LIETUVOS BANKO TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO DIREKTORIUS

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

2025-05-21 Nr. 429-99
Vilnius

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

N u s t a t y t a:

2024 m. vasario 10 d. – 2025 m. vasario 9 d. draudimo laikotarpiui tarp UAB „Kavita“ ir draudiko sudarytos Savanoriško sveikatos draudimo sutarties (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Draudimo sutartis) pagrindu buvo apdrausti pareiškėjos turtiniai interesai, susiję su jos sveikata ir sveikatos priežiūra. Draudimo sutarčiai taikomos Sveikatos draudimo taisyklės Nr. 68-6[1] (toliau – Taisyklės). Pareiškėjai taikomos jos pasirinkto draudimo varianto A1 sąlygos.

Pareiškėja 2025 m. vasario 7 d. draudikui pateikė prašymą pagal draudimo varianto „Ambulatorinė pagalba“ sąlygas mokėti draudimo išmoką, atlyginančią jai UAB „SK Impeks medicinos diagnostikos centras“ suteiktų medicinos paslaugų išlaidas. Minėtoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje suteiktos medicinos paslaugos buvo susijusios su pareiškėjai atlikta procedūra: „(*duomenys neskelbtini*)“, t. y. atlikta (*duomenys neskelbtini*).

Pareiškėja draudikui kėlė reikalavimą mokėti 2 627,40 Eur draudimo išmoką pagal UAB „SK Impeks medicinos diagnostikos centras“ sąskaitoje Nr. (*duomenys neskelbtini*) (toliau – Sąskaita) nurodytų pareiškėjos patirtų išlaidų duomenis. Draudikas, vadovaudamasis gautais duomenimis apie pareiškėjai suteiktų medicinos paslaugų ir patirtų išlaidų pobūdį, vertino, kad jos yra pareiškėjai taikyto chirurginio gydymo dalis.

Draudikas, atsižvelgdamas į tai, kad pareiškėjai suteiktos medicinos paslaugos yra priskirtinos dienos chirurgijos paslaugoms, vertino, kad pareiškėjos reikalaujama draudimo išmoka galėtų būti mokama ne pagal draudimo varianto „Ambulatorinė pagalba“, tačiau pagal draudimo varianto „Stacionarinis gydymas“ sąlygas. Draudikas 2025 m. vasario 14 d. raštu pareiškėją informavo apie atsisakymą mokėti pareiškėjos reikalaujamą draudimo išmoką, kadangi draudimo varianto „Stacionarinis gydymas“ draudimo išmokos limitas jau yra išnaudotas.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu jos patirtas medicinos paslaugų išlaidas priskirti paslaugų, kurioms draudimo apsauga yra teikiama pagal draudimo varianto „Stacionarinis gydymas“ sąlygas, išlaidoms, draudikui adresuotose pretenzijose ir kreipimesi į Lietuvos banką teigė, kad pareiškėjai buvo suteikta gydytojo konsultacija ir kitos medicinos paslaugos, todėl medicinos paslaugų pobūdis atitinka draudimo varianto „Ambulatorinė pagalba“ draudimo apsaugos sąlygas.

Pareiškėja pabrėžė, kad, remiantis Taisyklių 38.6 papunkčiu, „(*duomenys neskelbtini*) priskirtinos draudimo varianto „Stacionarinis gydymas“ nedraudžiamajam įvykiui. Todėl, pareiškėjos teigimu, minėtos aplinkybės patvirtina, kad draudimo išmoka, atlyginanti medicinos paslaugų, susijusių su „(*duomenys neskelbtini*) atlikimu, išlaidas gali būti mokama tik pagal draudimo varianto „Ambulatorinė pagalba“ sąlygas.

