



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

**SPRENDIMAS
DĖL P. P. IR ERGO INSURANCE SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2017 m. lapkričio 16 d. Nr. 242-485

Vilnius

Lietuvos bankas gavo P. P. (toliau – pareiškėjas) kreipimąsi, kuriuo pareiškėjas prašė išnagrinėti tarp jo ir *ERGO Insurance SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

Pareiškėjas ir draudikas sudarė kelionių draudimo sutartį (*duomenys neskelbtini*), kurioje nurodyta, kad apdraustieji pagal draudimo sutartį yra pareiškėjas, pareiškėjo sutuoktinė D. P. ir jų vaikai – G. P. ir S. P., draudimas galioja nuo 2016 m. gruodžio 31 d. iki 2017 m. sausio 5 d.

2017 m. sausio 1 d. slidinėjant Austrijoje įvyko nelaimingas atsitikimas – apdraustoji D. P. patyrė dešinės kojos traumą. Dėl šios traumos metu patirtų sužalojimų gydymo apdraustoji sraigtasparniu buvo nugabenta į Austrijos gydymo įstaigą. Apdraustoji Austrijos gydymo įstaigai pateikė Europos sveikatos draudimo kortelę ir su šia gydymo įstaiga sudarė medicinos paslaugų teikimo sutartį, pagal kurią Austrijos gydymo įstaiga įsipareigojo apdraustajai suteikti paslaugas pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“.

Remiantis draudiko pateiktais paaiškinimais, nustatyta, kad draudikas dėl 2017 m. sausio 1 d. įvykio pareiškėjui išmokėjo draudimo išmoką, atlyginančią 200 Eur pagal 2017 m. sausio 12 d. *Silvretta Seilbann AG* sąskaitą ir 3 823,89 Eur pagal 2017 m. sausio 3 d. sąskaitą už apdraustosios transportavimą į gydymo įstaigą, 132,55 Eur – už įsigytus vaistus ir ramentus, 35,82 Eur – už apdraustajai suteiktą būtinąją medicinos pagalbą, minėtos išlaidos nebuvo kompensuotos iš nuolatinės gyvenamosios vietos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir jas draudikui kiltų pareiga atlyginti, jei apdraustoji būtų pasirinkusi „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“, taip pat atlyginančią 90 Eur išlaidas, apskaičiuotas pagal draudimo sutarčiai taikomų Kelionių draudimo taisyklių Nr. 028 (galioja nuo 2014 m. gruodžio 1 d.) (toliau – Taisyklės) 5.4.2 papunkčio sąlygas. Draudikas atsisakė pareiškėjui išmokėti pagal gydymo įstaigos išrašytą sąskaitą apskaičiuotą 5 972,41 Eur draudimo išmoką, nes patirtos išlaidos nesietinos su pagal kelionių draudimo sutartį teikiama draudimo apsauga, nes buvo patirtos dėl apdraustosios ir gydymo įstaigos susitarimo pagrindu suteiktų paslaugų pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ ir viršijo būtiniosios medicinos pagalbos išlaidas.

Pareiškėjas, nesutikdamas su draudiko išmokėtos draudimo išmokos dydžiu, nurodė, kad 5 649,82 Eur reikėjo sumokėti už apdraustosios dešinės kojos operaciją, taip pat už suteiktas radiologo ir anesteziologo paslaugas. Pareiškėjo teigimu, nurodytos išlaidos sietinos su draudimo sutartyje nustatytais būtiniosios medicinos pagalbos išlaidomis.

Pareiškėjas pabrėžė, kad prieš pasirašant susitarimą dėl paslaugų pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ teikimo (toliau – Susitarimas) apdraustajai buvo suteikta informacija, kad skirtumas tarp „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinio“ ir „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinio“ yra tik tas, kad apdraustajai pasirinkus „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ bus suteikta patogesnė palata. Pareiškėjo teigimu, apdraustajai buvo suteikta informacija, kad vienos dienos vienvietės palatos kaina – 146,80 Eur, o dvivietės palatos – 106,80 Eur.

