



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR ADB „GJENSIDIGE“ NAGRINĖJIMO**

2025-01-30 Nr. 429-23
Vilnius

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

N u s t a t y t a:

2024 m. vasario 1 d. – 2025 m. sausio 31 d. draudimo laikotarpiui tarp UAB „Allianz Lietuva gyvybės draudimas“ ir draudiko buvo sudaryta darbuotojų sveikatos draudimo sutartis (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo apsauga suteikta pagal Sveikatos draudimo taisyklės Nr. 067¹ (toliau – Taisyklės). Draudimo sutartimi buvo apdrausti pareiškėjo, kaip apdraustojo, turtiniai interesai, susiję su jo sveikata ir sveikatos priežiūra. Draudimo sutartimi pareiškėjui draudimo apsauga suteikta pagal draudimo variantų „Ambulatorinis gydymas“, „Kritinių ligų gydymas valstybinėse ligoninėse“ bei „Profilaktika“ sąlygas.

Pareiškėjas 2024 m. kovo 12 d. draudikui pateikė prašymą išmokėti 35 Eur draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjui 2024 m. vasario 28 d. pagal individualios veiklos pažymą veikiančios specialistės Y. Y. suteiktų psichoterapijos paslaugų išlaidas. Pareiškėjas draudikui reikalavimą mokėti 35 Eur draudimo išmoką kėlė vadovaudamasis draudimo rizikos „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygomis.

Draudikas 2024 m. kovo 19 d. raštu pareiškėją informavo apie sprendimą atsisakyti mokėti draudimo išmoką, nurodydamas, kad pareiškėjo patirtos išlaidos neatitinka Taisyklių 4.4 papunktyje nustatyto būtino minėtas išlaidas atlyginančios draudimo išmokos mokėjimo kriterijaus – psichoterapijos paslaugų teikimo asmens sveikatos priežiūros įstaigos licenciją turinčioje įstaigoje.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko sprendimu atsisakyti mokėti draudimo išmoką, pretenzijoje draudikui ir kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad Taisyklių 4.4 papunkčio sąlygos apriboja pareiškėjo teisę pagal „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygas gauti draudimo išmoką, atlyginančią ne licencijuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje suteiktų psichoterapijos paslaugų išlaidas. Pareiškėjas pabrėžė, kad Lietuvoje „yra įsitvirtinusi praktika, jog psichoterapeuto paslaugos daugumoje yra teikiamos individualiai, pagal individualios veiklos pažymėjimus“.

Pareiškėjas nurodė, kad draudikas, pareiškėjui pateikdamas paaiškinimus apie atsisakymo mokėti draudimo išmoką priežastis, atkreipė dėmesį į draudimo varianto „Sveikatinimas“ sąlygas. Minėto draudimo varianto sąlygas įtvirtinančiuose Taisyklių 13.3.3 ir 13.3.7 papunkčiuose nustatyta, kad draudimo išmoka, atlyginanti apdraustajam suteiktų psichologo konsultacijų išlaidas, yra mokama ir tuo atveju, jei tokio pobūdžio konsultacijas suteikė individualią veiklą vykdančias asmuo.

Pareiškėjas pabrėžė, kad draudikas nepagrįstai rėmėsi draudimo išmokos, atlyginančios psichologo konsultacijos išlaidas, mokėjimo sąlygomis, nes pareiškėjui buvo suteiktos psichoterapijos paslaugos. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, pareiškėjas draudikui kėlė reikalavimą išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią jam ne asmens sveikatos priežiūros įstaigoje suteiktos psichoterapeuto konsultacijos išlaidas.

Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjo keliamu reikalavimu, atsakyme į pareiškėjo pretenziją ir atsiliepiame dėl pareiškėjo kreipimesi nurodytų aplinkybių pabrėžė, kad vertino, ar

¹ 2020 m. kovo 9 d. draudimo taisyklių redakcija.

psichoterapeuto paslaugos pareiškėjui buvo suteiktos asmens sveikatos priežiūros licenciją turinčioje įstaigoje. Draudikas pabrėžė, kad „sveikatos priežiūros paslaugų“ samprata turi būti aiškinama, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (toliau – Įstatymas), Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų ir kitų teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros paslaugas bei tokių paslaugų teikimą, nuostatomis.

Draudikas nurodė, kad nebuvo gauta duomenų apie tai, kad pareiškėjui medicinos paslaugos buvo suteiktos Įstatyme nurodytoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, todėl pareiškėjo reikalavimas išmokėti jo patirtas psichoterapeuto suteiktų paslaugų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką neatitinka Taisyklėse nustatytų įvykio pripažinimo draudžiamuoju sąlygų. Atsižvelgdamas į tai, draudikas pabrėžė, kad neturi pagrindo tenkinti pareiškėjo reikalavimo išmokėti draudimo išmoką.

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 išmokėti 35 Eur draudimo išmoką, atlyginančią pareiškėjui suteiktų psichoterapeuto paslaugų išlaidas, pagrįstumo.

