната дата на застраховката или след вписването в полицата ретроактивна дата (ако такава е уговорена).

В раздел II на ОУ са посочени кои са изключенията, които не попадат в предмета на полицата.

С постигнатото съгласие страните са приели, че срокът на действие на застраховката е от 00:00 на 01.10.2014г. до 24:00 на 30.09.2015г., в съгласие с разпоредбата на т.4 от раздел III от ОУ.

Уговорена е ретроактивна дата – 18.01.2010г., а предвидените с договора лимити на застрахователното обезщетение са следните: сумата от 100 000лв., при едно събитие (единичен лимит) и сумата от 250 000лв. – за всички събития през срока на действие на застрахователната полица (агрегатен лимит).

Съобразно т.1 от раздел V от ОУ единичен лимит представлява: 1.) максималният размер на сбора от сумите, които застрахователят следва да заплати като обезщетение и разноски по всички покрити по настоящата застраховка претенции, които са породени от едно застрахователно събитие; 2.) поредица от претенции, основани на една и съща специфична причина, довело да телесно увреждане на повече от един пациент, поради което се счита за едно застрахователно събитие, като за дата на събитието се счита датата на предявяване на първата претенция срещу застрахователя, в писмен вид и 3.) една претенция, насочена към повече от един застрахован по една полица, се счита за една претенция.

Съобразно т.2 от раздел V от ОУ агрегатен лимит представлява максималния брой на всички обезщетения, платими по претенции и разноските по тях, предявени в периода на застраховката.

Уговорената от страните по договора застрахователна премия, на основание раздел VI от ОУ, е в размер на 35 904лв., платима еднократно.

Уговореното самоучастие е в размер на 300лв. от всяка щета.

Правата и задълженията на страните по застрахователния договор са регламентирани в раздел VII от ОУ, а съгласно раздел VIII от тях (т.1) дължимото застрахователно обезщетение се определя на база на одобреното от застрахователя извънсъдебно споразумение между застрахования и увреденото лице или ако споразумение не бъде постигнато, на база одобреното от застрахователя, влязло в сила съдебно решение, при което се

обезщетяват и разноските на застрахования по съдебното производство, като е прието, че отговорността на застрахователя е за иски суми и разноски по тях, освен тези, които попадат в рамките на договореното безусловно самоучастие на застрахования, ако сумите и разноските по тях сумарно не надвишават размера на договореното, безусловно самоучастие, при което застрахованият има задължение да уведоми застраховател.

Предвидена е възможност претенция за обезщетение да бъде насочена директно към застрахователя, от увреденото лице.

По делото е установено по категоричен начин, че е проведено производство по гр.д.№4677/2018г. по описа на СГС, ГО, по предявена осъдителна претенция по чл.49 вр. с чл.45 ЗЗД и чл.86 ЗЗД, от К.Г. П.а, срещу В.М.А., ЕИК ****. Проведеното производство пред СГС е приключило пред тази инстанция с постановено решение №4859/01.07.2019г., с което съставът на СГС осъжда ВМА да заплати на ищцата, на основание чл.49 вр. с чл.45 ЗЗД обезщетение за претърпени неимуществени вреди в резултат на смъртта на сина на ищцата, А. П., ведно със законната лихва от 30.04.2015г. (датата на смъртта) до окончателното изплащане на сумата, както и разноските по делото в размер на 3 530лв., на основание чл.38 ЗА на адв. С.М..

В производството пред СГС настоящият ответник ЗАД“А.“ АД е имал качество на помагач на ответника ВМА.

Решението на СГС е потвърдено с решение №11879/17.08.2020г., по реда на инстанционния контрол, постановено по гр.д.№5295/2019г. по описа на САС, което решение не е допуснато до касация, ведно от определение №60577/19.07.2021г., постановено по гр.д.№4061/2020г. по описа на ВКС, Г.К., четвърто г.о.

В постановените от първата и въззивната инстанция решения е прието, че смъртта на сина на ищцата, настъпила на 30.04.2015г., е в пряка причинно-следствена връзка с осъществени от „служители на болницата“ (СГС) действия и бездействия, на които последната е възложила изпълнение на определена работа, свързана с осъществяване на лечебния процес, при спазване на необходимите медицински стандарти и добра медицинска практика- а именно всеки пациент да получи адекватно на състоянието му лечение. Прието, че лекарска грешка, възприета като професионална неправилно действие или бездействие или съвкупност от такива, осъществена от лекар, извършена при оптимално създадени условия на работа, в резултат на незнание или недооценка на обстоятелствата и/или състоянието на пациента, при която са настъпили неблагоприятни последици за здравето и живота му, които са могли да бъдат предотвратени.

Въз основа на събраните по делото доказателства съставът на СГС е достигнал до извод, че при постъпване в болницата А. П. не е бил с наличие на бактериална инфекция и изследвайки въпроса какво и кой и причинил тази инфекция, основавайки се на нормите на Наредба №3/08.05.2013г. за утвърждаване на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции (такива, които са придобити от пациент във връзка с медицинско обслужване по повод друго заболяване), е приел, че е

нарушен медицинския стандарт на ответника, свързан с превенцията на вътреболничните инфекции, като е приел, че съвкупността от действия/ бездействия на лекарския екип на настоящия ищец, е причинил вредоносния резултат, а именно смъртта на пациента А. П..

