



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR AB „LIETUVOS DRAUDIMAS“ GINČO NAGRINĖJIMO**

2024-10-11 Nr. 429-204
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir AB „Lietuvos draudimas“ (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Draudimo laikotarpiui nuo 2023 m. liepos 15 d. iki 2024 m. liepos 14 d. tarp AB „Amber Grid“ ir draudiko sudarytos Savanoriško sveikatos draudimo paslaugų pirkimo sutarties (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) pagrindu buvo apdrausti pareiškėjo turiniai interesai, susiję su sveikata, jos priežiūra ir kitų sutartų sveikatos priežiūros paslaugų dėl draudžiamųjų įvykių apmokėjimu Lietuvos Respublikos teritorijoje (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo sutarčiai taikomos Sveikatos draudimo taisyklės Nr. 68-6¹ (toliau – Taisyklės). Pareiškėjui taikomos jo pasirinkto draudimo varianto A2 sąlygos.

2024 m. birželio 14 d. pareiškėjas draudikui pateikė prašymą išmokėti 1 294,09 Eur draudimo išmoką, atlyginančią jam taikyto chirurginio gydymo metu naudotų medicinos priemonių įsigijimo išlaidas. 2024 m. birželio 25 d. draudikas pareiškėją informavo apie atsisakymą mokėti draudimo išmoką Taisyklių 26.13 papunkčio pagrindu. Draudikas pabrėžė, jog pagal šias sąlygas draudimo išmoka nemokama dėl chirurginio (*duomenys neskelbtini*) gydymo.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu, pretenzijoje draudikui ir kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad jam buvo atlikta (*duomenys neskelbtini*). Tokio pobūdžio operacija buvo būtina pagal medicinos indikacijas, susijusias su gretutinėmis ligomis. Pareiškėjas nurodė, kad „valstybė kompensavo pačią operaciją, bet už operacijos metu naudotus įrankius nekompensavo“.

Pareiškėjas teigė, kad draudikas nepagrįstai vertino, jog operacijai skirtų medicinos priemonių įsigijimas yra operacijos dalis. Pareiškėjas pabrėžė, kad „valstybė išskiria į dvi dalis: operacija ir priemonės, o draudimas sudeda viską kaip operaciją ir dėl to yra ginčas“. Be to, Taisyklių 107 punkte nustatyta, jog „kiti vaistai ir priemonės kompensuojami atsižvelgiant į draudimo sutartyje numatytą išskaitą“. Remiantis Draudimo sutarties sąlygomis, apdraustos draudimo rizikos „Stacionarinis gydymas“ draudimo apsaugos limitu suma yra 1 500 Eur. Todėl pareiškėjas draudikui kėlė reikalavimą išmokėti 1 294,09 Eur „vienkartinio instrumentų rinkinio (*duomenys neskelbtini*) operacijai“ atlikti įsigijimo išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Draudikas atsakyme į pareiškėjo kreipimąsi ir atsiliepime į pareiškėjo pretenziją pabrėžė, kad pareiškėjo nurodytame Taisyklių 107 punkte reglamentuota, kaip apskaičiuojama ir kada mokama draudimo išmoka, o nedraudžiamųjų įvykių sąlygos yra įtvirtintos 22–26 punktuose. Pareiškėjo reikalaujama draudimo išmoka pagal draudimo rizikos „Stacionarinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygas negali būti mokama, nes chirurginio (*duomenys neskelbtini*) gydymo išlaidos yra nurodytos Taisyklių 26 punkte pateiktame nedraudžiamųjų įvykių sąraše.

Kadangi pareiškėjo patirtos medicinos priemonių įsigijimo išlaidos patenka į nedraudžiamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, draudikas nurodė, kad jam nekyla pareiga tenkinti pareiškėjo reikalavimo išmokėti 1 294,09 Eur draudimo išmoką.

¹ 2020 m. sausio 21 d., galioja nuo 2020 m. sausio 27 d.