Pareiškėja taip pat nurodė, kad Taisyklėse nėra aiškiai įtvirtinta, pagal kokias draudimo sutarties sąlygas yra mokama draudimo išmoka, atlyginanti išlaidas dėl „(*duomenys neskelbtini*)“. Remdamasi nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėja draudikui kėlė reikalavimą

[1] 2020 m. sausio 21 d. redakcija.

išmokėti 2 627,40 Eur draudimo išmoką pagal draudimo varianto „Ambulatorinė pagalba" sąlygas.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi nurodė, kad visos Sąskaitoje nurodytos pareiškėjos patirtos išlaidos yra priskirtinos išlaidoms, kurias atlyginanti draudimo išmoka gali būti mokama tik pagal draudimo varianto „Stacionarinis gydymas" sąlygas. Kadangi pareiškėja yra išnaudojusi individualiose Draudimo sutarties sąlygose nustatytą 140 Eur draudimo išmokos, galimos mokėti pagal nurodytą draudimo variantą, limitą, todėl nėra pagrindo mokėti draudimo išmokos pagal draudimo varianto „Stacionarinis gydymas" sąlygas.

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 kyla dėl draudiko atsisakymo išmokėti pareiškėjos reikalaujamą 2 627,40 Eur draudimo išmoką pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti, ar draudikas tinkamai pritaikė Draudimo sutarties sąlygas ir ar pagrįstai atsisakė išmokėti pareiškėjos 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 turtiniams interesams) suteikiama apsauga – įsipareigojimas mokėti draudimo išmoką, įvykus draudžiamajam įvykiui[2]. 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 duomenys[3].

Draudikas, priimdamas sprendimą atsisakyti pareiškėjai išmokėti reikalaujamą draudimo išmoką, rėmėsi Draudimo sutarties sąlygomis, apibrėžiančios draudimo varianto „Stacionarinis gydymas" draudimo apsaugos ribas ir Taisyklių 36 – 38 punktais, detalizuojančiais minėto draudimo varianto draudimo apsaugos sąlygas.

Draudimo sutartyje nustatyta, kad į draudimo varianto „Stacionarinis gydymas" draudimo apsaugą patenka apdraustajam taikytas „neurochirurginis gydymas stacionare", „chirurginis stacionarinis gydymas", „vienvietė arba dvivietė palata", „dienos stacionaro paslaugos, dienos chirurgijos paslaugos", „maistas gydymo įstaigoje". Draudimo sutartyje taip pat nurodyta, kad „draudiko apmokama dalis – 100 procentų" ir kad yra taikomas Bendras limitas pasirinktoms B-E, G-J paslaugoms.

Pažymėtina, kad tiek Draudimo sutartyje, tiek Taisyklėse draudimo variantas „Stacionarinis gydymas" yra nurodytas, kaip „paslauga B". Taisyklių B paslaugas apibrėžiančiose sąlygose nustatyta, kad „Stacionarinio gydymo draudimo suma ir draudimo išskaita nurodomos draudimo sutartyje" (Taisyklių 36 punktas). Draudimo sutartyje nustatyta, kad Bendras limitas pasirinktoms B-E, G-J paslaugoms yra 140 Eur. Todėl, vadovaujantis nurodytomis Draudimo

[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.

sutarties sąlygomis, darytina išvada, kad dėl visų Draudimo sutartyje nurodytų B-E, G-J paslaugų maksimali galima mokėti draudimo išmoka yra 140 Eur.

Taisyklių 37 punkte nustatyta, kad stacionarinis gydymas – tai privačioje ir (arba) valstybinėje ligoninėje teikiamos paslaugos (gydytojų ir slaugytojų paslaugos, diagnostiniai tyrimai, vaistiniai preparatai). Minėtame Taisyklių punkte taip pat pakartojamos Draudimo sutarties sąlygos, apibrėžiančios „Stacionarinio gydymo" paslaugų, kurioms teikiama draudimo apsauga, apimtį.