В тази насока са и мотивите на въззивната инстанция, която изрично посочва, че наличието на ешерихия коли и стафилококус ауреус са установени непосредствено след изписване на пациента от ВМА на 23.12.2014г. и те се явяват типични вътреболнични инфекции, като е прието, въз основа на заключенията на вещите лица, че това обстоятелство **е било подценено от лекуващите лекари във ВМА**, което подценяване, **респ. недооценяване на ситуацията** е довело до грешната преценка след операцията пациентът да бъде настанен в нормална реанимация, тъй като това поражда опасност от внасяне на вътреболнична инфекция, като правилният подход е налагал пациентът да бъде настанен в септична реанимация. Изводът на вещите лица е, чието заключение е възприето от съда и изложено в мотивите, че основната (но не единствена) причина за смъртта на пациента П. е сепсисът.

Въз основа на това съставът на САС е приел, че са нарушени изискванията на Наредба №3/2013г. за утвърждаване на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции и в резултат на това бездействие пациентът П. е бил заразен с ешерихия коли и стафилококус ауреус, след операцията на 05.12.2014г., което пък от своя страна е довело да последващи усложнения, до невъзможност инфекцията да бъде овладяна медикаментозно и до необходимост от последващи оперативни интервенции.

Другото противоправно поведение на лекарския екип е бездействие, довело до инфектиране на раните и др., които форми на деяние, са обосновали извод и второто противоправно поведение на настоящия ищец- **нарушаване на стандарта за своевременност**, като категорично е отречено евентуално съпричиняване от страна на пациента, изразяващо се в установеното му генетично заболяване, което по виждане на състава на САС е изисквало от лекуващите го спазване на **стандартите за качество, своевременност и достатъчност**, въведени с нормата на чл.81, ал.2, т.1 от Закон за здравето (ЗЗ). Ето защо е приел за установена причинната връзка между противоправното поведение на лекари от ВМА с настъпилия вредоносен резултат и поради това САС е потвърдил акта на СГС.

Актът на въззивната инстанция не е допуснат до касация, ведно от определение №60577/19.07.2021г., постановено по гр.д.№ 4061/2020г. по описа на ВКС, Г.К., четвърто г.о.

По делото не е налице спор и относно това, че на 03.08.2021г. настоящия ищец е отправил писмено искане до настоящия ответник, в което описвайки развитието на спора по гр.д.№4677/2018г. и постановените съдебни актове на СГС, на САС и ВКС, като акцентира на участието на застрахователя в този процес, като негов помагач, претендира заплащане на присъдените суми на посочените лица, като не се спори, че на това писмо е достигнало до застрахователя на 04.08.2021г.

Тези обстоятелства са установени с влезлите в сила решения, посочени по-горе, поради което спрямо настоящите страни, имащи това качество и в иския процес по чл.49 вр. с чл.45 ЗЗД, има СПН, а поради обстоятелството, че страните в това производство са имали качество на ответник и негов помагач има и обвързваща сила на мотивите, съобразно нормата на чл.223, ал.2 ГПК.

По делото страните не спорят относно това, че въз основа на така постановените съдебни актове, ищецът е извършил плащане на банков път на определената от съда обезвреда на майката на починалия пациент А. П., К.П., която е предявила претенциите за заплащане на обезщетението, въз основа на изп.лист от 04.08.2021г., издаден от СГС, ГО, 1-22 състав по гр.д.№ 4677/2018г., за сумата от 100 000лв., ведно със законната лихва върху тази сума от 30.04.2015г. От представеното платежно нареждане от 07.09.2021г., чиято вярност, не е оспорена в процеса, се установява, че на посочената дата ВМА е извършила плащане на К.П. на сумата от 164 549,46лв., както и на сумата от 27,78лв., с посочено основание- „обезщетение ИЛ“ и „лихви“, чрез посочване на гражданското дело.

Не се спори, че ВМА е извършила плащане и на адвокатското възнаграждение на процесуалния представител на К.П., на основание чл.38 ЗА и постановените осъдителни диспозитиви от съдилищата.

На 19.08.2021г. ответникът ЗАД „А.“ АД изпраща отговор на ВМА, постъпил при ищеца на 23.08.2021г., с което обосновава да са налице наличие на основания да извърши плащане на лицата, в чиято полза съдът е присъдил обезщетение, тъй като осъденото лице, съгласно тези актове е болница; другото основание да се извърши плащане е установеното в хода на съдебното производство, че причина за смъртта на пациента е установената вътреболнична инфекция, явяваща се основна причина за вредоносния резултат, а тя не е причинена от противоправни действия/ бездействия на медицинския персонал. Твърди, че липса на застраховка, която да покрива обезпечителната отговорност на лечебното заведение, поради което не са налице предпоставки за заплащане на застрахователно обезщетение.

По делото е представен заверен препис от трудово досие на д-р П.Д., включващо периода от възникване на трудовото правоотношение на това лице с ищеца до неговото прекратяване.

По делото ответникът оспорва към застрахователното досие да е наличен списък на лицата, чиято професионална отговорност е застрахована при него, независимо от това, че такъв списък изрично е упоменат в застрахователната полица, като нейна неразделна част, поради което съдът приема, че такъв списък съществува. Нещо повече, за да постанови решение, с което осъди настоящият ищец да заплати обезвреда на посоченото основание на майката на починалия пациент, гражданският съд е безспорно установил, че вредите, причинили неимуществените вреди на ищцата, **с причинени от лица, които ВМА е натоварила да осъществяват функции по лечение на пациента.** Това води до несъмнен извод, че настоящият ответник е с преклудирани възможности да оспорва наличието на

предпоставките по чл.49 ЗЗД за ангажиране имуществената гаранционно-обезпечителна отговорност на болницата в това производство.