K o n s t a t u o j a m a :

Vadovaujantis Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23 patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 44 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Vartotojas ir finansų rinkos dalyvis privalo įrodyti tas aplinkybes, kuriomis remiasi kaip savo reikalavimų arba atsikirtimų pagrindu, išskyrus atvejus, kai remiamasi aplinkybėmis, kurių nereikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka ginčo šalių pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priima sprendimą.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimo atsisakyti mokėti 1 294,09 Eur draudimo išmoką, atlyginančią išlaidas už įsigytą vienkartinį instrumentų rinkinį (*duomenys neskelbtini*) operacijai atlikti.

Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjo ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti, ar draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir ar pagrįstai atsisakė išmokėti pareiškėjo reikalaujamą draudimo išmoką.

Remiantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta draudimo sutarties samprata, minėta sutartimi draudikas įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką sumokėti draudėjui arba trečiajam asmeniui, kurio naudai sudaryta sutartis, įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytą draudimo išmoką, apskaičiuotą įstatyme ar draudimo sutartyje nustatyta tvarka, jeigu įvyksta įstatyme ar draudimo sutartyje nustatytas draudžiamasis įvykis.

Draudimo sutartimi draudimo objektui (draudėjo ar naudos gavėjo turciniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką įvykus draudžiamajam įvykiui². Draudimo apsauga nustatoma tiek draudiko parengtomis draudimo rūšies taisyklėmis (standartinės sąlygos), tiek draudimo liudijime aptartomis individualiomis sąlygomis. Kasacinio teismo praktikoje pažymėta, kad draudimo taisyklės yra standartinės, bendros sąlygos, paprastai taikomos visiems draudėjams, sudarantiems atitinkamos draudimo rūšies sutartį su tuo pačiu draudiku, o draudimo liudijime nurodomi ne bendri, bet konkrečią sutartį individualizuojantys duomenys³.

Pareiškėjas, draudikui keldamas reikalavimą išmokėti 1 294,09 Eur draudimo išmoką, rėmėsi Draudimo sutarties sąlygomis, kuriose nustatytas 1 500 Eur draudimo rizikos „Stacionarinis gydymas“ draudimo apsaugos limitas. Darytina išvada, kad pareiškėjas reikalavimą mokėti draudimo išmoką grindė nurodytos draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygomis.

Taisyklių 37 punkte „Stacionarinis gydymas“ apibrėžiamas, kaip privačioje ir (arba) valstybinėje ligoninėje teikiamos paslaugos (gydytojų ir slaugytojų paslaugos, diagnostiniai tyrimai, vaistiniai preparatai). Minėtoje sąlygoje nustatyta, kad stacionarinis gydymas apima chirurginį stacionarinį gydymą.

Prie draudimo rizikos „Stacionarinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygų priskirtiname Taisyklių 38.5 papunktyje nustatyta, kad minėtam draudimo variantui galioja bendri nedraudžiamieji įvykiai pagal 24–26 punktus. Taisyklių 26.13 papunktyje nustatyta, kad draudikas neapmoka tokių sveikatos priežiūros paslaugų, kaip (*duomenys neskelbtini*) gydymas. Draudikas, remdamasis Taisyklių 26.13 papunkčio sąlygomis, nurodė, kad jam nekyla pareiga mokėti draudimo išmokos už prie nedraudžiamųjų įvykių priskirtinas pareiškėjui suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas.

Vertinant draudiko sprendimo pagrįstumą, pažymėtina, kad VšĮ Šeškinės poliklinikos 2024 m. birželio 3 d. parengto Medicinos dokumentų išrašo / siuntimo duomenys patvirtina, kad pareiškėjui buvo nustatyta diagnozė (*duomenys neskelbtini*). UAB Grožio terapijos ir chirurgijos klinikos 2023 m. birželio 15 d. abdominalinės chirurgijos gydytojo suteiktos konsultacijos pagrindu sudarytame Ambulatorinio apsilankymo aprašyme taip pat buvo nurodyta (*duomenys neskelbtini*) diagnozė (*duomenys neskelbtini*). Pareiškėjui buvo rekomenduotas chirurginis (*duomenys neskelbtini*) gydymas, t. y. (*duomenys neskelbtini*).

² Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 2 dalies 10 punktas.

³ Lietuvos Aukščiausiojo teismo 2019 m. birželio 27 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-221-403/2019; 2016 m. kovo 10 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-143-313/2016.