Taisyklių 37 d) papunktyje, kaip ir Draudimo sutartyje, nustatyta, kad į stacionarinio gydymo draudimo apsaugą patenka dienos stacionaro paslaugos, dienos chirurgijos paslaugos. Taisyklių 38.4 papunktis detalizuoja dienos chirurgijos paslaugos sampratą, nustatant, kad dienos chirurgijos paslaugos yra apibrėžtos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintame dienos chirurgijos paslaugų sąraše. Taisyklių 38.4 papunktyje taip pat nurodyta, kad Taisyklių patvirtinimo metu galiojo 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymu Nr. V-668 patvirtintas dienos chirurgijos paslaugų sąrašas (toliau – Sąrašas).

Pažymėtina, kad Sąrašo 99 punkte nustatyta, kad „(*duomenys neskelbtini*)" yra priskiriama dienos chirurgijos paslaugoms. Todėl sutiktina su draudiko vertinimu, kad pareiškėjai suteiktos dienos chirurgijos paslaugos yra priskirtinos prie Taisyklių 37 punkto nurodytų „stacionarinio gydymo paslaugų".

Nagrinėjamu atveju pareiškėja, remdamasi Taisyklių 38.6 papunkčio sąlygomis, nustatančiomis, kad nedraudžiamuoju įvykiu yra pripažįstamos „(*duomenys neskelbtini*), taip pat, atsižvelgdama į jai suteiktų paslaugų pobūdį, teigė, kad draudikas jai suteiktas medicinos paslaugas turėjo priskirti ne draudimo varianto „Stacionarinio gydymo" sąlygose nurodytoms paslaugoms, tačiau paslaugoms, kurių išlaidas atlyginanti draudimo išmoka turi būti mokama pagal draudimo varianto „Ambulatorinė pagalba" sąlygas.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjos keliamu reikalavimu, Lietuvos bankui pateiktuose paaiškinimuose dėl draudimo varianto „Stacionarinis gydymas" sąlygų turinio ir prasmės, nurodė, kad (*duomenys neskelbtini*), atitinkanti sąraše nurodytą dienos chirurgijos paslaugų sampratą, yra priskirtina Taisyklių 37 punkte nurodytam draudžiamajam įvykiui, todėl Taisyklių 38 punkte įtvirtintos nedraudžiamojo įvykio sąlygos (*duomenys neskelbtini*) yra netaikytinos.

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Sąskaitoje nurodyta, jog pareiškėja įsigijo „papildomas priemones dėl (*duomenys neskelbtini*)" (65 Eur), du „(*duomenys neskelbtini*) (1 991,96 Eur), du „(*duomenys neskelbtini*)" (43,44 Eur), taip pat patyrė (*duomenys neskelbtini*) 7 Eur išlaidas ir 520 Eur (*duomenys neskelbtini)* išlaidas (iš viso, 2 627,40 Eur).

Sąskaitoje nurodyta, kad pareiškėjai už „(*duomenys neskelbtini*)" mokėti nereikėjo (prie minėtų paslaugų nurodyta suma 0 Eur). Taip pat pareiškėjai nereikėjo mokėti už Sąskaitoje nurodytą „(*duomenys neskelbtini*)". Pareiškėja nurodė, kad „(*duomenys neskelbtini*)".

2025 m. kovo 14 d. draudikui asmens sveikatos priežiūros įstaigos pateiktuose paaiškinimuose nurodyta, kad „(*duomenys neskelbtini*)" priskirtinos paslaugos, „(*duomenys neskelbtini*)".

Taisyklių 37 c) papunktis nustato, kad į „Stacionarinio gydymo" išlaidų sampratą patenka vienvietės arba dvivietės palatos apdraustajam suteikimas. Taip pat Taisyklių 25.7 papunktyje įtvirtintame nedraudžiamųjų įvykių sąraše nurodyta, kad į draudimo apsaugą nepatenka higienos priemonių įsigijimo išlaidos, tačiau draudimo išmoka yra mokama dėl higienos priemonių, būtinų po apdraustajam skirto chirurginio gydymo, įsigijimo patirtų išlaidų. Todėl, remiantis nurodytomis Taisyklių sąlygomis, spręstina, kad Sąskaitoje nurodytos į „(*duomenys neskelbtini*)" sąrašą patenkančios higienos priemonių ir palatos paslaugų suteikimo išlaidos yra priskirtinos draudimo varianto „Stacionarinio gydymo" sąlygose nurodytoms išlaidoms.