При така установеното от фактическа страна съдът достига до следните изводи:

Настоящият състав на съда е посочил, че приложимият материален закон е разпоредбата на чл.229 КЗ (отм.) вр. с параграф 22 от ПЗР на КЗ.

Посочената от съда правна квалификация на предявената претенция предполага установяване на елементите от фактическия състав (ФС) на осъдителния иск.

Съгласно цитираната разпоредба застрахованият има право да получи застрахователно обезщетение, ако е удовлетворил увреденото лице.

Съгласно [§ 22 от ПЗР на КЗ](#), в сила от 01.01.2016 г., застрахователните договори, сключени преди влизане в сила на този кодекс се прилага част IV от отменения [КЗ](#), освен ако страните договорят друго след влизането в сила на [КЗ](#) / обн. бр. 102 от 29.12.2015 г. в сила от 01.01.2016 г. /. Тъй като застрахователният договор, от отговорността на застрахования по който е функционално обусловена отговорността на застрахователното дружество, е сключен при действието на [КЗ \(отм.\)](#), съдът е обосновал приложимост на Част IV от същия, не и [КЗ](#) в сила от 01.01.2016 г. Поради това, че застрахователният договор е сключин преди влизане в сила на КЗ и при действието на КЗ (отм.), то приложимост намира Част IV от същия, независимо, че извършеното плащане от настоящия ищец е след влизане на КЗ, тъй като по делото не е твърдяно и не е установено страните да са договорили нещо друго.

За да се уважи предявената претенция следва да се установи при условията на пълно и главно доказване предпоставките на иска, а именно: наличие на имуществена застраховка, представляваща професионална отговорност, подвид на застраховката „Гражданска отговорност“; елементите от състава на чл.49 вр. с чл.45 ЗЗД, като деликтът да е осъществен по време на действие на застрахователния договор от лицата, чиято професионална отговорност е предмет на застраховката; плащане на обезщетението на увреденото лице.

В настоящия случай спорът е съсредоточен върху това налице ли е основание за ангажиране на отговорността на ответника, на договорно основание- преждепосочената застрахователна полица – да заплати на ищеца претендираното застрахователно обезщетение.

За да оспори наличие на основания за заплащане на претендираната сума, представляваща обезщетение съгласно сключения договор за професионална отговорност на лекари и медицински персонал, представляваща подвид на договора за гражданска отговорност, представляваща вид имуществена отговорност, ответникът - застраховател въвежда следните възражения:

Ответникът е оспорил допустимостта на предявения иск, като е въвел теза, че за ищеца не е налице интерес от предявяване на иска по чл.229

КЗ(отм.), то такъв интерес би бил налице, ако болницата е предявила регресни претенции, след извършеното от нея плащане, срещу преките причинители на вредата, които се явяват нейни служители и едва след ангажиране на отговорността им, би имала интерес от предявяване на иска срещу застрахователя.

Подобна теза не намира основание за закона и това е така, тъй като наличието на правен интерес от предявяване на настоящата претенция не е обусловено от предходно насочване на иск от вида на регресните, за да се явява предпоставка, със съществуване на която се обосновава правен интерес от предявяване на иска по чл.229 КЗ (отм.). Както последователно се приема в съдебната практика въпросът относно наличие на интерес е винаги конкретни и той се извежда от твърденията на ищеца в исковата молба, като може да бъде идентифициран от самата страна или от съда, при липса на идентификация от страната.

Въз основа на въведените от ищеца твърдения в исковата молба може да бъде обоснован правен интерес от предявената осъдителна претенция, поради което правопрекратителното възражение на ответника за липса на такъв се явява неоснователно и поради това настоящият състав на съда не намира основание да го уважи и да прекрати производството.

Възраженията по основателността на предявения иск са следните:

Теза на ответника е, че ищецът им качество на застраховащ, а не застрахован, поради което не е активно легитимиран да дири заплащане на уговореното застрахователно обезщетение, тъй като по силата на постигнатото съгласие, страните са приели, че е застрахована професионалната отговорност на лицата, съобразно списъка, представен от застраховащия – ВМА – който включва лекари и медицински персонал, макар и останали неидентифицирани в това производство.

Възражението, което е свързано с оспорване на активната материална легитимация на ищеца в този процес, налага отговор на въпроса дали лечебното заведение, ищец в това производство, може да дири обезщетение, само поради това, че в полицата е обозначено, не като застраховано лице, а като застраховащ. Както е посочено по-горе възражението се гради на тезата, че застраховани са само лицата, които са лекари и са медицински персонал в болницата, поради което ищецът не може да има претенции за обезвреда, на база застрахователната полица.

По виждане на състава това възражение се явява неоснователно и това така, тъй като се приема в съдебната практика, че ищецът- лечебно заведение е сключил застрахователен договор с ответника в изпълнение на задължението, което му вменява нормата на чл.189 Закона за здравето и този договор покрива отговорността на лечебното заведение по чл.49 ЗЗД.

