



**LIETUVOS BANKO
PRIEŽIŪROS TARNYBOS
FINANSINIŲ PASLAUGŲ IR RINKŲ PRIEŽIŪROS DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL G. V. IR ERGO LIFE INSURANCE SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2018 m. spalio 31 d. Nr. 242-463

Vilnius

Lietuvos bankas gavo Valstybinės vartotojų teisių apsaugos tarnybos persiūtą G. V. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir *ERGO Life Insurance SE* (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

(*duomenys neskelbiami*) (toliau – draudėjas) ir draudikas sudarė draudėjo darbuotojų sveikatos draudimo sutartį (toliau – draudimo sutartis), kurios neatskiriamos dalys yra 2018 m. kovo 5 d. susitarimas dėl sveikatos draudimo sutarties sąlygų (toliau – Susitarimas) ir Sveikatos draudimo taisyklės Nr. 010 (toliau – Taisyklės). Susitarimo 1 punkte teigiama, kad Susitarimu nustatomos individualios draudimo sutarties sąlygos, o Susitarimo 16 punkte nustatyta, kad, kai yra prieštaravimų tarp Susitarimo ir Taisyklių nuostatų, taikomos Susitarimo nuostatos.

Pareiškėja, kuriai draudimo sutartis taikoma kaip draudėjo darbuotojai, 2018 m. birželio 25 d. pateikė prašymą draudikui kompensuoti 150 Eur ambulatorinio gydymo išlaidų.

Draudikas 2018 m. birželio 26 d. pranešimu informavo pareiškėją, kad „priėmė sprendimą išmokėti už draudžiamąjį įvykį 0,00 EUR. ERGO Life Insurance SE neapmoka 150 Eur už Jums suteiktas paslaugas pagal sveikatos draudimo taisyklių Nr. 010 (galioja nuo 2016 m. lapkričio 1 d.) 4.2.2 c) punktą: užsiimant Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nelicencijuota veikla ir / ar taikant neapčiuotus diagnostikos ir gydymo būdus, paslaugas.“

Gavusi draudiko sprendimą, pareiškėja 2018 m. birželio 26 d. elektroniniu laišku draudiko paprašė plačiau paaiškinti atsisakymo mokėti draudimo išmoką priežastis ir pasiteiravo, ar neturėtų pateikti papildomų dokumentų.

Draudikas 2018 m. birželio 28 d. elektroniniu laišku pareiškėjai nurodė: „Paslaugos Jums buvo suteiktos UAB „Pasirinkimas būti“, kuri nėra įregistruota įstaigų asmens sveikatos priežiūros registre, todėl neturi teisės teikti sveikatos priežiūros paslaugas.“

Pareiškėja 2018 m. birželio 28 d. elektroniniu laišku draudikui nurodė, kad konsultacijas jai suteikė ne pati įmonė, o joje dirbanti psichologė. Pareiškėja akcentavo, kad Lietuvoje psichologų veikla nėra licencijuojama, todėl nėra galimybės pateikti psichologės licencijos, tačiau pasiūlė draudikui pateikti patikslintą sąskaitą faktūrą, kurioje būtų nurodyta pareiškėją konsultavusios psichoterapeutės pavardė. Taip pat pareiškėja pasiūlė draudikui pateikti psichologės išsilavinimą patvirtinantį diplomą ir galbūt – individualios veiklos pažymą.

Draudikas 2018 m. liepos 2 d. elektroniniu laišku informavo pareiškėją, kad pagal draudimo sutarties sąlygas iš ambulatorinio gydymo limitu yra kompensuojama iki dešimties gydytojo psichoterapeuto arba psichologo psichoterapeuto seansų, kuriuos paskyrė psichikos ligą nustatęs psichiatras ir kurie yra suteikti licencijuotoje gydymo įstaigoje. Draudikas nurodė, kad, jeigu paslaugą suteikė asmuo, vykdamas individualią veiklą ar turintis verslo liudijimą, tokios paslaugos nėra kompensuojamos iš ambulatorinio gydymo limitu. Taip pat draudikas paprašė pareiškėjos patikslinti, iš kokio limitu pareiškėja prašo kompensuoti patirtas išlaidas.