Pareiškėja pasirinko dvivietę palatą. Atsižvelgdamas į tai, pareiškėjas teigė sutinkantis, kad 322,59 Eur pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ nebūtų įskaičiuoti į mokėtiną draudimo išmoką, nes minėta suma buvo sumokėta už galimybę tris dienas naudotis dviviete palata.

Pareiškėjas nurodė, kad draudikas nevykdė draudimo teisinius santykius reglamentuojančių teisės aktų reikalavimų, nes nepateikė motyvuotų ir išsamių paaiškinimų, galinčių pagrįsti, kad apdraustajai atlikta kojos operacija „neatitiko būtinosios pagalbos kategorijos“. Pareiškėjo teigimu, apdraustoji gydymo įstaigoje buvo informuota, kad „operaciją reikėjo atlikti neatidėliotinai, nes kaulo lūžis buvo sudėtingas ir su komplikacijomis (skeveldrinis lūžis)“. Pareiškėjas nurodė, kad draudikas taip pat nepateikė paaiškinimų, kokia išlaidų suma už apdraustajai suteiktas būtinosios medicinos pagalbos paslaugas būtų mokama, jei apdraustoji būtų pasirinkusi „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“, ir kokią sumą sudaro išlaidos pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ suteiktas paslaugas, viršinančias būtinąją medicinos pagalbą.

Pareiškėjas informavo, kad skolų išieškojimo įmonė *INKO Inkasso Ges.m.b.H* apdraustajai pateikė reikalavimą atlyginti 5 972,41 Eur išlaidas už gydymo įstaigos suteiktas paslaugas, taip pat reikalavimą sumokėti 150 Eur skolos išieškojimo išlaidas (pareiškėjo teigimu, skolos išieškojimo išlaidos buvo sumažintos apdraustosios prašymu, nes pirminė suma buvo daug didesnė). Pareiškėjas pabrėžė, kad 150 Eur skolos išieškojimo išlaidas sąlygojo draudiko sutartinių pareigų netinkamas vykdymas. Atsižvelgdamas į tai, pareiškėjas Lietuvos banko prašė rekomenduoti draudikui išmokėti 5 649,82 Eur draudimo išmoką, atlyginančią išlaidas už gydymo įstaigos suteiktas paslaugas, ir atlyginti 150 Eur skolos išieškojimo išlaidas, kaip pareiškėjo patirtus nuostolius dėl draudiko sutartinių pareigų netinkamo vykdymo (iš viso 5 799,82 Eur).

Atsiliepime dėl pareiškėjo kreipimesi nurodytų aplinkybių ir pateikto reikalavimo pagrįstumo draudikas teigė, kad kreipėsi į Austrijos gydymo įstaigą, kurioje apdraustajai buvo suteiktos medicinos paslaugos, prašydamas pateikti paaiškinimus dėl pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ teikiamų paslaugų pobūdžio, apdraustosios informavimo apie „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinio“ ir „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinio“ skirtumus, suteiktų medicinos paslaugų pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ sąlygas apimtį ir kitas aplinkybes. Austrijos gydymo įstaiga draudiką informavo, kad „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinys“ nuo „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinio“ skiriasi tuo, kad, pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“, „pacientas yra gydomas dvivietėje palatoje ir medicinos paslaugas teikia skyrių vadovai.“ Papildomai buvo gauta informacija, kad 2017 m. sausio 2 d. (antrą apdraustosios gydymo dieną) Austrijos gydymo įstaiga pakartotinai informavo apdraustąją apie „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinio“ ir „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinio“ skirtumus ir teisinį reguliavimą, pagal kurį priemoka už „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ nebus mokama iš nuolatinės gyvenamosios vietos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto“.