Както е застъпено с постановеното по реда на чл.290 и сл. ГПК решение №83/22.06.2022г., постановено по гр.д.№4539/2021г. на ВКС, Г.К., първо г.о., с който е допуснато касационно обжалване по въпроса дали застрахователният договор, сключен от лечебното заведение в изпълнение на задължението му по чл.189 Закона за здравето, покрива ли и отговорността му

по [чл. 49 ЗЗД](#), съставът на ВКС дава положителен отговор на този въпрос. Обосновава изложената теза със следните мотиви: с договора за застраховка застрахователят се задължава да поеме определен риск срещу плащане на премия и при настъпване на застрахователно събитие да заплати застрахователно обезщетение или сума; застрахователят поема риска при настъпването на съответното вредоносно за застрахования събитие и заплаща съответното обезщетение при настъпването му, като рисковете, които се покриват от съответния договор, са ясно, недвусмислено и изчерпателно определени при неговото сключване (чл. 345, ал. 5, т. 1 КЗ); необходимост от наличие на застрахователен интерес за лицето, което сключва застрахователния договор, като, като е предвидено в някои случаи задължително застраховане, презумирайки при това наличието на застрахователния интерес; болницата като работодател, на основание чл. 49 ЗЗД носи гаранционно-обезпечителна отговорност и ще отговаря „само и доколкото е установено да е и било извършено увреждане от неин лекар или медицински служител. Както е прието в ППВС № 7 от 29.12.1958 г., отговорността по чл. 49 ЗЗД е за чужди противоправни действия и безвиновна; съгласно ППВС № 7 от 30.12.1959 г., отговорност за непозволено увреждане по чл. 45 ЗЗД носят само физическите лица, които са причинили вредата чрез свои виновни действия или бездействия, докато юридическите лица отговарят за непозволено увреждане на основание чл. 49 и чл. 50 ЗЗД (т. 1); отговорността а лицата, възложили. другиму извършването на някаква работа, за вредите, причинени при или по повод на тази работа, е за чужди противоправни и виновни действия или бездействия и нейният характер е с гаранционно-обезпечителна функция, която произтича от вината на натоварените с извършването на работата лица (т. 6), като обемът и границите на тази отговорност се предопределят от тези на прекия причинител на вредата, поради което отговорният по чл. 49 ЗЗД отговаря като размер на дължимата обезвреда, да не може да бъде осъден да заплати повече от онова, за което е осъден причинителят на вредите, нито може да бъде осъден да заплати на увредения за нещо различно от това, за което отговаря причинителят на вредата; увреденият може да иска заплащане на обезщетение както от прекия причинител на вредата, както и да насочи претенцията си директно срещу лицето, което е възложило на друго лице някаква работа, поради което отговаря за вредите, причинени от него при и по повод изпълнението на тази работа, като прекият причинител и възложителят на работата носят солидарна отговорност спрямо увредения; възможността увреденото лице, при наличието на солидарната пасивна отговорност на прекия причинител и възложителят му работата лица, да дири плащане на цялото задължение от всеки един от тях.

Въз основа на така очертания характер на отговорността на възложителя на работата касационната инстанция достига до извод: „...че сключеният договор за застраховка "Професионална отговорност" за вреди, причинени от посочените в застрахователния договор лекари и медицински служители покрива и отговорността на болницата, която увреденото лице претендира по реда на чл. 49 ЗЗД, макар по смисъла на чл. 189 ЗЗД лечебните заведения да са

длъжни да застраховат лицата, които упражняват медицинска професия в лечебното заведение - тези лица са застраховани за вредите, които могат да настъпят вследствие на виновно неизпълнение на професионалните им задължения, които именно обезпечава и гражданската отговорност на самото лечебно заведение по чл. 49 ЗЗД. Още повече като се има предвид, че увреденото лице има правото да получи обезщетение за претърпените вреди само от един от тези правни субекти, като при уважен по реда на чл. 49 ЗЗД възложителят на работата има право на регресен иск срещу прекия причинител. Исковете срещу възложителя и прекия причинител могат да бъдат предявени и при условията на евентуалност, доколкото е възможно да се установи, че вредите не са причинени при и по повод възложената на прекия причинител работа. Именно защото носи гражданска отговорност за същите застрахователни рискове само и единствено по силата на чл. 49 ЗЗД и чл. 50 ЗЗД, а не като последица от извършени от самото болнично заведение действия, различни от извършените от прекия причинител, болничното заведение също има правното положение на застрахован по сключения в изпълнение на задължението му по чл.189 Закона за здравето застрахователен договор“.

Въз основа на горното тълкуване, дадено от ВКС, че качеството на застраховащ на болницата, което в настоящия случай е приравнено на качество на застрахован, защото ищецът се явява работодател на преките причинители на вредата, поради което касационната инстанция приема, че предмет на застраховката е и неговата гаранционно- обезпечителна отговорност по смисъла на чл.49 ЗЗД, настоящият състав на съда намира за неоснователно възражението на ответника, че ищецът не разполага с активна материална легитимация да иска заплащане на уговорената застрахователно обезщетение.

Другото възражение на ответника е, че е налице изключението за ангажиране на неговата договорна имуществена отговорност, конкретно т.10 от ОУ, съобразно която, не е налице основание за плащане на застрахователно обезщетение, тогава, когато е налице претенция на застрахования от страна на негови свързани лице по смисъла на ТР и претенции от един към друг застрахован по една и съща полица.

Цитираната разпоредба съдържа две хипотези, от които първата се изразява с това да е налице претенция към застрахования от страна на негови свързани лица. Дефиницията и предметният обхват на понятието свързани лица по ТЗ се съдържа в § 1 от ДР на закона. Ответникът сочи като форма на свързаност хипотезата на ал.1,т.2 от ДР на ТЗ, а именно отношения на работодател и работник между ищеца и преките причинители на вредата, той заявява, че е налице основание да се откаже заплащане на претендираното обезщетение. Както се приема в съдебната практика тази хипотеза би била приложима тогава, когато е извършено плащане към прекия причинител, явяващ се застраховано лице, а в настоящия случай ищецът е извършил плащане към увреденото лице, на основание чл.49 ЗЗД, за да го обезщети за неблагоприятните последици, които са настъпили от действия/ бездействия на медицински персонал на болницата, поради което е не е налице основание да

се приеме това възражения за основателно, тъй като фактите по делото не се субсумират от цитираната от ответника норма от изключенията.