2018 m. liepos 2 d. elektroniniu laišku pareiškėja nurodė, kad jos išlaidos turėtų būti

kompensuotos iš ambulatorinio gydymo limitu, o jeigu tai neįmanoma – iš profilaktinio patikrinimo lėšų. Pareiškėja akcentavo, kad, pagal draudimo sutartį, ji turėjo teisę kreiptis į visus psichologo (psichoterapeuto) veiklą Lietuvoje turinčius teisę vykdyti asmenis, ne tik į dirbančius sveikatos priežiūros įstaigoje.

Nesutikdama su draudiko sprendimu, pareiškėja kreipėsi į Valstybinę vartotojų teisių apsaugos tarnybą, pastaroji pareiškėjos prašymą persiuntė Lietuvos bankui. Kreipimėsi pareiškėja iš esmės pakartojo anksčiau nurodytus motyvus, akcentavo, kad iš esmės, pagal draudiko išsakytą poziciją, siekdama psichologo paslaugų kompensavimo, turėtų kreiptis į polikliniką, nors ten dirbantys specialistai yra tos pačios kompetencijos ir neturi licencijos, kaip ir dirbantys privačiame sektoriuje.

Lietuvos bankui pateiktame atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi draudikas nurodė, kad sprendimas nekompensuoti pareiškėjos išlaidų priimtas remiantis Taisyklėmis, pagal kurias „ambulatorinės paslaugos turi būti suteiktos sveikatos priežiūros įstaigoje, kad būtų kompensuotos iš ambulatorinio gydymo limitu, o minėta įstaiga šios licencijos neturi.“

Papildomai pateiktuose paaiškinimuose draudikas nurodė, kad, pagal draudimo sutarties dalimi esančio Susitarimo priedo Nr. 2 1.1 papunktį, draudžiamuoju įvykiu laikoma „gydytojo psichoterapeuto ar psichologo psichoterapeuto suteikti psichoterapijos seansai (iki 10 seansų per draudimo laikotarpį), kuriuos nustatęs psichikos ligą paskiria gydytojas psichiatras“. Draudikas nurodė, kad „Apdraustoji nepateikė jokių įrodymų, pagrindžiančių šių seansų būtinumą nustatymą pagal gydytojo psichiatro nustatytą ligą.“ Taip pat draudikas nurodė, kad paslaugą suteikusi UAB „Pasirinkimas būti“ nėra įregistruota Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklos registre ir, šios tarnybos vertinimu (pateiktu draudikui telefonu), neturi teisės teikti psichoterapeuto paslaugų. Su papildomu paaiškinimu draudikas pateikė (*duomenys neskelbiami*) d. sąskaitą faktūrą, serija TE Nr. (*duomenys neskelbiami*), kurioje nurodoma, kad paslaugų teikėjas – UAB „Pasirinkimas – būti“, užsakovas – pareiškėja, paslaugų aprašyme nurodoma „Už psichoterapeuto konsultacijas“, „matavimo vnt.“ – 3, kaina – po 50 Eur, bendra suma – 150 Eur. Kartu pateiktas pareiškėjos (*duomenys neskelbiami*) atliktas 150 Eur mokėjimo nurodymas UAB „Pasirinkimas – būti“.

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

Vadovaujantis Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių, patvirtintų Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23, 45 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad šalių ginčas kilo dėl pareiškėjos reikalavimo išmokėti draudimo išmoką, kompensuojančią pareiškėjos patirtas psichoterapeuto konsultacijų išlaidas.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Civilinio kodekso 6.987 straipsniu ir Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsniu, draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką atsiradimas siejamas su draudžiamojo įvykio fakto nustatymu. Jeigu apdraustasis, nukentėjęs trečiasis asmuo arba draudėjas teigia, kad įvyko draudžiamasis įvykis, o draudikas su tokiu faktu nesutinka, tai jis privalo įrodyti aplinkybes, atleidžiančias nuo draudimo išmokos mokėjimo.

Asmens sveikatos draudimo sutartis yra vartojimo sutartis, todėl, vadovaudamasis civilinių santykių subjektų lygiateisiškumo, sutarties laisvės, teisinio apibrėžtumo, teisėtų lūkesčių principais, draudikas, turėdamas įstatymo suteiktą teisę parengti draudimo rūšies taisykles, privalo užtikrinti sutarties sąlygų teisinį apibrėžtumą ir jų suderinamumą, taisyklėse pateiktos sąvokos turi būti kiek įmanoma aiškiau atskleistos ir konkretizuotos (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2007 m. kovo 16 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-152/2007; 2008 m. sausio 25 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-45/2008).