Draudikas, pateikdamas paaiškinimus dėl kitų pareiškėjai suteiktų paslaugų priskyrimo paslaugoms, kurių išlaidas[4] atlyginanti draudimo išmoka turi būti mokama pagal draudimo varianto „Stacionarinis gydymas" sąlygas, nurodė, kad medicinos tyrimų atlikimas prieš chirurginę intervenciją yra privalomas pagal sveikatos priežiūros paslaugas reglamentuojančių teisės aktų reikalavimus. Draudikas pabrėžė, kad medicinos tyrimų prieš chirurginio gydymo taikymą atlikimas yra pripažintinas operacijos dalimi. Tokio pobūdžio tyrimų atlikimo tikslas yra sietinas ne su galimo sveikatos sutrikimo nustatymo priežastimi, tačiau „jie yra privalomi tam,

[4] Medicinos tyrimų prieš pareiškėjai taikytą chirurginį gydymą atlikimo ir chirurginiam gydymui būtinų medicinos priemonių įsigijimo išlaidas.

kad nustatyti parametrus, kurie svarbūs dėl chirurginės operacijos – ar pakankamai gerai kreša kraujas, kokia kraujo grupė ar nėra uždegiminio proceso ir kiti, gydytojo nuožiūra paskirti priešoperaciniai tyrimai ir kt. Šie priešoperaciniai tyrimai yra neatsiejama operacijos dalis, jų tikslas nėra nustatyti diagnozę. Iš esmės jie atliekami tam, kad gydytojas įsitikintų, ar gali pacientą operuoti, todėl tokie tyrimai iš Ambulatorinės pagalbos (ar iš kito draudimo varianto sąlygų) nekompensuojami".

Draudikas pabrėžė, kad visos Sąskaitoje nurodytos pareiškėjai suteiktos paslaugos yra susijusios su pareiškėjai atlikta chirurgine operacija ir kad šias paslaugas atlyginanti draudimo išmoka gali būti mokama tik pagal draudimo varianto „Stacionarinis gydymas" sąlygas.

Vertinant šias draudiko nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Taisyklių 37 punkte, apibrėžiančiame stacionarinio gydymo sampratą, yra nurodyta, kad „stacionarinis gydymas" pagal Taisyklių sąlygas turi būti suprantamas, kaip visos gydymo įstaigoje suteiktos paslaugos, susijusios su Taisyklėse išvardintomis paslaugomis, kurios yra priskirtinos „stacionariniam gydymui". Todėl pagrįstomis pripažintinos draudiko nurodytos aplinkybės, kad su pareiškėjai suteikta dienos chirurgijos paslauga, kuri priskirtina „stacionariniam gydymui", susijusios paslaugos yra Taisyklėse nurodyto „stacionarinio gydymo" dalis ir kad šias paslaugas atlyginanti draudimo išmoka gali būti mokama tik pagal minėto draudimo varianto draudimo apsaugos sąlygas.

Vertinant pareiškėjos draudikui keliamą reikalavimą jos patirtoms paslaugoms taikyti draudimo varianto „Ambulatorinė pagalba" draudimo apsaugos sąlygas, pažymėtina, kad Taisyklių 35.1 papunktyje nustatyta, jog draudimo varianto „Ambulatorinė pagalba" draudžiamuoju įvykiu laikomas draudimo sutartyje numatytas apdraustojo sveikatos sutrikimų ambulatorinis gydymas ir diagnostika, kitos sutartyje numatytos su Apdraustojo diagnostika ir gydymu susijusios sveikatos priežiūros paslaugos.

Kaip minėta, nagrinėjamu atveju pareiškėjai buvo suteiktos ne ambulatorinio gydymo ir diagnostikos paslaugos, tačiau jai buvo taikomas dienos chirurgijos paslaugoms priskirtinas chirurginis stacionarinis gydymas ir buvo suteiktos paslaugos, susijusios su atlikta operacija arba buvo įsigytos medicinos priemonės, pripažintinos chirurginio gydymo dalimi.