По възражението за ответника, че не е налице покрит риск, тъй като събитието не е настъпило във време на действие на застрахователния договор и това е така, тъй като не са настъпили едновременно вредоносното събитие (смъртта на пациента) и депозирание на претенции за обезвреда и за заплащане нннааа застрахователно обезщетение са извършени извън рамките на действие на застрахователния договор, поради което ответникът не е пасивно легитимиран да отговоря по иска, тъй като в процесния период застраховател на ищеца е друго лице.

На това възражение ищецът противопоставя възражение за нищожност на клаузата от ОУ, която задължава претенция за заплащане на застрахователно безщетение да бъде предявена само в срока на действие на полицата, тъй като противоречи на нормата на чл.186, ал.7 КЗ (отм.) Съобразно тази разпоредба общите условия на застрахователя не могат да предвиждат условия и изисквания към застрахования, включително такива при настъпване на застрахователното събитие и по отношение на неговото доказване, за които може да бъде направена благоразумна преценка, че нямат съществено значение по отношение на ограничаването на риска от настъпване на застрахователното събитие или на доказването му, както и такива, за които може да се прецени, че съществува правна или фактическа пречка да бъдат изпълнени. Тази разпоредба, в относимост към основанията за отказа, предвидени в самия договор, респ. в общите условия на застрахователя, съдържа забрана за създаване от страна на застрахователя на ограничения и не позволява уговаряне на основания за отказ при неизпълнение на изисквания, които нямат съществено значение за ограничаване на риск.

Въвеждайки ограничение за правоимащите лица с разпоредбата на т.1 от раздел I от ОУ, застрахователят е създал ограничението, което не може да бъде обосновано от практическа и правна гледна точка, с което цели да се освободи от поетото с договора застраховка. Както правилно сочи ищецът периодът, през който може да протече едно съдебно производство, е възможно да надхвърля периодът на действие на полицата, налице е и хипотетична възможност застрахователното събитие да възникне в подледния ден на действие на застрахователния договор, респ. в неговия последен час, поради което поетото с ОУ задължение да се предяви претенцията в периода на действие на полицата може да се яви неизпълнимо, независимо от наличие на останалите предпоставки, сочещи на наличие на основание за плащане на застрахователно обезщетение.

Следва изрично да се посочи и факта, че съобразно приетото в съдебната практика (напр. решение №168 от 11.05.2016г. по т.д.№2284/2014г. на Т.К., II т.о на ВКС): „Не всяко задължение на застрахования, скрепено с договорна санкция за отказ за заплащане на застрахователно обезщетение, може да се приеме за договорено в съответствие с нормата на [чл. 211, т. 2 КЗ \(отм.\)](#) и да обуслови отказ, единствено на основание факта на неизпълнението му, без установяване на причинна връзка с конкретно застрахователно

събитие, а само това, което по своето съдържание би могло да обуслови като последица настъпване на застрахователното събитие или увеличен размер или обхват на вредите или от естество да пречат доказването им“. При достигане на този извод касационната инстанция е приела, че основанията за отказ са в основополагащата норма на чл.211 КЗ (отм.) и тя съдържа критериите и основанията, въз основа на които съдът прави преценка дали има причина застрахователят да се освободи от своята имуществена договорна отговорност, като тези основания са свързани с виновно поведение на застрахованото лице, респ. трето за договорната връзка лице и в предвидените в закон случаи. Изхождайки от тези принципни постановки съдебната практика е наложила и приемане на ограничителната норма на чл.186, ал.7 от КЗ (отм.).

При преценка на създадената формулировка в ОУ на ответника, която съдържа ограничение относно това в какъв период може да се претендира заплащане на обезщетението, настоящият състав приема за основателен довода на ищеца, че нормата противоречи на императивна законова норма, а именно чл.186, ал.7 КЗ (отм.), поради което тази разпоредба от ОУ се явява нищожна на основание чл.26, ал.1, предл.1 ЗЗД и направеното от ответника възражение, основаващо се на нищожна разпоредба се явява неоснователно.

Относно възражението за липса на покрит риск, сторено от ответника, съдът намира за необходимо да посочи следното:

В постановеното от гражданския съд решение, което обвързва настоящите страни на основание чл.223, ал.2 и чл.298 ГПК изключва въпросът за преразглеждане на обстоятелствата, които са били предмет на спора по преждепроведения процес по предявен иск по чл.49 ЗЗД. За да приеме, че са налице основание за ангажиране на гаранционната обезпечителна отговорност на болницата – настоящ ищец и да я осъди да заплати директната от увреденото лице обезвреда, иският граждански съд е приел за установено, че лица от медицинския персонал на болницата са извършили противоправни деяния (действия, респ. бездействия), които в пряка причинно-следствена връзка са довели до вредоносен резултат, който пък от своя страна е предвиден в застрахователната полица като застрахователно събитие, при застраховане на професионалната отговорност на медицинския персонал на ищеца. Всички въпроси, които касаят наличието на трудово-правни отношения на ищеца с неговия медицински персонал, са били предмет на гражданското дело и за настоящия ответник, имащ качество на страна по това производство, макар и неглавна, е преклудирала възможността да въвежда възражения, респ. да навежда доводи, които базира на тези установени отношения, вкл. относно наличие на предпоставките по чл.49 ЗЗД, както и доводи, основаващи се на това дали съществуват или не трудови правоотношения между ищеца и конкретните лица, въз основа на които прави възражения, свързани с размера на претенцията. С влязлото в сила решение е прието, че медицинският персонал на ищеца е нарушил стандартите за качество, своевременност и достатъчност, въведени с нормата на чл.81, ал.2, т.1 от Закон за здравето (ЗЗ). Ето защо съдът не намира

основание да се произнася по тях, зачитайки последиците от 223 и чл.298 ГПК.

