



Република Србија
ВРХОВНИ КАСАЦИОНИ СУД
Рев 1441/2020
28.10.2020. године
Београд

У ИМЕ НАРОДА

Врховни касациони суд, у већу састављеном од судија: Звездане Лутовац, председника већа, Јелене Боровац и Драгане Маринковић, чланова већа, у парници тужиоца Републичког фонда за здравствено осигурање Београд, кога заступа Ана Лазић, адвокат из ..., против туженог Дома здравља Рума из Руме, кога заступа Јован Станојчић, адвокат из ..., ради накнаде штете, одлучујући о ревизији тужиоца изјављеној против пресуде Апелационог суда у Новом Саду Гж 4834/18 од 26.09.2019. године, у седници одржаној 28.10.2020. године, донео је

ПРЕСУДУ

ОДБИЈА СЕ као неоснована ревизија тужиоца изјављена против пресуде Апелационог суда у Новом Саду Гж 4834/18 од 26.09.2019. године.

ОДБИЈА СЕ захтев тужиоца за накнаду трошкова састава одговора на ревизију.

Образложење

Пресудом Вишег суда у Сремској Митровици П 8/16 од 19.07.2018. године, ставом првим изреке, одбијен је приговор стварне ненадлежности тог суда. Ставом другим изреке, одбијен је као неоснован тужбени захтев тужиоца којим је тражио да се обавезе тужени да му на име накнаде штете исплати 7.847.457,90 динара са каматом од дана подношења тужбе до коначне исплате и да му накнади трошкове парничног поступка са каматом од дана пресуђења до коначне исплате. Ставом трећим изреке, обавезан је тужилац да туженом на име трошкова парничног поступка исплати 308.018,64 динара са законском затезном каматом од извршности пресуде до исплате. Ставом четвртим изреке, одбијен је захтев туженог за накнаду трошкова парничног поступка у износу од 64.500,00 динара, као и захтев за исплату законске затезне камате на досуђене трошкове поступка од 19.07.2018. године као дана пресуђења, па до извршности пресуде.

Пресудом Апелационог суда у Новом Саду Гж 4834/18 од 26.09.2019. године, жалба тужиоца је одбијена, а жалба туженог делимично усвојена а делимично одбијена, па је првостепена пресуда преиначена у делу става четвртог изреке тако што је тужилац обавезан да туженом на име накнаде трошкова првостепеног поступка исплати поред досуђених 308.018,64 динара, још износ од 49.500,00 динара укупно 397.518,64 динара са законском затезном каматом почев од дана извршности пресуде

до исплате, а потврђена у преосталом непреиначеном делу одлуке о тужбеном захтеву и о трошковима поступка. Обавезан је тужилац да туженом накнади трошкове жалбеног поступка од 18.760,00 динара.

Против правноснажне пресуде донете у другом степену тужилац је изјавио ревизију због битне повреде одредаба парничног поступка и погрешне примене материјалног права.

Тужени је поднео одговор на ревизију захтевајући трошкове његовог састава.

Испитујући правилност побијане пресуде у смислу члана 408. ЗПП, Врховни касациони суд је нашао да је ревизија неоснована.

У поступку није учињена битна повреда одредаба парничног поступка из члана 374. став 2. тачка 2. ЗПП, на коју Врховни касациони суд пази по службеној дужности.

Према утврђеном чињеничном стању, за потребе остваривања и несметаног и континуираног пружања здравствене заштите, Уговором о пружању и финансирању здравствене заштите из области здравственог осигурања за 2012. и 2013. годину, биле су, између осталог, регулисане обавезе здравствене установе Дома здравља „Рума“, обавезе апотеке у саставу овог Дома здравља, висина накнаде за рад и обрачун припадајућих средстава за пружене здравствене услуге, као и контрола извршавања обавеза. За потребе контроле извршавања обавеза из наведених уговора, а у складу са тада важећим прописима, формирана је Комисија за вршење контроле са задатком да испита исправност спровођења уговора у периоду 01.01.2012. до 30.04.2013. године у делу који се односи на рад апотеке у саставу Дома здравља „Рума“. Контрола је спроведена од 29.07.2013. до 15.08.2013. године у Дому здравља Рума, а затим настављена у РФЗО и о извршеној контроли сачињен записник од 17.10.2013. године који су потписали надзорници осигурања односно чланови Комисије за вршење контроле. О извршеној контроли су дата закључна разматрања и предлог мера. Дому здравља „Рума“ је омогућено да изјави приговор на записник о извршеној контроли а о приговору су решавали надзорници осигурања који су и спровели ову контролу. Тужени је све финансијске трансакције обављао преко два рачуна, преко рачуна буџетских средстава и рачуна сопствених средстава. На рачуну буџетских средстава се налазе средства која туженом пребацује тужилац у складу са закљученим уговорима за потребе обављања основне делатности, док се на рачуну сопствених средстава налазе сва остала средства која не потичу директно од тужиоца. Средства са оба рачуна се користе искључиво за потребе обављања основне делатности ради које је и основан тужени, а то је пружање примарне здравствене заштите у складу са Законом о здравственом осигурању и Законом о здравственој заштити. Вештачењем вештака економско-финансијске струке утврђено је да је на основу финансијске картице конта .. – потраживања од РФЗО за лекове на рецепт осигурана лица за 2011, 2012, 2013. годину и финансијску картицу конта .. – потраживања од РФЗО за помагала осигурања лица, тужилац по овом основу туженом на дане 31.12. био дужан, а да је обавезе измиривао са кашњењем и по осам месеци. Када остваривање здравствене заштите туженог у претежној мери зависи од средстава која му тужилац у оквиру обавезног здравственог осигурања преноси, а тужилац није спорио да је укупно пренетим средствима туженом за делатност апотеке и у вези плаћања лекова на рецепт и помагала у 2011. години измирио дугове за 2010. годину на дан 17.06.2011. године који