Draudikas pabrėžė, kad susitarimas, pagal kurį Austrijos gydymo įstaiga įsipareigojo apdraustajai suteikti paslaugas pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“, buvo sudarytas tarp apdraustosios ir Austrijos gydymo įstaigos, todėl draudikas negali pateikti išsamesnių, nei nurodė Austrijos gydymo įstaiga, paaiškinimų dėl informacijos apie šio susitarimo sąlygas atskleidimo apdraustajai. Atsižvelgdamas į tai, draudikas nurodė, kad nagrinėjamu atveju turi būti vadovaujamosi Austrijos gydymo įstaigos pateiktais paaiškinimais apie Susitarimo su apdraustąja sudarymą.

Draudikas mano, kad komforto palata ir tai, kad medicinos paslaugas teikė ne gydymo įstaigoje dirbantys atitinkamos specializacijos gydytojai, o tik gydymo įstaigos skyriaus vadovai, nebuvo būtina, siekiant pašalinti grėsmę apdraustosios gyvybei, išvengti sunkių komplikacijų, o minėtoms neigiamoms pasekmėms išvengti ir apdraustosios būklei stabilizuoti pakako į „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“ patenkančių medicinos paslaugų.

Atsižvelgdamas į pareiškėjo argumentus, kad Austrijos gydymo įstaigos išrašytoje sąskaitoje nurodytos 5 649,82 Eur išlaidos – tai yra išlaidos už apdraustajai atliktą kojos operaciją, draudikas paaiškino, kad susirašinėjimo su Austrijos gydymo įstaigos atstovu duomenys patvirtino, jog skubios, neatidėliotinos ir būtinos medicinos pagalbos išlaidos, įskaitant ir būtinas apdraustajai atliktos kojos operacijos ir gydytojų priežiūros išlaidas, Austrijos gydymo įstaigai buvo atlygintos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Draudikas pabrėžė, kad, remdamasis Austrijos gydymo įstaigos atstovo pateiktais paaiškinimais apie pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“ iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo neatlygintą išlaidų dalį, pareiškėjui išmokėjo 35,82 Eur draudimo išmoką.

Draudikas teigė, kad patirtas 5 972,41 Eur išlaidas sudaro „322,59 Eur suma už pagerintą palatą ir 5 649,82 Eur mokestis už gydymo įstaigos skyrių vadovų tiesioginį dalyvavimą pacientės gydyme“. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas konstatavo, kad pareiškėjo reikalavimas išmokėti 5 799,82 Eur draudimo išmoką, kurią sudaro 5 649,82 Eur mokestis už gydymo įstaigos skyrių vadovų tiesioginį dalyvavimą apdraustosios gydyme ir 150 Eur skolos išieškojimo išlaidos, negali būti tenkinamas, nes šios išlaidos nepatenka į draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos apimtį.

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, (toliau – Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklės) 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, kurio pagrindu priimamas sprendimas.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl kelionių draudimo sutarties (*duomenys neskelbtini*) sąlygų, įtvirtinančių būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidų atlyginimo nuostatas, taikymo, pareiškėjo reikalavimo išmokėti papildomą 5 799,82 Eur draudimo išmoką ir draudiko išmokėtos draudimo išmokos dydžio pagrįstumo.

Dėl kelionių draudimo sutarties (duomenys neskelbtini) sąlygų, įtvirtinančių būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidų atlyginimo nuostatas, taikymo