По възраженията на ответника за **редукция** на претендираното застрахователно обезщетение.

Застрахователят твърди, че е налице основание за намаляване на претендираното обезщетение и това е така, тъй като ищецът има принос за настъпване на вредата.

Конкретно ответникът твърди, че тъй като е установено, че пациентът П. е починал от сепсис, причинен от вътреболнична инфекция, то ищецът, чрез своя административен апарат е нарушил Наредба №3 от 08.05.2013г. за утвърждаване на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции. Позовал се е това, че ръководителят на лечебното заведение носи отговорност за дейностите по предотвратяване на риск от инфекции, посредством прилагане на безопасни системи на работа – т.3.3.1 от стандарта, а съгласно т.3.3.2 ръководителя на лечебното заведение осъществява надзор и контрол на вътреболничните инфекции, чрез предвидените в Наредбата механизми.

Инфекциите свързани с медицинското обслужване (ИСМО, наричани преди вътреболнични или нозокомиални инфекции) е термин, който се отнася до инфекции, свързани с предоставянето на здравни грижи във всяко едно лечебно заведение (например болници, заведения за долекуване, продължително лечение и рехабилитация, диспансери/амбулатории и при домашно лечение/в социални домове). ИСМО се дефинира като локализирана или системна инфекция, резултат от нежелана реакция към наличието на инфекциозен агент(и) или неговия токсин(и), без данни за свързана с тях инфекция при постъпване в лечебното заведение. Инфекцията често се счита за ИСМО, ако се появи ≥ 48 часа след приемане.

Другото възражение на ответника, с което цели намаляване на диреното обезщетение с 90% от претендиранат сума, е твърдението за съществен принос на ръководството и администрацията на болницата при неизпълнение на задълженията за осигуряване на своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ по чл.81, ал.2, т.1 ЗЗД. Позовава се на разпоредбата на чл.69 ЗЛЗ.

Възраженията на ответника съдът не приема за допустими и това е така, тъй като възражения касателно причините, които са довели до възникване на вредоносния резултат са били предмет на изследване в исковия процес по гр.д.№467782018г. по описа на СГС. В настоящето производство не може да бъде преразгледан въпросът относно механизма на причиняване на вредоносния резултат. В преждепроводеното гражданско производство ответникът е следвало да въведе възраженията относно наличие на принос на управителя на лечебното заведение и администрацията в причиняване на смъртта на пациента, което е било в негов интерес, с оглед вероятността ответникът- лечебно заведение да предяви иск за заплатената обезвреда, за да може да го обвърже с постановените мотиви. Аргумент за този извод на съда

е, че предявената претенция има основанията си в нормата на чл.49 ЗЗД, която регламентира обезпечителната и гаранционна отговорност на работодателя, респ. възложителя на работата, независимо от това дали е ЮЛ или ФЛ. Следователно именно с този процес ответникът, в качеството си на неглавна страна, е могъл да релевира подобни възражения, като се позове на т.3.3.1 от Наредбата и да установи, че всъщност инфекцията е съпричинена и от лица, които не са медицински персонал. Невъвеждането на тези възражения в процеса по гр.д.№4677/2018г. по описа на СГС своевременно е преклудирало възможността на застрахователя да го направи в този процес.

Но дори и да се приеме, че възраженията са допустими, то по виждане на състава, те са неоснователни и това е така, тъй като според цитираната по-горе Наредба, съобразно т.2.1 и сл. за вътреболнични инфекции се считат инфекциите, придобити от пациент във връзка с медицинско обслужване по повод на друго заболяване; инфекциите, придобити от медицински или друг персонал, както и специализанти, студенти и други обучаващи се лица в лечебно заведение (ЛЗ), във връзка с обслужването на пациентите, в т.ч. и при наранявания с остри предмети.

В настоящия случай е налице първата хипотеза, съобразно разграничението направено в Стандарта.

По гр.д.№4677/2018г. е установено със СПН и със задължителната, сила на мотивите по аргумент т чл.223, ал.2 ГПК, че починалият пациент е бил с вътреболнична инфекция. В мотивите си съдът е приел, че наличието на ешерихия коли и стафилококус ауреус са установени непосредствено след изписването ву на 23.12.2014г. и те се явяват типични вътреболнични инфекции, като в.л. д-р Григоров е посочил категорично, че след първата операция на пациента П. е имало инфекция и е изразил категоричното си становище, което е лично и в качеството му на хирург, че не би се съгласил след операция пациентът да бъде настанен в нормална реанимация, поради опасност от внасяне на вътреболнична инфекция и правилният подход е да бъде настанен в септична реанимация. Вещите лица, сочи съдът, са достигнали до извод, че основна причина, но не и единствена за смъртта на пациента, е сепсисът. Въз основа на горното съдът е приел, че първата проява на противоправно поведение е бездействието от страна на болницата, чрез нейния персонал е да отчете в достатъчна степен и при съобразяване на специфичното заболяване на пациента, довело до неспазване на изискванията на Наредба №3/2013г., която утвърждава стандарта, в резултат на което пациентът е заразен с вътреболнична инфекция.