су на крају године износили 109.767.264,11 динара; дана 31.12.2011. године стање дуга тужиоца према туженом је износило 71.213.658,88 динара, а измирено је 31.08.2012. године последњом уплатом од 5.947.884,63 динара и 30.04.2013. године дуг тужиоца према туженом има почетно стање 71.213.658,88 динара а на дан 30.04.2013. године износи 34.039.318,77 динара, док је тужилац обавезе из 2012. године измирио 16.04.2013. године уплатом од 6.463.073,12 динара. Предмет тужбеног захтева је накнада материјалне штете која је по наводима тужиоца њему проузрокована ненаменским трошењем средстава која су туженом пренета у сврху пружања здравствене заштите на примарном нивоу и фармацеутске делатности. Од тога се износ од 4.805.743,00 динара (износ без ПДВ) потражује на име ненаменског трошења средстава у 2012. години, износ од 3.041.714,90 динара (износ без ПДВ) на име ненаменског трошења средстава у периоду од 01.01. до 30.04.2013. године. Наведене износе (укупно 7.847.457,90 динара) тужилац потражује на име разлике за коју тужени није умањио потраживање према тужиоцу иако је приликом набавке лекова и помагала која се издају на терет РФЗО у спорном периоду остварио бонитете (попусте) код добављача.

Код овако утврђеног чињеничног стања, правилно су нижестепени судови применили материјално право када су одбили тужбени захтев.

Одредбама чл. 191. до 200. Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“ бр. 107/05... 119/2012) који је био на снази у спорном периоду, а које су детаљно цитиране у нижестепеним пресудама, регулисано је право матичне филијале, односно РФЗО да захтевају накнаду штете од осигураника, лица које је намерно или крајњом непажњом проузроковало болест, повреду или смрт осигураног лица, право на накнаду штете од послодавца, од изабраног лекара, друштва за осигурање, реосигуравајућег друштва. Наведеним законом није прописано право матичне филијале, односно РФЗО да захтевају накнаду штете од здравствених установа. Ово право није прописано ни правилницима који се примењују у односу између парничних странака, а који су такође детаљно цитирани у нижестепеним пресудама (Правилници о условима критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2011, 2012. и 2013. годину и Правилник о контроли спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга).

Правилником о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад за 2012. и 2013. годину („Службени гласник РС“ број 61/2012, „Службени гласник РС“ број 125/2012) уређени су услови за закључивање уговора о пружању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања осигураним лицима за 2012. и 2013. годину, између Републичког фонда за здравствено осигурање, односно филијале и здравствених установа, приватне праксе и других правних лица, критеријуми и мерила за утврђивање накнаде за њихов рад, односно начин плаћања здравствених услуга и других трошкова у складу са законом, поступак коначног обрачуна са даваоцима здравствених услуга, као и друга питања од значаја за закључивање уговора. По члану 26. став 1. Правилника из 2012. године, критеријуми за утврђивање накнаде апотеци за снабдевање осигураних лица лековима и одређеним помагалима су учешће у укупној фактурисаној вредности лекова на рецепт, односно помагала за 2011. годину, а до износа средстава утврђених финансијским планом. Ставом 10. истог члана, накнада

апотеци за лекове на рецепт и одређена помагала из става 1. овог члана увећава се на основу разлике процењене вредности фактурисане реализације за 2012. годину и уговорене накнаде, а највише до средстава утврђених финансијским планом. Став 10. овог члана уведен је изменама Правилника од 07.12.2012. године. Према члану 27. Правилника, аптека је обавезна да обезбеди потребну количину и асортиман лекова са Листе лекова и помагала која се издају на налог за осигурана лица Републичког фонда. У циљу ефикасног и рационалног трошења средстава обавезног здравственог осигурања, аптека обезбеђује лекове и помагала у складу са законом којим се уређују јавне набавке.

Тужилац је био у обавези да изврши плаћање туженом по фактури за издате лекове и помагала испостављеној по основу набавне цене. Тужени је фактурисао тужиоцу накнаде за лекове и помагала по ценама из листе лекова, а по набавним ценама из фактура које су добављачи испостављали туженом које нису биле веће од прописаних. Овакво поступање и тужиоца и туженог је у складу са закљученим уговорима. Тужени је (накнадно) остварио попуст јер је добављачу плаћао на време. С обзиром да је због таквог понашања (доброг привредника) остварио попуст, он припада само туженом. У понашању тужиоца, који је каснио са извршавањем својих обавеза према туженом и по осам месеци нема доприноса у остваривању попушта, да би евентуално по том основу тражио удео у њему. Осим тога, ни Законом о здравственом осигурању ни цитираним правилницима није прописана могућност тужиоца да од здравствених установа захтева накнаду штете. Поступање туженог: пословање на начин да обезбеди континуирано и свеобухватно пружање здравствене заштите корисницима, коришћење пренетих средстава од стране тужиоца искључиво за потребе обављања основне делатности, није довело до умањења имовине тужиоца нити је тужиоцу причињена било каква штета, због чега је тужбени захтев правилно одбијен.

Ревизијским наводима оспорава се утврђено чињенично стање што у поступку по ревизији није дозвољено на основу члана 407. став 2. ЗПП.

Одбијен је захтев тужиоца за накнаду трошкова састава одговора на ревизију јер ти трошкови нису били ни нужни ни неопходни за одлучивање о овом правном леку (члан 154. став 1. ЗПП).

На основу члана 414. ЗПП одлучено је као у изреци.

Председник већа - судија
Звездана Лутовац,с.р.

За тачност отправка
Управитељ писарнице
Марина Антонић