Draudikas 2018 m. birželio 26 d. sprendimu atsisakė išmokėti draudimo išmoką, motyvuodamas Taisyklių 4.2.2 č papunkčio nuostata: „draudikas nemoka draudimo išmokos už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, gydymą ir / ar kitas paslaugas, užsiimant Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nelicencijuota veikla ir / ar taikant neapčiuotus diagnostikos ir gydymo būdus, paslaugas, taip pat netradicinės medicinos paslaugas.“ Savo sprendimą draudikas motyvavo tuo, kad pareiškėjai psichologo psichoterapeuto paslaugos buvo suteiktos įmonėje, kuri nėra sveikatos priežiūros įstaiga.

Taisyklių 3.1 papunktyje nustatyta, kad draudžiamasis įvykis – draudimo sutartyje nurodytas atsitikimas, kuriam įvykus draudikas privalo mokėti draudimo išmoką. Taisyklių 3.2 papunktyje nustatyta, kad „Įvykis pripažintinas draudžiamuoju tik tuo atveju, jei paslaugas teikiantis gydytojas veikia taikytiniais teisės aktais aprašytos ir patvirtintos gydytojo specialybės kompetencijos ribose ir turi kompetentingos valstybinės institucijos išduotą galiojančią medicinos praktikos licenciją, kai paslaugos įsigytos ir suteiktos sveikatos draudimo apsaugos laikotarpiu.“

Taisyklių 9.13 papunktyje nustatyta, kad apdraustasis gali pasirinkti bet kurią sveikatos priežiūros įstaigą Lietuvoje, kuri turi teisę Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Taisyklių 1.10 papunktyje nustatyta, kad sveikatos priežiūros įstaiga – įstaiga ar įmonė Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros, sveikatingumo, farmacines paslaugas.

Kaip minėta, individualias draudimo sutarties sąlygas šalys įtvirtino Susitarime, o draudžiamųjų įvykių sąrašą nustatė Susitarimo priede Nr. 2. Susitarimo priede Nr. 2 teigiama, kad gydytojo psichoterapeuto ar psichologo psichoterapeuto konsultacijos priskiriamos prie ambulatorinio gydymo gydytojo paslaugų (Susitarimo priedo Nr. 2 1.1 papunktis). Susitarimo priedo Nr. 2 1.1 papunktyje nustatyta, kad draudžiamuoju įvykiu laikoma „gydytojo psichoterapeuto ar psichologo – psichoterapeuto suteikti psichoterapijos seansai (iki 10 seansų per draudimo laikotarpį), kuriuos nustatęs psichikos ligą paskiria gydytojas psichiatras.“ Minėtame papunktyje (reglamentuojančiame būtent ambulatorinio gydymo gydytojo paslaugas) taip pat nustatyta: „Apdraustasis ūmios ligos ar lėtinės ligos sekimo bei paūmėjimo atvejais gali kreiptis į visus licenciją praktinei veiklai turinčius gydytojus Lietuvoje.“ Analogiškos nuostatos yra ir draudėjo darbuotojams draudiko parengtoje atmintinėje (toliau – Atmintinė).

Pareiškėja teigia, kad individualiai draudimo sutarties šalių aptarta Susitarimo 1.1 papunkčio nuostata (esanti ir draudėjo darbuotojams skirtoje Atmintinėje) „Apdraustasis ūmios ligos ar lėtinės ligos sekimo bei paūmėjimo atvejais gali kreiptis į *visus* licenciją praktinei veiklai turinčius gydytojus Lietuvoje“ suponuoja, kad apdraustasis, siekdamas psichoterapeuto paslaugų, neprivalo kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą, o turi kreiptis tik į teisę Lietuvoje teikti psichoterapeuto paslaugas turintį asmenį, nesvarbu, ar šis asmuo dirba sveikatos priežiūros įstaigoje, ar ne. Pareiškėja taip pat akcentuoja, kad psichologų veikla Lietuvoje nėra licencijuota, t. y. nėra galimybių dėl psichologinės pagalbos kreiptis į licenciją turintį psichologą psichoterapeutą, nes tokios licencijos Lietuvoje nesuteikiamos.