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes, kuriomis jos remiasi kaip savo reikalavimų ir atsikirtimų pagrindu, pažymėtina tai, kad pareiškėjas teigė, jog apdraustajai pateiktoje Austrijos gydymo įstaigos sąskaitoje nurodytos 5 649,82 Eur išlaidos yra išlaidos už apdraustajai suteiktas radiologo, anesteziologo ir chirurginės operacijos paslaugas. Pareiškėjo teigimu, šios medicinos išlaidos atitinka draudimo sutartyje nustatytą būtinosios medicinos pagalbos sampratą ir jos buvo patirtos dėl 2017 m. sausio 1 d. draudžiamąjį įvykių pasekmių. Draudikas, nesutikdamas su pareiškėjo vertinimu, teigė, kad susirašinėjimo su Austrijos gydymo įstaigos atstovu duomenys patvirtina, kad 5 649,82 Eur išlaidas sudaro papildomas mokestis už Austrijos gydymo įstaigos skyriaus vadovų dalyvavimą apdraustosios gydyme, t. y. dalyvavimą, teikiant radiologo, anesteziologo ir chirurginės operacijos paslaugas. Draudiko teigimu, medicinos išlaidos už apdraustajai atliktą dešinės kojos chirurginę operaciją (įskaitant ir radiologo bei anesteziologo paslaugas), kurios pagal draudimo sutarties sąlygas yra prilyginamos būtinajai medicinos pagalbai, Austrijos gydymo įstaigai buvo atlygintos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, todėl Austrijos gydymo įstaigos apdraustajai pateiktoje sąskaitoje šios išlaidos nėra nurodytos. Draudikas pabrėžė, kad minėtoje sąskaitoje yra nurodytos tik tos išlaidos, kurios buvo papildomos, apdraustajai pasirinkus „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“, ir kurios nebuvo būtinos, apdraustajai teikiant skubią ir neatidėliotinę medicinos pagalbą. Atsižvelgdamas į tai, draudikas nurodė, kad 5 649,82 Eur medicinos išlaidos nepatenka į draudimo sutartimi teikiamos draudimo apsaugos apimtį.

Vertinant ginčo šalių nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.189 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad teisėtai sudaryta ir galiojanti sutartis jos šalims turi įstatymo galią. CK 6.156 straipsnio 1 dalyje įtvirtintas sutarčių laisvės principas: šalys turi teisę laisvai sudaryti sutartis ir savo nuožiūra nustatyti tarpusavio teises bei pareigas, jei tai neprieštaruja įstatymams.

Svarbu pažymėti, kad kelionių draudimo sutartis (*duomenys neskelbtini*) yra savanoriška, todėl draudikas, vadovaudamasis CK 6.156 straipsnio 1 dalies nuostatomis, tokio pobūdžio sutartyse gali savo nuožiūra pasiūlyti sąlygas, susijusias su teikiamos draudimo apsaugos apimtimi. Nuo pasirinktos draudimo apsaugos priklauso draudikui mokamo atlyginimo už prisiimtus įsipareigojimus, t. y. draudimo įmokos, dydis. Kasacinio teismo praktikoje yra nurodyta, kad draudimo sutartimi draudimo objektui teikiama draudimo apsauga nėra absoliuti – draudikas, prisiimdamas draudimo riziką, nustato draudimo sutartimi suteikiamos draudimo apsaugos ribas (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). Jeigu sutarties sąlygos yra parengtos aiškiai ir suprantamai, jos neturi būti aiškinamos per plačiai, priešingu atveju būtų nepagrįstai išplečiami draudiko prisiimti įsipareigojimai.

Draudimo apsauga nustatoma tiek draudiko parengtose draudimo rūšies taisyklėse, tiek draudimo liudijime aptartose individualiose sąlygose. 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) (Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2012-03-13 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-91/2012; 2009-06-15 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-257/2009; 2009-02-09 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-32/2009; 2013-04-19 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-215/2013).

Draudimo sutartyje įtvirtintos įvykio pripažinimo draudžiamuoju ir nedraudžiamuoju sąlygos yra nustatytos Taisyklėse. Taisyklių 2.1 papunktyje nustatyta, kad draudžiamuoju įvykiu pagal „medicininių išlaidų ir repatriacijos draudimo“ sąlygas laikytinas įvykis, kai draudimo sutarties galiojimo metu draudimo teritorijoje apdraustajam be jo valios staiga ir netikėtai atsiranda sveikatos sutrikimas, dėl kurio apdraustasis patiria „medicininių išlaidų ir repatriacijos draudimo“ sąlygose nurodytas išlaidas.