Aplinkybes, kad pareiškėjai buvo taikomas ne ambulatorinis, tačiau stacionariniam gydymui priskirtinas operacinis gydymas, taip pat patvirtina ir pačios pareiškėjos kartu su kreipimusi į Lietuvos banką pateikto medicinos dokumento duomenys. Pareiškėjos Lietuvos bankui pateiktame UAB „InMedica" sudarytame Medicinos dokumentų (*duomenys neskelbtini*) išraše/siuntime nurodyta, kad pareiškėja dėl jai nustatytos diagnozės[5] buvo siunčiama operaciniam gydymui. Todėl pareiškėjos pateikto medicinos dokumento duomenys negali pagrįsti jos nurodytų aplinkybių, kad pareiškėjai atliktas operacinis gydymas yra priskirtinas asmens sveikatos priežiūros suteiktoms ambulatorinėms paslaugoms.

Atsižvelgiant į tai, kad pareiškėjos patirtas jai suteiktų paslaugų išlaidas atlyginanti draudimo išmoka gali būti mokama tik pagal draudimo varianto „Stacionarinis gydymas" sąlygas, todėl pareiškėja nepagrįstai draudikui kėlė reikalavimą Sąskaitoje nurodytas išlaidas atlyginančią draudimo išmoką mokėti pagal draudimo varianto „Ambulatorinės pagalba" sąlygas.

Nagrinėjamu atveju nėra šalių ginčo, kad bendrai Draudimo sutartyje nurodytoms B-E, G-J paslaugoms skirtas 140 Eur draudimo išmokos limitas jau yra išnaudotas. Draudikas taip pat pateikė pareiškėjai suteiktų paslaugų išlaidas atlyginančių draudimo išmokų pagal skirtingų draudimo variantų draudimo apsaugos sąlygas išmokėjimo duomenis, kurie patvirtina, kad Draudimo sutartyje nurodytų B-E, G-J paslaugų 140 Eur limitas jau yra išnaudotas.

Pažymėtina, kad pareiškėja neginčijo aplinkybių, kad draudikas pagrįstai atsisakė išmokėti draudimo išmoką dėl B paslaugoms priskirtinam draudimo variantui „Stacionarinis gydymas", kaip ir E, G-J paslaugoms, taikytino išnaudoto 140 Eur draudimo išmokos limito. Priešingai, pareiškėja nurodė aplinkybes, kad ji neturi draudimo varianto „Stacionarinis gydymas" draudimo išmokos limito, todėl, pareiškėjos teigimu, draudimo išmoka, atlyginanti Sąskaitoje nurodytas išlaidas, gali būti mokama tik pagal draudimo varianto „Ambulatorinė pagalba" sąlygas.

Kaip minėta, Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas pagrįstai Sąskaitoje nurodytas išlaidas priskyrė išlaidoms, kurias atlyginanti draudimo išmoka galėtų būti mokama tik pagal draudimo varianto „Stacionarinis gydymas" sąlygas. Kadangi minėto draudimo

[5] Medicinos dokumentų išraše nurodyta pagrindinė diagnozė – „(*duomenys neskelbtini*)" ir nurodytos susijusios diagnozės – „(*duomenys neskelbtini*)" ir „(*duomenys neskelbtini*)".

varianto draudimo išmokos limitas jau yra išnaudotas, pareiškėjai draudimo laikotarpiu pasinaudojus kitomis paslaugomis, kurioms taikomas Draudimo sutartyje nurodytas bendras 140 Eur draudimo išmokos limitas, todėl draudiko sprendimas atsisakyti išmokėti Sąskaitoje nurodytas išlaidas atlyginančią draudimo išmoką yra pagrįstas ir atitinka Draudimo sutarties sąlygas.

Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas dėl 2 627,40 Eur draudimo išmokos mokėjimo yra atmestinas, kaip nepagrįstas.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis 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 pareiškėjos 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