Въз основа на така приетото от съда могат да бъдат формирани следните изводи:

Лицата, които са част от медицинския персонал и явяващи се застраховани, са лекарите, които са лекували пациента П. и които са проявили бездействие, намерило израз в това, че са настанили оперирания пациент, при наличие на вътреболнична инфекция, в обикновена, а не в септична реанимация, което е довело до заразяването му, което съчетано с вроденото му генетично заболяване е довело до сериозни усложнения и до

невъзможност инфекцията да бъде овладяна медикаментозно, което наложило последващи хирургически интервенции. Следователно преките причинители на вредата са от медицинския персонал (застрахован при ответника), което гражданският съд е установил и настоящият състав следва да се съобрази с този извод, а съобразно нормата на чл.223, ал.2 и чл.298 ГПК тези мотиви важат и за страните в настоящия процес. Поради това съдът приема, че възражението в тази му част е неоснователно.

С разпоредбата на т.2 от Наредба №3/2013г. е предвидено, че с този стандарт се регламентират основните дейности и мерки по надзора, профилактиката и контрола на ВБИ, както и основните дейности и мерки за ограничаване на разпространението на АМР, като в акта са дефинирани проявите форми на надзор, профилактика и контрол на ВБИ. Прието е, че профилактиката и контролът на ВБИ представляват интердисциплинарна дейност и отговорност на целия персонал на всяко лечебно заведение: лекари, специалисти по здравни грижи, фармацевти, технически персонал, специализанти, студенти, друг обучаващ се персонал и др. Съобразно т.3.3.1 от Наредбата ръководителят на лечебното заведение носи отговорност за изброените в следващите текстове дейности, които са свързани с предотвратяване на риска от инфекции, като следва да прилага безопасни системи на работа чрез, посочените дейности. Следователно законът въвежда за ръководителя на лечебното заведение стандарти, изискващи активно поведение – т.е. действия, които следва да осъществи чрез посочените в т.3.3.1.1 -3.3.1.6 действия.

Ръководителите на лечебните заведения работят заедно с представителите на персонала на съответно равнище за премахване и предотвратяване на рискове, защита на здравето и безопасността на работниците и създаване на безопасна работна среда, включително чрез консултации относно избора и употребата на безопасно оборудване с цел да се установи как е най-добре да се осъществяват процесите на обучение, информирание и повишаване на осведомеността.

По възражение за нарушаване на стандарта, въведен с Наредба №3 от 08.05.2013г. за утвърждаване на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции. В този смисъл възражението на ответника касае лицата, които, съобразно нормата на 3.2 от Наредбата са посочени, не се явяват застраховани, поради което застрахователят не следва да отговаря. Възражението е бланкетно, тъй като в него липсва конкретика коя от хипотезите на чл.3.2 е налице, за да може съдът да изследва този въпрос и за което твърдението ответникът носи пълна доказателствена тежест, както не е посочена и формата на бездействие на ръководителя на лечебното заведение, за когото следва да се установи, че не попада в медицинския персонал, а също и по отношение на което възложено му от Наредбата активно поведение е проявил бездействие. Освен това, следва изрично да бъде посочено и обстоятелството, че сепсисът, довел до усложнения в здравословното състояние на пациента, не се явява единствената причина за настъпилата смърт, поради което не може да се възприеме теза за наличие на основание за редукция на обезщетението в размер на 90% от претендираната сума.

Ето защо съдът приема, че и това възражение на ответника за наличие на основания за намаляване на размера на застрахователното обезщетение се явява неоснователно.

Следващото възражение е възражението за изтекла погасителна давност, като в тази връзка ответникът твърди, че съобразно чл.197 КЗ (отм.) петгодишната давност е започнала да тече от момента на настъпване на вредносния резултат, представляваща застрахователно събитие, поради което вземането на ищеца е погасено през 2019 година.

Погасителната давност е 5 - годишна и началото на нейния срок е датата на настъпване на застрахователното събитие- в настоящия случай смъртта на пациента П.. Както е посочено по- горе в настоящия случай приложимата материално право е нормата на чл.229 КЗ(отм.) на основание § 22 от ДР на КС. Съобразно § 31 КЗ за давността, която е започнала да тече при действието на отменения Кодекс за застраховането, се прилагат чл. 378, ал. 1 - 6 и 8 и чл. 379 КЗ. Нормата на чл.378 КЗ регулира института на давността в застраховките, като алинея 5 на цитираната разпоредба предвижда регресните и суброгационни искове и исковете на причинителя на вредата по чл. 435 срещу застрахователя по застраховки "Гражданска отговорност" по т. 10 - 13, раздел II, буква "А" от приложение № 1 се погасяват в срок 5 години, считано от датата на извършеното плащане от страна на застрахователя по имуществена застраховка или от страна на причинителя на вредата. Застрахователят по имуществената застраховка на увреденото трето лице и причинителят на вредата по изречение първо имат право на законната лихва върху претендираната сума, считано от поканата за плащане към застрахователя при застраховки "Гражданска отговорност" по т. 10 - 13, раздел II, буква "А" от приложение № 1.