Taisyklių 3.2.1 papunktyje įtvirtinta, kad pagal draudimo sutartį nėra atlyginamos išlaidos už medicinos paslaugas, viršijančias būtinosios medicinos pagalbos apimtį. Būtinoji medicinos pagalba šio taisyklių skyriaus prasme yra oficialiai ir visuotinai pripažinta medicina pagrįsta skubi, nepertraukiama ir neatidėliotina medicinos pagalba, skirta grėsmei apdraustojo gyvybei pašalinti ar sunkioms komplikacijoms išvengti ir trunkanti iki anksčiausiai atsiradusio įvykio: apdraustojo būklės stabilumo; apdraustojo medicininės repatriacijos; apdraustojo mirties. Būtinoji medicinos pagalba neapima reabilitacinio, kurortinio ar sanatorinio gydymo, taip pat netradicinės medicinos priemonių.

Vertinant ginčo šalių paaiškinimus dėl 5 649,82 Eur medicinos išlaidų atitikties Taisyklių 3.2.1 papunktyje nustatytoms būtinosios medicinos pagalbos išlaidų sąlygoms Lietuvos bankui pateiktų įrodymų kontekste, pažymėtina, kad Lietuvos bankui ginčo šalių pateikti dokumentai ir paaiškinimai patvirtina, jog 2017 m. sausio 2 d. apdraustoji su Austrijos gydymo įstaiga pasirašė Susitarimą, kuriame nurodyta, jog į „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ patenka šios paslaugos: dvivietės arba vienvietės palatos pacientui suteikimas (nurodant, kad naudojimosi dviviete palata vienos dienos kaina yra 106,80 Eur, o naudojimosi vienviete palata vienos dienos kaina – 146,80 Eur); „gydytojų mokesčiai“, t. y. mokesčiai už skyriaus vadovų dalyvavimą, pacientui teikiant medicinos paslaugas, į kurias patenka chirurgijos, radiologijos ir anestezijos paslaugos; „paciento draudimas“ (0,73 Eur į dieną). Susitarime nurodyta, kad tuo atveju, jei

pacientai gydymo įstaigai pateikia galiojančią Europos sveikatos draudimo kortelę, išlaidos už pacientui suteiktas būtinosios medicinos pagalbos paslaugas yra apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų. Šių išlaidų apimtis priklauso nuo paciento diagnozės, taikomo gydymo ir trukmės.

Pareiškėjas kreipimesi į Lietuvos banką nurodė, kad apdraustoji prieš pasirašydama Susitarimą buvo informuota tik apie Susitarimo dėl vienvietės arba dvivietės palatos suteikimo sąlygas. Svarbu pažymėti, kad draudikas, siekdamas patikrinti šias pareiškėjo nurodytas aplinkybes ir įvertinti Susitarimo sudarymo aplinkybes, 2017 m. kovo 13 d., 2017 m. balandžio 25 d. ir 2017 m. balandžio 26 d. raštais kreipėsi į Austrijos ligoninę, prašydamas pateikti paaiškinimus apie Susitarimo sudarymą. Austrijos ligoninės atstovas 2017 m. balandžio 26 d. draudikui adresuotame rašte nurodė, kad pasiūlymą dėl medicinos paslaugų pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“ arba „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ teikimo pacientams teikia greitosios pagalbos medikai. Austrijos ligoninės atstovo teigimu, „kitą dieną po hospitalizavimo administracijos vadovai aplankė D. P. palatoje. Darbuotojai ją informavo apie skirtumą tarp standartinės ir aukščiausiosios klasės ir kad privalomojo sveikatos draudimo įmonės nepadengs papildomo mokesčio už aukščiausiąją klasę. Jeigu pacientai pasako administracijai, kad tai buvo klaida – paguldyti į aukščiausią klasę – mes perkeliame pacientą į standartinę klasę. Pacientė pasirašė įsipareigojimą.“

Svarbu pažymėti, kad Susitarimo duomenys buvo patvirtinti apdraustosios parašu ir šios aplinkybės pagrindžia, kad apdraustoji išreiškė valią dėl Susitarimo sąlygų, įtvirtinančių papildomų mokesčių pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ apimties nuostatas, taikymo. Pasirašydama Susitarimą apdraustoji savo parašu taip pat patvirtino, kad jai buvo suteikta informacija apie pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ taikomus papildomus mokesčius.

