LIETUVOS BANKO TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO DIREKTORIUS

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

2026-07-31 Nr. 429-260
Vilnius

Lietuvos bankas gavo prašymą išnagrinėti vartojimo ginčą, kurio šalys yra X. X. (toliau – pareiškėja) ir AB „Lietuvos draudimas" (toliau – draudikas).

Sprendimo santrauka[1]

Ginčas kilo dėl to, ar draudikas pagrįstai pareiškėjos patirtas (duomenys neskelbtini) ištyrimo išlaidas kompensavo iš draudimo apsaugos grupės „J. Papildomos medicinos paslaugos", o ne iš draudimo apsaugos grupės „A. Ambulatorinė pagalba". Įvertinus ginčo šalių pateiktus paaiškinimus ir įrodymus, nustatyta, kad pareiškėjai suteiktos paslaugos priskirtinos ambulatorinei chirurgijai, o histologinis tyrimas buvo neatsiejama chirurginės procedūros dalis, todėl šios išlaidos pagal draudimo sutarties ir taikomų draudimo taisyklių (toliau – Taisyklės)[2] nuostatas negalėjo būti kompensuojamos iš draudimo apsaugos grupės „A. Ambulatorinė pagalba". Atsižvelgiant į tai, konstatuota, kad draudikas pagrįstai apskaičiavo ir išmokėjo draudimo išmoką, todėl pareiškėjos reikalavimas buvo atmestas.

N u s t a t y t a:

Esminės faktinės kilusio ginčo aplinkybės

Draudikas pagal su UAB „(duomenys neskelbtini)" (toliau – draudėja) sudarytą Sveikatos draudimo sutartį (toliau – draudimo sutartis) įsipareigojo teikti draudėjos darbuotojams sveikatos draudimo paslaugas.

Pareiškėja, kaip draudėjos darbuotoja, prašė draudiko kompensuoti patirtas išlaidas už (duomenys neskelbtini).[3]

Draudikas pareiškėjai nurodė, kad pareiškėjos draudimo sutartis apėmė draudimo apsaugos grupę „J. Papildomos medicinos paslaugos", todėl iš šios draudimo grupės limito buvo kompensuota 210 Eur suma.

Pareiškėja nesutiko su draudiko sprendimu ir reikalavo patirtas išlaidas kompensuoti iš draudimo apsaugos grupės „A. Ambulatorinė pagalba". Draudikui netenkinus pareiškėjos pretenzijos dėl išlaidų kompensavimo iš draudimo apsaugos grupės „A. Ambulatorinė pagalba", pareiškėja kreipėsi į Lietuvos banką, prašydama išnagrinėti kilusį ginčą.

Ginčo reikalavimai

Įpareigoti draudiką pareiškėjos patirtas išlaidas atlyginti iš draudimo apsaugos grupės „A. Ambulatorinė pagalba" ir išmokėti papildomą 90,89 Eur[4] draudimo išmoką, atlyginančią patirtas išlaidas už (duomenys neskelbtini).

Ginčo šalių pateikti paaiškinimai

Pareiškėja teigė, kad gydytojo diagnozuotų (duomenys neskelbtini) ištyrimo išlaidos turėjo

---

[1] Santraukoje pateikiamas tik trumpas nagrinėto vartojimo ginčo apibendrinimas. Norint suprasti ir (ar) įvertinti sprendime aptariamas aplinkybes, sprendimo dėl šio ginčo esmės pagrindus ir motyvus, būtina tinkamai susipažinti su viso sprendimo turiniu.

[2] Sveikatos draudimo taisyklės Nr. 68-6, galiojančios 2024 m. liepos 12 d.

[3] UAB „Hila" 2026 m. kovo 5 d. sąskaitą Nr. (duomenys neskelbtini) (toliau – sąskaita už medicinines paslaugas) už (duomenys neskelbtini), sąskaitos suma - 376,11 Eur.

[4] Pareiškėja viso reikalauja atlyginti 300,98 Eur išlaidų. Pagal draudimo apsaugos grupę „A. Ambulatorinė pagalba" draudiko apmokama išlaidų dalis - 80 proc. (376,11 Eur x 80 proc.).

būti kompensuotos kaip ambulatorinės paslaugos, o ne iš papildomų medicinos paslaugų limito. Pareiškėja nesutiko, kad histologinis ištyrimas laikomas kaip viena paslauga. Pareiškėjos teigimu, be ištyrimo negalima įvertinti, ar (duomenys neskelbtini).