Lietuvos bankui pateiktų medicinos dokumentų duomenys patvirtina, kad pareiškėjo patirtos vienkartinio instrumentų rinkinio (*duomenys neskelbtini*) operacijai atlikti įsigijimo išlaidos buvo susijusios su „(*duomenys neskelbtini*)“ operacijos atlikimu. Pareiškėjui buvo taikytas gydymas, atitinkantis Taisyklių 37 punkte nurodyto chirurginio stacionarinio gydymo sampratą, ir pareiškėjo patirtos išlaidos yra susijusios su medicinos priemonių, kurios buvo skirtos nedraudžiamųjų įvykių sąlygas atitinkančioms sveikatos priežiūros paslaugoms atlikti, įsigijimu.

Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, jog Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad pareiškėjui taikytas stacionarinis gydymas, kuriam atlikti pareiškėjas įsigijo būtinas medicinos priemones, atitinka Taisyklių 26.13 papunkčio sąlygas. Pareiškėjas neginčijo draudiko nurodytų aplinkybių, kad pareiškėjui taikytas gydymas yra priskirtinas prie stacionarinio chirurginio „(*duomenys neskelbtini*)“ gydymo. Pareiškėjas tik teigė, kad draudikas nepagrįstai pareiškėjui atliktą operacinį gydymą ir šiam gydymui būtinas įsigyti medicinos priemones priskyrė prie vienos sveikatos priežiūros paslaugos, kuri vertinama kaip nedraudžiamasis įvykis.

Vertinant šias pareiškėjo nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad nors pareiškėjas, draudikui keldamas reikalavimą išmokėti 1 294,09 Eur draudimo išmoką, rėmėsi draudimo rizikos „Stacionarinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygomis, tačiau pareiškėjo argumentų, kad pagal Draudimo sutarties sąlygas medicinos priemonių įsigijimo išlaidos turi būti atskirtos nuo chirurginio gydymo stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų, vertinimas iš esmės yra susijęs su pareiškėjo pasirinkta draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ apsauga.

Draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ draudimo apsaugos apimtis yra nustatyta Taisyklių 47 punkte. Taisyklių 47.1 papunktyje nustatyta, kad draudžiamuoju įvykiu laikomas pagal medicininės indikacijas apdraustajam paskirtų vaistų arba medicinos pagalbos priemonių įsigijimas (vaistai privalo būti registruoti Valstybinės vaistų tarnybos ir turėti ATC (anatominių terapinių cheminių) kodą).

Taisyklių 47.2 papunktyje įtvirtinta, kad draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ draudimo apsaugos sąlygoms galioja bendri nedraudžiamieji įvykiai pagal 24–26 punktus. Todėl draudimo išmoka, atlyginanti pareiškėjo patirtas medicinos priemonių įsigijimo išlaidas, pagal nustatytą draudimo rizikos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ draudimo apsaugos limitą negalėtų būti mokama ir pagal minėtos draudimo apsaugos sąlygas, nes medicinos priemonės buvo įsigytos sveikatos priežiūros paslaugoms, priskirtinoms prie nedraudžiamųjų įvykių, suteikti „(*duomenys neskelbtini*)“ chirurginiam gydymui).

Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjo reikalavimas išmokėti 1 294,09 Eur draudimo išmoką negali būti vertinamas nei pagal Taisyklėse įtvirtintas standartines draudimo apsaugos „Stacionarinis gydymas“, nei pagal draudimo apsaugos „Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės“ sąlygas. Todėl pareiškėjo argumentų, susijusių su medicinos priemonių įsigijimo ir chirurginio gydymo stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų atskyrimu, vertinimas yra teisiškai nereikšmingas, nes pareiškėjo patirtas išlaidas atlyginanti draudimo išmoka negalėtų būti mokama pagal Taisyklėse įtvirtintas standartines draudimo apsaugos sąlygas.