Pareiškėjas kreipimesi į Lietuvos banką iš esmės teigė, kad Susitarime nurodyti „gydytojo mokesčiai“, dėl kurių taikymo apdraustoji pasirašydama susitarimą išreiškė valią, – tai yra būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo mokesčiai, kuriuos turi atlyginti pagal kelionių draudimo sutartį (*duomenys neskelbtini*) draudiko mokama draudimo išmoka. Draudikas, nesutikdamas su šiomis pareiškėjo nurodytomis aplinkybėmis, pabrėžė, kad būtinosios medicinos pagalbos išlaidos – tai yra tos išlaidos, kurios gali būti mokamos tik pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinio“ sąlygas ir kurios, vadovaujantis Susitarimo nuostatomis dėl atlygintinų išlaidų, pacientui pateikus galiojančią Europos sveikatos draudimo kortelę, yra apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų.

Vertinant šias ginčo šalių nurodytas aplinkybes, pažymėtina, kad 2017 m. balandžio 25 d. Austrijos gydymo įstaigos atstovo draudikui adresuotame rašte nurodyta, jog būtinųjų medicinos paslaugų, kurios buvo apdraustajai suteiktos pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“, apimtis nesiskirtų nuo medicinos paslaugų, jeigu apdraustoji būtų pasirinkusi gydymą pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“. Atsižvelgiant į šio Austrijos gydymo įstaigos atstovo rašto, taip pat į 2017 m. kovo 22 d. rašto duomenis, pažymėtina, kad skirtumą tarp pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ ir pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“ suteikiamų paslaugų išlaidų sudaro tik Susitarime nurodyti papildomi mokesčiai: 1) mokesčiai už komforto palatą (nagrinėjamu atveju už apdraustajai suteiktą dvivietę palatą); 2) susitarime nurodyti „gydytojo mokesčiai“ ir 3) „paciento draudimas“ (vienos dienos draudimo kaina 0,73 Eur).

Pažymėtina, kad Lietuvos bankui pateikto 2017 m. balandžio 25 d. draudikui adresuoto Austrijos gydymo atstovo rašto duomenys patvirtina draudiko nurodytas aplinkybes, kad Susitarime nurodytos būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidos, kurios yra apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, pacientui pateikus galiojančią Europos sveikatos draudimo kortelę, yra pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“ pacientui suteikiamos būtinosios medicinos pagalbos išlaidos. 2017 m. kovo 17 d. rašte Austrijos gydymo įstaigos atstovas nurodė, kad apdraustajai dėl 2017 m. sausio 1 d. įvykio suteiktos būtinosios medicinos

pagalbos išlaidos sudarė apie 5 656 Eur. 2017 m. kovo 22 d. Austrijos gydymo įstaigos atstovas raštu draudikui patvirtino, kad Susitarimo pagrindu, apdraustajai pateikus galiojančią Europos sveikatos draudimo kortelę, Privalomojo sveikatos draudimo fondo buvo paprašyta Austrijos gydymo įstaigai sumokėti apie 5 656 Eur už apdraustajai suteiktas būtinąsias medicinos paslaugas (jų apimtis pagal „Premium klasės gydymo paslaugų rinkinį“ ir pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“ sutampa). 2017 m. kovo 22 d. Austrijos gydymo įstaigos atstovas rašte pabrėžė, kad Austrijos gydymo įstaigos reikalaujamos gražinti 5 972,41 Eur išlaidos – tai yra bendrąsias gydymo įstaigos apdraustajai suteiktų medicinos paslaugų išlaidas viršijančios išlaidos dėl pagal Susitarimą taikytų papildomų mokesčių: 1) mokesčių už dvivietę palatą, 2) „gydytojo mokesčių“ ir 3) „paciento draudimo“ mokesčių.