Draudikas atsiliepime prašė pareiškėjos reikalavimą atmesti kaip nepagrįstą, nurodydamas, kad (duomenys neskelbtini) būdu yra chirurginė paslauga, o histologinis tyrimas – neatsiejama šios procedūros dalis. Vadovaujantis Taisyklėmis, iš draudimo apsaugos grupės „A. Ambulatorinė pagalba" ambulatorinės chirurgijos paslaugos nėra kompensuojamos. Pagal pareiškėjos draudimo sutartį ir minėtas Taisykles, ambulatorinės chirurgijos paslaugų kompensavimas buvo galimas iš „J. Papildomos medicinos paslaugos" draudimo grupės, iš kurios limito ir buvo kompensuotos.

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. Lietuvos bankas ginčo nagrinėjimo proceso metu neatlieka Lietuvos Respublikos Lietuvos banko įstatymo 42^1 straipsnyje reglamentuotų patikrinimų, skirtų faktinėms aplinkybėms, susijusioms su Lietuvos banko priežiūrimo finansų rinkos dalyvio galimu Lietuvos banko kompetencijai priskirtų teisės aktų reikalavimų pažeidimu, nustatyti ir įvertinti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka pateiktų įrodymų vertinimą, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Teisinis vertinimas

Siekiant išspręsti tarp šalių kilusį ginčą, būtina įvertinti, ar ***draudikas pagrįstai, vadovaudamasis draudimo sutarties ir Taisyklių nuostatomis apskaičiavo ir išmokėjo pareiškėjai draudimo išmoką.***

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.987 straipsnyje nustatyta, kad draudimo sutartimi viena šalis (draudikas) įsipareigoja už sutartyje nustatytą draudimo įmoką (premiją) sumokėti kitai šaliai (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.

CK 6.156 straipsnio 1 dalyje įtvirtintas sutarčių laisvės principas leidžia sutarties šalims laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, jei tai neprieštarauja teisės aktams. Teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią (CK 6.189 straipsnio 1 dalį).

Draudimo sutartis, kuria, be kita ko, buvo apdrausti pareiškėjos turtiniai interesai, susiję su sveikata ir jos priežiūra, yra savanoriška, todėl draudikas tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi. Lietuvos kasacinis teismas savo praktikoje yra ne kartą konstatavęs, kad draudimo sutartimi draudimo objektui suteikiama apsauga nėra absoliuti. Prisiimdamas draudimo riziką, draudikas nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas ir sąlygas. Draudimo apsauga ir jos teikimo sąlygos nustatomos tiek draudiko parengtose draudimo rūšies taisyklėse, tiek draudimo liudijime aptartose individualiosiose sąlygose[5].

Vadovaujantis ginčui aktualia draudimo sutartimi, pagal pasirinktą draudimo variantą „A2", draudimo apsauga taikoma, be kita ko, paslaugoms iš draudimo apsaugos grupių: „A. Ambulatorinė Pagalba"[6]; „B. Stacionarinis gydymas"[7]; „J. Papildomos medicinos paslaugos".[8]

Šalys Lietuvos bankui pateikė duomenis[9], patvirtinančius, kad pareiškėja lankėsi medicinos įstaigoje dėl (duomenys neskelbtini). Nurodytos diagnozės – (duomenys neskelbtini), be to, pažymėta, jog (duomenys neskelbtini) buvo atipiniai, todėl jų šalinimas buvo mediciniškai

[5] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. gegužės 22 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-283-695/2015 ir kt.
[6] Draudiko apmokama dalis – 80 proc., be limito.
[7] Draudiko apmokama dalis – 100 proc., limitas – 210 Eur (draudimo sutartyje nurodytas bendras limitas).
[8] Draudiko apmokama dalis – 100 proc., limitas – 210 Eur (draudimo sutartyje nurodytas bendras limitas).
[9] UAB „Per Aspera" E025. Ambulatorinio apsilankymo aprašymas.

pagrįstas ir atliktas diagnostiniais tikslais.

Iš pareiškėjos draudikui pateiktos sąskaitos už medicininės paslaugas matyti, kad pareiškėjai atlikta (duomenys neskelbtini), kuri pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą ambulatorinių chirurgijos paslaugų sąrašą[10] priskiriama ambulatorinės chirurgijos paslaugoms[11].