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

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 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.

Pažymėtina, kad Draudimo sutartis, kuria yra apdrausti pareiškėjo turtingieji interesai, yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis CK 6.156 straipsnio 1 dalimi, tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi.

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 įstatymams. Sutarties laisvės principas reiškia civilinių teisinių santykių subjektų teisę laisvai spręsti, sudaryti konkrečią sutartį ar jos nesudaryti, pasirinkti, su kuo sudaryti sutartį, be to, savarankiškai spręsti dėl sutarties turinio (sutarties sąlygų ir jų pakeitimo) bei formos, išskyrus atvejus, kai tam tikras sutarties sąlygas (jų turinį) nustato imperatyviosios teisės normos arba tam tikrų sąlygų reikalauja viešoji tvarka, sąžiningumo, protingumo, teisingumo principai, gera moralė. Teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią (CK 6.189 straipsnio 1 dalis).

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 ribas². Draudimo apsauga nustatoma tiek draudiko parengtose draudimo rūšies taisyklėse, tiek draudimo liudijime aptartose individualiosiose sąlygose.³ Draudimo apsaugos apimtį lemia draudimo objektas, draudžiamųjų įvykių, nedraudžiamųjų įvykių sąrašas ir kitos draudimo sutarties sąlygos,

² Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2012 m. kovo 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2009 m. birželio 15 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013.

³ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2015 m. gegužės 22 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-283-695/2015 ir kt.

nustatančios draudimo sutarties šalių įsipareigojimų turinį, kuris leidžia spręsti apie draudiko prisiimtos draudimo rizikos laipsnį. Draudimo taisyklėse nustatomi atvejai, kurie laikytini draudžiamaisiais įvykiais, taip pat kurie tokiais nelaikytini. Taigi, draudiko prievolės išmokėti draudimo išmoką pagal įstatymuose nustatytą teisinį reglamentavimą ir draudimo sutartį atsiradimas siejamas su draudžiamojo įvykio fakto nustatymu (CK 6.987 straipsnis)⁴.

Draudimo sutartyje nustatyti draudžiamieji ir nedraudžiamieji įvykiai apibrėžia draudiko prisiimamos rizikos mastą, draudimo sutarties apimtį ir ribas. Nedraudžiamuoju įvykiu laikytinas atsitikimas, kai įvyksta į draudimo rizikos apibrėžtį patenkantis įvykis, tačiau šalys yra susitariusios, kad dėl konkrečių aplinkybių ir savitų aiškiai draudimo sutartyje nustatytų sąlygų šis įvykis nelemia draudiko pareigos išmokėti draudimo išmoką⁵.

Taisyklių 4.2 papunktyje, apibrėžiančiame draudžiamojo įvykio pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas sampratą, nurodyta, kad draudžiamuoju įvykiu yra laikomas apdraustojo sveikatos sutrikimas, dėl kurio apdraustajam reikalingos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Taisyklių 4.6 papunktyje įtvirtinta, kad pagal Ambulatorinio gydymo riziką draudžiamojo įvykio atveju draudikas kompensuoja nuostolius (išlaidas) už gydytojo psichoterapeuto suteiktą psichoterapinį gydymą (iki 12 vienkartinį apsilankymų per draudimo laikotarpį). Taisyklių 4.4 papunktyje nustatyta, kad išlaidos už paslaugas, nurodytas Taisyklių 4.6 papunktyje⁶, kompensuojamos tik tuo atveju, jei jos suteiktos asmens sveikatos priežiūros įstaigos licenciją turinčioje įstaigoje.

Todėl, remiantis draudimo išmokos už psichoterapeuto apdraustajam suteiktas paslaugas mokėjimo pagal draudimo varianto „Ambulatorinis gydymas“ sąlygas nuostatomis, darytina išvada, kad draudikas pagal šias sąlygas įsipareigojo apdraustajam išmokėti ne daugiau nei 12 draudimo laikotarpiu suteiktų apsilankymų dėl psichoterapinio gydymo, kuris buvo taikytas asmens sveikatos priežiūros įstaigos licenciją turinčioje įstaigoje, išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Svarbu pažymėti, kad pareiškėjas kreipimesi neginčijo Taisyklių sąlygų jam atskleidimo ir jų privalomumo. Nagrinėjamu atveju draudėjos, dėl pareiškėjo turtinių interesų sudariusios draudimo sutartį, atstovė 2024 m. gruodžio 4 d. draudikui adresuotu raštu patvirtino, kad pareiškėjui ginčui nagrinėti aktualios Taisyklių sąlygos buvo tinkamai atskleistos, todėl pareiškėjo draudikui keliamo reikalavimo išmokėti 35 Eur psichoterapeuto paslaugų išlaidas atlyginančią draudimo išmoką pagrindimas turi būti vertinamas Taisyklių sąlygų kontekste.