Pažymėtina, kad Austrijos gydymo įstaigos apdraustajai atsiųstoje sąskaitoje nurodyta, kad reikalaujamą sumokėti 5 972,41 Eur sumą sudaro: 1) 2,19 Eur „paciento draudimo“ mokestis (už 3 gydymo dienas, kai vienos dienos mokestis yra 0,73 Eur); 2) 320,40 Eur mokestis už dvivietę palatą (mokestis už 3 dienas, kai vienos dienos kaina – 106,80 Eur); 3) 340,80 Eur už gydytojo radiologo paslaugas; 4) 1 023,32 Eur už gydytojo anesteziologo paslaugas; 5) 4 285,70 Eur už chirurgo paslaugas (bendra „gydytojų mokesčių“ suma – 5 649,82 Eur). Remiantis Susitarimo nuostatomis, įtvirtinančiomis „gydytojų mokesčių sampratą“, ir vadovaujantis draudiko pateiktais įrodymais (draudiko ir Austrijos gydymo įstaigos atstovo susirašinėjimo duomenimis), darytina išvada, kad 5 649,82 Eur išlaidas sudaro papildomi mokesčiai už anesteziologijos, radiologijos ir chirurgijos skyrių vadovų apdraustajai suteiktas paslaugas (šių gydytojų dalyvavimą apdraustosios gydyme).

Svarbu pažymėti, kad pagrindinės (be papildomų mokesčių už anesteziologijos, radiologijos ir chirurgijos skyrių vadovų dalyvavimą apdraustosios gydyme) dėl apdraustajai atliktos kojos operacijos patirtos medicinos išlaidos (tarp jų ir apdraustajai atliktų chirurgijos, radiologijos ir anestezijos paslaugų išlaidos) sudarė apie 5 656 Eur, jos Austrijos gydymo įstaigos sąskaitoje nėra nurodytos, nes buvo atlygintos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų. Lietuvos bankui nebuvo pateikta jokių įrodymų, galinčių paneigti draudikui Austrijos gydymo įstaigos atstovo suteiktų duomenų pagrindu padarytos išvados, kad 5 656 Eur iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo Austrijos gydymo įstaigai išmokėta suma atlygino apdraustajai 2017 m. sausio 1 d. traumos metu patirto sužalojimo gydymo būtinąsias išlaidas (skubios, nepertraukiamos ir neatidėliotinos medicinos pagalbos išlaidas), ir galinčių pagrįsti, kad į Austrijos gydymo įstaigos sąskaitoje nurodytą 5 649,82 Eur „gydytojų mokesčių“ sumą buvo įskaičiuotos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo išlaidos. Atsižvelgiant į tai, darytina išvada, kad draudiko nurodytos aplinkybės, kad 5 649,82 Eur sumą sudaro tik būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų (atliktos operacijos ir kt.) išlaidas viršijantys „gydytojų mokesčiai“, yra pagrįstos.

Kaip pagrįstai nurodo draudikas, anesteziologijos, radiologijos ir chirurgijos skyrių vadovų dalyvavimas apdraustosios gydyme nebuvo būtinas, siekiant pašalinti grėsmę apdraustosios gyvybei arba išvengti komplikacijų dėl patirtos traumos, apdraustajai skubią, nepertraukiamą bei neatidėliotinę medicinos pagalbą galėjo suteikti gydymo įstaigoje dirbantys atitinkamos specializacijos gydytojai, kurių paslaugų išlaidos yra atlyginamos pagal Austrijos gydymo įstaigoje teikiamą „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“ ir kurios, remiantis Susitarimu, yra apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų galiojančios Europos sveikatos draudimo kortelės pagrindu. Todėl, remiantis Lietuvos banko nustatytomis aplinkybėmis, darytina išvada, kad draudiko nurodytos aplinkybės, jog Taisyklių 3.2.1 papunktyje įtvirtintą būtiniosios medicinos pagalbos sampratą ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų apimtį atitinka pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“ teikiamos paslaugos ir kad 5 649,82 Eur išlaidos už anesteziologijos, radiologijos ir chirurgijos skyrių vadovų dalyvavimą apdraustosios gydyme viršija būtiniosios medicinos pagalbos sampratą, yra pagrįstos.