Svarbu pažymėti, kad Lietuvos bankui draudiko pateikto draudimo liudijimo 7 punkte nustatyta, kad šalys individualiai susitarė, jog draudžiamuoju įvykiu laikomos Apdraustojo patirtos medicinos paslaugų ir priemonių, kurios išvardytos Sveikatos draudimo taisyklių (Nr. 68-6) 24.2, 24.6, 24.7, 24.8, 24.14, 24.19, 24.20, 25.1, 25.2, 25.4, 25.5, 26.1–26.5, 26.7–26.16 papunkčiuose, išlaidos. Taip pat kompensuojamos miorelaksacinių ir bruksizmui gydyti reikalingų kapų įsigijimo išlaidos. Šios išlaidos kompensuojamos iš papildomų medicinos paslaugų draudimo sumos, kai paslaugos pasirinktos bendru limitu (A2 variantas).

Taisyklių 7 punkte nustatyta, kad jei draudimo liudijime nurodytos sąlygos neatitinka šių Taisyklių draudimo sąlygų, vadovaujamosi draudimo liudijime nurodytomis sąlygomis. Sistemškai aiškinant draudimo liudijime ir Taisyklėse įtvirtintas sąlygas, darytina išvada, kad, pareiškėjui pasirinkus draudimo variantą A2, pagal kurį buvo apdrausta „Papildomų medicinos paslaugų“ draudimo rizika (ir yra mokamos išlaidos dėl Bendru limitu pasirinktų B–E, G–J paslaugų), yra taikomos Taisyklių 26.7–26.16 papunkčiuose įtvirtintos nedraudžiamųjų įvykių išimties, nustatant, kad šiuose papunkčiuose nurodytos medicinos paslaugų išlaidos patenka į „Papildomų medicinos paslaugų“ draudimo rizikos draudimo apsaugą.

Draudimo liudijime ir pareiškėjo kartu su prašymu nagrinėti vartojimo ginčą pateiktoje Apdraustojo atmintinėje nurodyta, kad, pareiškėjui pasirinkus draudimo variantą A2, bendras limitas (pasirinktoms B–E, G–J paslaugoms) yra 140 Eur. Vadovaujantis individualiai sutartomis

draudimo apsaugos sąlygomis, darytina išvada, kad Taisyklių 26.13 papunktyje nurodyto pareiškėjui taikyto stacionarinio chirurginio „(duomenys neskelbtini) gydymo draudimo išmoka galėtų būti mokama tik pagal „Papildomų medicinos paslaugų“ draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygas, tačiau ji negalėtų viršyti Draudimo sutarties šalių sutarto 140 Eur draudimo išmokos limito.

Draudikas Lietuvos bankui pateikė įrodymus, kad už laikotarpį nuo 2023 m. spalio 5 d. iki 2023 m. gruodžio 21 d. suteiktas Draudimo sutartyje įtvirtintose „Papildomų medicinos paslaugų“ draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygose nurodytas medicinos paslaugas ir įsigytas medicinos priemonės išmokėtų draudimo išmokų suma sudaro 140 Eur. Todėl pareiškėjui pagal Draudimo sutarties šalių individualiai sutartas sąlygas 140 Eur limitu neviršijanti draudimo išmoka už suteiktas stacionarinio (duomenys neskelbtini) chirurginio gydymo paslaugas negali būti mokama, nes pareiškėjas jau yra išnaudojęs visą 140 Eur draudimo išmokų limitą.

Remiantis Lietuvos bankui pateiktais įrodymais ir Draudimo sutarties šalių sutartomis draudimo apsaugos sąlygomis, darytina išvada, kad draudikas priėmė pagrįstą sprendimą atsisakyti pareiškėjui išmokėti 1 294,09 Eur draudimo išmoką, atlyginančią išlaidas už įsigytą vienkartinį instrumentų rinkinį (duomenys neskelbtini) operacijai atlikti. Atsižvelgiant į tai, pareiškėjo draudikui keliamas reikalavimas dėl nurodytos draudimo išmokos mokėjimo yra atmestinas kaip nepagrįstas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 3 punktu, Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimo Nr. 03-23 „Dėl Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių patvirtinimo“ 2 punktu ir šiuo nutarimu patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 59.3 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

Atmesti pareiškėjo X. X. reikalavimą.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl tapataus ginčo dalyko kreiptis į teismą įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu. Ginčo šalys turi pareigą pranešti Lietuvos bankui, jeigu viena iš ginčo šalių pareiškia ieškinį bendrosios kompetencijos teismui prašydama nagrinėti tapatų ginčą iš esmės.

Direktorius

Arūnas Raišutis