Vertinant individualias draudimo sutarties nuostatas įtvirtinančią Susitarimą, matyti, kad, kai draudikas reikalauja, jog paslaugos būtų suteiktos sveikatos priežiūros įstaigoje, tai aiškiai atskirai nurodo draudžiamuosius įvykius apibrėžiančiame Susitarimo priede Nr. 2 (ir draudėjo darbuotojams parengtoje Atmintinėje): „šeimos gydytojo konsultacijos sveikatos priežiūros įstaigoje ir vizitai į namus“ (1.1 papunktis), „Apdraustasis gali atlikti diagnostinius tyrimus pasirinktoje sveikatos priežiūros įstaigoje“ (1.2 papunktis), „Apmokamos paslaugos, kurios suteiktos sveikatos priežiūros įstaigoje“ (2 punktas, „Profilaktinis sveikatos patikrinimas ir vakcinacija“) ir kt.

Pažymėtina, kad Susitarimo priedo Nr. 2 1.1 papunktyje, reglamentuojančiame ambulatorinį gydymą ir gydytojo paslaugas (prie kurių Susitarime priskiriamos psichoterapeuto konsultacijos) nėra nurodyta, kad turi būti kreipiamasi į sveikatos priežiūros įstaigą, o tik į „visus licenciją praktinei veiklai turinčius gydytojus Lietuvoje“. Taigi, akcentuojama konkretaus specialisto teisė teikti paslaugą Lietuvoje, o ne jo darbo vieta.

Draudikas nurodo, kad tam, kad būtų kompensuojamos, pagal Taisykles ambulatorinės

paslaugos turi būti suteiktos sveikatos priežiūros įstaigoje. Vis dėlto Taisyklėse toks reikalavimas aiškiai nėra įtvirtintas. Taisyklių 3.2 papunktyje nustatyta, kad „Įvykis pripažintinas draudžiamuoju tik tuo atveju, jei paslaugas teikiantis gydytojas veikia taikytiniais teisės aktais aprašytos ir patvirtintos gydytojo specialybės kompetencijos ribose ir turi kompetentingos valstybinės institucijos išduotą galiojančią medicinos praktikos licenciją, kai paslaugos įsigytos ir suteiktos sveikatos draudimo apsaugos laikotarpiu.“ Taigi, kaip būtina pripažinimo draudžiamuoju įvykiu sąlyga, Taisyklėse nurodyta būtent konkretaus specialisto teisė teikti paslaugą, o ne jo darbovietė. Taisyklių 9.13 papunktyje nurodyta, kad apdraustasis gali pasirinkti bet kurią sveikatos priežiūros įstaigą Lietuvoje, kuri turi teisę Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Šiame Taisyklių punkte nustatyti sveikatos priežiūros įstaigos reikalavimai taikomi tuo atveju, kai apdraustasis paslaugas įgyja (turi įgyti) būtent joje.

Kaip minėta, draudimo sutarties šalių individualiai nustatytame draudžiamųjų įvykių sąraše (Susitarimo priede Nr. 2), reglamentuodamas ambulatorinio gydymo gydytojo paslaugas, draudikas jų teikimą numatė tam teisę turintiems specialistams, o atvejus, kai paslaugos gali būti teikiamos tik sveikatos priežiūros įstaigose, aiškiai išskyrė. Darytina išvada, kad, pareiškėjai nutarus pasinaudoti psichoterapeuto paslauga, kuriai taikomas tik tinkamo specialisto reikalavimas, taikyti Taisyklių 9.13 papunkčio nuostatas, numatančios reikalavimus sveikatos priežiūros įstaigai, pagrindo nebuvo.

Bet kuri vartojimo sutarties rašytinė sąlyga turi būti išreikšta aiškiai ir suprantamai. Kai kyla abejonių dėl vartojimo sutarties sąlygų turinio, sutarties sąlygos turi būti aiškinamos vartotojų naudai (Civilinio kodekso 6.228⁴ straipsnio 6 dalis). Atsižvelgiant į nurodytą reglamentavimą, į draudimo sutarties sąlygas, Susitarime ir Atmintinėje vartojamas sąvokas ir formuluotes, į aplinkybę, kad individualiai aptartos Susitarimo nuostatos turi viršenybę prieš bendro pobūdžio Taisyklių nuostatas, o Atmintinė parengta specialiai draudėjo darbuotojams, darytina išvada, kad vartotojas negali tikėtis tokio draudimo sutarties sąlygų aiškinimo, kokį pateikia draudikas. Todėl sutiktina su pareiškėja, kad ji pagrįstai manė, jog, norėdama pasinaudoti prie ambulatorinio gydymo priskiriamomis psichoterapeuto paslaugomis, turi teisę kreiptis į psichoterapeuto paslaugas Lietuvoje turintį teisę teikti asmenį, nesvarbu, ar jis dirba sveikatos priežiūros įstaigoje, ar ne.