Въз основа на така създадената регулация могат да бъдат направени изводи, че законодателят е уредил с императивни норми института на давността, съобразявайки, че и общите нормите на гражданското право, с които се уреждат отношенията по повод давността са от императивен порядък. Израз на защитения обществен интерес (стоящ в основата на императивните разпоредби) е намерил израз и в ал.5, съобразно която регресните и суброгационните искове и исковете на причинителя на вредата по чл.435 КЗ (аналогична на нормата на чл.229 КЗ отм.) имат петгодишен срок за погасяване, чието начало е датата на плащане. Смисълът на разпоредбата е да даде защита на страните във възникналите обществени отношения, по повод застрахователните правоотношения, като се съобрази и с института на неоснователното обогатяване, като е посочил за начало на давностния срок момента на плащането, от който момент започва да тече срокът на погасителната давност, а не от момента на настъпване на застрахователното събитие, което е отстъпление от общото правило. В настоящия случай не е налице спор между страните, че датата на извършеното плащане от ищеца е извършено в периода от 26.08.2021г. до 03.09.2021. Исковата молба е постъпила в съда на 08.12.2021 година и е очевидно с петгодишния период на извършеното плащане, поради което и това възражение от погасително естество на ответника следва да се остави без уважение, като неоснователно.

При така изложеното настоящият състав на съда намира, че претенцията се явява основателно предявена, като доказана и поради това следва да бъде уважена.

По отношение на размера на предявения иск.

Претендираното от ищеца вземане е в размер на сумата от 100 000лв., като е съобразено с уговорения в полицата и ОУ на застрахователя лимит. Искането на ищеца е за заплащане на посочената сума, като основанието за това искане е заплатеното от ищеца обезщетение по чл.49 вр. с чл.45 ЗЗД на К.П., въз основа на влязлото в сила решение по гр.д.№ 467782018г. по описа на СГС, ГО, представляващо обезвредата, която съдът е присъдил на пострадалото от деликта лице.

Съдът приема, че искът следва да бъде уважен в предявения размер, който се явява граница на отговорността на застрахователя при наличие на единичен лимит, съобразно полица №14 1306 0000450165/23.09.2014г. и ОУ на застрахователя. Както е посочено по-горе, съобразно т.1 от раздел V от ОУ единичен лимит представлява: 1.) максималният размер на сбора от сумите, които застрахователят следва да заплати като обезщетение и разноски по всички покрити по настоящата застраховка претенции, които са породени от едно застрахователно събитие; 2.) поредица от претенции, основани на една и съща специфична причина, довело да телесно увреждане на повече от един пациент, поради което се счита за едно застрахователно събитие, като за дата на събитието се счита датата на предявяване на първата претенция срещу застрахователя, в писмен вид и 3.) една претенция, насочена към повече от един застрахован по една полица, се счита за една претенция. Настоящият състав на съда приема, че в случая е установена третата хипотеза на предвидения единичен лимит.

На ищеца следва да бъдат присъдена и претендираната законна лихва от датта на подаване на исковата молба и на основание чл.78, ал.1 ГПК направените по делото разноски.

Съобразно представения списък по чл.80 ГПК от ВМА претендираните разноски са заплатената от ищеца държавна такса от 4 00лв. и заплатеното адвокатско възнаграждение в размер на 5 700лв., за които по делото са налични доказателства, че са реално извършени от болницата.

Ответникът своевременно е направил възражение по чл.78, ал.5 ГПК касателно адвокатското възнаграждение.

Съобразно Наредба №1/2004г. на ВКС, чл.7, ал.2, миналамният размер на адвокатско възнаграждение при материален интерес от 100 00лв. е на стойност е 2 650 лв. плюс 8 % за горницата над 25 000 лв. или сумата от 8 650лв. Уговореното и платено адвокатско възнаграждение е под този минимум, поради което възражението за прекомерност на същата е явно неоснователно. Ето защо ответникът следва да заплати на ищеца разноските в процеса общо в размер на 9 700лв.

Водим от изложеното съдът

РЕШИ:

ОСЪЖДА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО АКЦИОНЕРНО ДРУЖЕСТВО „А.“, ЕИК АД, ЕИК ****, със седалище и адрес на управление гр.София, ул.“****“, да заплати на В.М.А., БУЛСТАТ ****, със седалище и адрес на управление гр.София, ул.****, на основание чл.229 КЗ (отм.) вр. с 22 от ПЗР на КЗ и на основание застрахователна полица №14 1306 0000450165/23.09.2014г. и т.1 от Раздел I от Общите условия на застрахователя, сумата от 100 000лв. (сто хиляди лева), представляващи заплатена от ищеца на К.Г. П.а, ЕГН *****, обезвреда по чл.49 вр. с чл.45 ЗЗД, въз основа на влязло в сила решение по гр.д.№4677/2018г. по описа на СГС, ГО, 1-22 състав, ведно със законната лихва върху тази сума, начиная от 08.12.2021 година до окончателното и изплащане.

ОСЪЖДА, на основание чл.78, ал.1 ГПК, ЗАСТРАХОВАТЕЛНО АКЦИОНЕРНО ДРУЖЕСТВО „А.“, ЕИК АД, ЕИК ****, със седалище и адрес на управление гр.София, ул.“****“, да заплати на В.М.А., БУЛСТАТ ****, със седалище и адрес на управление гр.София, ул.****, разноси по водене на делото в размер на 9 700лв.

РЕШЕНИЕТО подлежи на обжалване пред САС в двуседмичен срок от връчването му на страните.

Съдия при Софийски градски съд: _____