Kadangi Taisyklėse nėra įtvirtinto asmens sveikatos priežiūros įstaigos apibrėžimo, todėl, kaip pagrįstai nurodė draudikas, aiškinant, kokios įstaigos yra pripažįstamos asmens sveikatos priežiūros įstaigomis Taisyklių sąlygų prasme, turi būti vadovaujamasi Įstatymo ir Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo nuostatomis.

Įstatymo 3 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai⁷ (toliau – LNSS) yra priskiriamos licencijas sveikatos priežiūrai turinčios valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros viešosios įstaigos ir biudžetinės įstaigos. Taip pat LNSS sistemai yra priskiriamos šios įstaigos: valstybės ir savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos; valstybės ir savivaldybių įmonės bei įmonės, kurių daugiau kaip 50 procentų akcijų priklauso valstybei ar savivaldybei, ir kitos įmonės ir įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis arba kitais LNSS veiklos užsakovais – šių sutarčių galiojimo laikotarpiu.

Įstatymo 17 ir 18 straipsniai taip pat nustato, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigomis yra pripažintinos ir įstaigos, kurios yra steigiamos, vadovaujantis šiuo Įstatymu, CK, Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymu, Lietuvos Respublikos akcinių bendrovių įstatymu, Lietuvos Respublikos individualių įmonių įstatymu bei kitais teisės aktais, ir kurios teikia visų rūšių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, išskyrus asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, įrašytas į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą.

⁴ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2012 m. kovo 13 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2009 m. birželio 15 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-257/2009; 2009 m. vasario 9 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2013 m. balandžio 19 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013.

⁵ Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2013 m. birželio 26 d. nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-316/2013.

⁶ Taip pat ir Taisyklių 4.3.2, 4.3.4, 4.3.5, 4.3.7 ir 4.3.8 papunkčiuose.

⁷ Įstatymo 2 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas.

Draudikas, siekdamas pagrįsti, kad pareiškėjui psichoterapijos paslaugos nebuvo suteiktos nė vienoje iš pirmiau nurodytų įstaigų ir (arba) įmonių, pateikė pareiškėjui psichoterapijos konsultaciją suteikusias specialistės Y. Y. papildomus paaiškinimus. Pareiškėjui sąskaitą faktūrą už suteiktas psichoterapijos paslaugas išrašiusi specialistė į draudiko 2025 m. sausio 13 d. paklausimą, ar minėtos paslaugos buvo suteiktos asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, atsakė, kad pareiškėjui buvo suteikta psichoterapijos sesija, kuri vyko specialistės „privačios praktikos kabinete, įsikūrusiame adresu (*duomenys neskelbtini*)“.

Pažymėtina, kad specialistės nurodytas aplinkybes patvirtina ir pareiškėjo draudikui pateiktos 2024 m. vasario 28 d. išrašytos sąskaitos faktūros už suteiktas paslaugas duomenys, nes minėtame dokumente nebuvo nurodyta jokių aplinkybių, kurios suteiktų pagrindą spręsti, kad pareiškėjui psichoterapeuto konsultacija buvo suteikta įstatyme nurodytoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Pareiškėjas taip pat neginčijo fakto, kad psichoterapijos paslaugos jam buvo suteiktos ne asmens sveikatos priežiūros licenciją turinčioje įstaigoje ir (arba) įmonėje. Pareiškėjas tik teigė, kad sąlygos, įtvirtinančios draudimo išmokos pagal draudimo variantą „Ambulatorinis gydymas“ mokėjimo būtiną kriterijų – paslaugų suteikimą asmens sveikatos priežiūros įstaigos licenciją turinčioje įstaigoje, apriboja jo teisę į draudimo išmoką, atlyginančią pagal individualios veiklos pažymą veikiančio specialisto suteiktų psichoterapijos paslaugų išlaidas.

Kaip minėta, pareiškėjo turiniai interesai buvo apdrausti savanoriško pobūdžio Draudimo sutartimi, kurios sąlygos pareiškėjui yra privalomos ir turi būti taikomos, todėl nėra pagrindo vertinti, kad draudikas nepagrįstai pritaikė Taisyklėse įtvirtintas „Ambulatorinis gydymas“ draudimo apsaugos sąlygas ir kad nepagrįstai atsisakė pareiškėjui išmokėti 35 Eur ne asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, bet pagal individualios veiklos pažymėjimą veikiančios specialistės suteiktos psichoterapeuto konsultacijos išlaidas atlyginančią draudimo išmoką.

Atsižvelgiant į nustatytas aplinkybes ir vadovaujantis įrodymų visuma, darytina išvada, kad draudikas priėmė Draudimo sutarties sąlygas atitinkantį sprendimą atsisakyti pareiškėjui išmokėti jo reikalaujamą 35 Eur draudimo išmoką už ne asmens sveikatos priežiūros įstaigos licenciją turinčioje įstaigoje pareiškėjui suteiktas psichoterapeuto paslaugas, todėl pareiškėjo draudikui keliamas reikalavimas išmokėti draudimo išmoką 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