Kaip minėta, gavusi draudiko sprendimą nemokėti draudimo išmokos, pareiškėja siūlė draudikui papildomai pateikti duomenis apie ją konsultavusią konkrečią specialistę ir jos kompetenciją, tačiau draudikas šios informacijos neprašė ir netikslino. Taigi, šiuo atveju draudikas priėmė sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką, net nenustatęs, koks konkrečiai asmuo konsultavo pareiškėją ir ar šis konkretus asmuo turi teisę verstis psichoterapeuto veikla Lietuvos Respublikoje.

Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnio 3 dalies 2 punkte nustatyta, kad draudikas neturi teisės atsisakyti išmokėti draudimo išmoką, nepatikrinęs visos jam prieinamos informacijos. Įvertinus pateiktus duomenis, darytina išvada, kad draudikas neveikė tinkamai ir aktyviai, formaliai vertino aplinkybes ir neįrodė, jog pareiškėjai paslauga suteikta jos neturinčio teisės teikti asmens, t. y. neįrodė, kad įvykis neatitinka Susitarimo priedo Nr. 2 1.1 papunktyje įtvirtinto draudžiamąjo įvykio apibrėžimo ir yra nedraudžiamasis Taisyklių 4.2.2 c papunkčio pagrindu.

Draudikas papildomai Lietuvos bankui pateiktuose paaiškinimuose nurodė, kad „Apdraustoji nepateikė jokių įrodymų, pagrindžiančių šių seansų būtinumo nustatymą pagal gydytojo psichiatro nustatytą ligą.“ Pažymėtina, kad 2018 m. birželio 26 d. pranešime, kuriuo pareiškėja informuota apie sprendimą nemokėti draudimo išmokos, draudikas šiuo argumentu nesirėmė. Svarbu ir tai, kad pareiškėja, susirašinėdama su draudiku, teiravosi ir tikslinosi, ar turi pateikti papildomų dokumentų, tačiau draudikas jokios papildomos informacijos, taip pat ir apie psichiatro galimai nustatytą ligą, neprašė. Taigi, draudikas nenustatė ir neįrodė, kad pareiškėjai psichoterapijos seansai nebuvo paskirti ir šia aplinkybe negrindė sprendimo pripažinti įvykį nedraudžiamuoju.

Apibendrinant nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikas sprendimą dėl draudimo išmokos priėmė neištyręs šio įvykio aplinkybių, nesurinkęs įrodymų ir nepatikrinęs visos draudikui prieinamos informacijos, galinčios turėti įtakos vertinant įvykio aplinkybes ir priimant sprendimą dėl draudimo išmokos mokėjimo. Atkreiptinas dėmesys, kad draudimo teisiniuose santykiuose draudėjas ir apdraustasis pripažįstamas silpnesne sutarties šalimi, todėl jų teisės ir interesai turi būti ginami prioritetiškai. Atsižvelgiant į tai, kad draudikas nesurinko neginčijamų įrodymų, galinčių patvirtinti sprendimą nemokėti draudimo išmokos, vadovaujantis Lietuvos Respublikos draudimo 98 straipsnio 7 dalyje įtvirtinta įrodinėjimo naštos draudikui paskirstymo taisykle, darytina išvada, kad draudiko sprendimas negali būti laikomas pagrįstu. Todėl, remiantis nustatytomis aplinkybėmis, draudikui rekomenduotina priimti sprendimą dėl draudimo išmokos, atlyginančios pareiškėjos patirtas ambulatorinio gydymo išlaidas, mokėjimo.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 1 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 59.1 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

1. Tenkinti pareiškėjos G. V. reikalavimą ir rekomenduoti *ERGO Life Insurance SE* išmokėti 150 Eur draudimo išmoką, kompensuojančią pareiškėjos turėtas ambulatorinio gydymo išlaidas.

2. Įpareigoti draudiką per mėnesį nuo šio sprendimo priėmimo dienos raštu informuoti Lietuvos banką apie šio sprendimo rezoliucinės dalies 1 punkte nurodytos rekomendacijos įgyvendinimą (neįgyvendinimą). Draudikui neįvykdžius minėtos rekomendacijos, apie tai bus paskelbta Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl ginčo sprendimo kreiptis į teismą arba kitą ginčų nagrinėjimo instituciją įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu.

Direktorius

Mindaugas Šalčius