Pagal Taisyklių 36.6 papunktį iš draudimo apsaugos grupės „A. Ambulatorinė pagalba" ambulatorinės chirurgijos paslaugos nėra kompensuojamos.

Vadovaujantis Taisyklėmis, ambulatorinės chirurgijos paslaugų kompensavimas galimas iš „B. Stacionarinis gydymas" grupės ir „J. Papildomos medicinos paslaugos" draudimo grupės, pagal „Bendru limitu pasirinktos B-E, G-J paslaugos" rizikas.

Taisyklių 63 c) papunktyje prie „J. Papildomos medicininės paslaugos" yra numatyta, jog pagal šią grupę yra kompensuojamos bendru limitu pasirinktos B-E (šiuo atveju įeina „B. Stacionarinis gydymas") paslaugos, jei atskirų paslaugų limitai nenurodyti.

Taigi draudikas paaiškino, kad vadovaudamasis būtent Taisyklių 63 c) papunkčiu, kompensavo paslaugas iš „B. Stacionarinis gydymas" grupės pagal „J. Papildomos medicininės paslaugos" grupę (kurių abiejų limitai – 210 Eur).

Nors pareiškėja nesutiko su draudiko vertinimu, jog histologinis ištyrimas buvo vertinamas kartu su chirurgine intervencija, kreipimesi pati pareiškėja nurodė: „Nesutinku, kad histologinis ištyrimas laikomas kaip viena paslauga. Be ištyrimo negalima įvertinti, ar (duomenys neskelbtini)." Sutiktina su draudiko argumentu, kad histologinis ištyrimas nagrinėjamu atveju nelaikytinas atskira ambulatorine diagnostikos paslauga, o yra tiesiogiai susijęs su pareiškėjai suteikta chirurgijos paslauga.

Draudikas paaiškino, kad histologinis tyrimas šiuo atveju buvo atliktas kaip neatsiejama chirurginės procedūros (biopsijos) dalis, siekiant patikslinti galutinę chirurginiu būdu pašalintų darinių diagnozę. Todėl histologinio tyrimo išlaidos pagal pareiškėjos pateiktus medicininius duomenis buvo vertinamos kartu su chirurgine intervencija ir nelaikytinos atskira ambulatorine diagnostikos paslauga, kuri galėtų būti kompensuojama pagal „Ambulatorinės pagalbos" draudimo grupę.

Taigi draudikas, įvertinęs visą gautą informaciją ir nustatytas aplinkybes, vadovaudamasis draudimo sutarties sąlygomis ir Taisyklėmis, atlygino pareiškėjos patirtas išlaidas ta apimtimi ir iš tos draudimo grupės („J. Papildomos medicininės paslaugos"), kuri pagal draudimo sutartį ir Taisykles buvo įmanoma, laikantis nustatytų draudimo sumų ir limitų, todėl pareiškėjos draudikui keliamas reikalavimas laikytinas nepagrįstu ir atmestinu.

Išvada

Nustačius, kad draudikas pagrįstai apskaičiavo ir išmokėjo pareiškėjai draudimo išmoką, pareiškėjos reikalavimas atmetamas kaip nepagrįstas.

Šiame sprendime dėl esminių šalių išdėstytų argumentų ir nurodytų aplinkybių pasisakyta. Kiti šalių argumentai ir (arba) nurodytos aplinkybės neturi esminės reikšmės Lietuvos banko sprendimo teisėtumui ir pagrįstumui, todėl dėl jų Lietuvos bankas plačiau nepasisako. Lietuvos banko pareiga priimti motyvuotą sprendimą neturėtų būti suprantama kaip reikalavimas detaliai atsakyti į kiekvieną šalių argumentą ir (ar) teiginį.[12]

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 pareiškėjos X. X. reikalavimą.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui

[10] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gruodžio 26 d. įsakymas Nr. V-1516 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 25 d. įsakymo Nr. V-754 „Dėl Ambulatorinės chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo" pakeitimo".

[11] (duomenys neskelbtini).

[12] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2010 m. spalio 5 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-382/2010; 2010 m. gruodžio 20 d. nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-536/2010 ir kt.

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 Lietuvos banko 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