Dėl pareiškėjo reikalavimo išmokėti papildomą 5 799,82 Eur draudimo išmoką ir draudiko išmokėtos draudimo išmokos dydžio pagrįstumo.

Lietuvos bankui pateikto draudiko ir Austrijos gydymo įstaigos atstovo susirašinėjimo duomenys patvirtina, kad, pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“, iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų nėra atlyginami papildomi paciento mokesčiai, kuriuos jis privalo mokėti Austrijos gydymo įstaigai, jeigu naudojasi medicinos paslaugomis, teikiamomis pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“. Remiantis Lietuvos bankui pateiktais įrodymais, nustatyta, kad paciento mokėtinų vienos dienos pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“ suteiktų medicinos paslaugų išlaidų dydis yra 11,94 Eur. Atsižvelgdamas į apdraustosios gydymo dėl 2017 m. sausio 1 d. traumos metu patirtų sužalojimų trukmę, draudikas pareiškėjui išmokėjo 35,82 Eur draudimo išmoką, atlyginančią 3 dienų būtinų medicinos paslaugų išlaidas (t. y. išlaidas už suteiktas medicinos paslaugas pagal „Standartinės klasės gydymo paslaugų rinkinį“), kurios nėra atlyginamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų ir kurias kyla pareiga draudikui atlyginti Taisyklių 5.2.2 papunkčio pagrindu (Taisyklių 5.2.2 papunktis nustato draudiko pareigą dėl draudžiamąjį įvykio naudą gavėjui išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią asmens sveikatos priežiūros įstaigos suteiktų medicinos paslaugų išlaidas).

Taisyklių 5.4.2 papunktyje taip pat nustatyta, kad draudikui kyla pareiga išmokėti draudimo išmoką, atlyginančią „30 Eur už kiekvieną dieną, apdraustojo praleistą stacionarinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, neviršijant 100 Eur dėl draudžiamąjį įvykio, jeigu apdraustasis turi su savimi galiojantį dokumentą, patvirtinantį jo draustumą Privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamąjį įvykio dieną, pateikia jį minėtos įstaigos atsakingiems darbuotojams ir už jo gydymą visiškai arba dalinai yra išmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto.“ Draudikas, atsižvelgdamas į tai, kad dėl 2017 m. sausio 1 d. įvykio apdraustosios patirtos 5 656 Eur būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidos Austrijos gydymo įstaigai buvo išmokėtos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, pareiškėjui Taisyklių 5.4.2 papunkčio pagrindu išmokėjo 90 Eur draudimo išmoką už 3 apdraustosios gydymosi Austrijos gydymo įstaigoje dienas.

Lietuvos bankui pateikti dokumentai taip pat patvirtina, kad draudikas, vadovaudamasis Taisyklių 5.2.1 ir 5.2.3 papunkčių nuostatomis, pareiškėjui išmokėjo draudimo išmoką, atlyginančią kitas pagal „mediciniųjų išlaidų ir repatriacijos draudimo“ sąlygas atlygintinas išlaidas (transportavimo į gydymo įstaigą, vaistų, ramentų įsigijimo išlaidas, išlaidas už rentgenologinio tyrimo atlikimą). Atsižvelgiant į tai ir remiantis Lietuvos banko nustatytomis aplinkybėmis, kad pareiškėjo reikalaujamos atlyginti 5 649,82 Eur „gydytojų mokesčių“ išlaidos viršija Taisyklių 3.2.1 papunktyje nustatytas būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas, darytina išvada, kad draudikui nekyla pareiga išmokėti papildomą draudimo išmoką, atlyginančią dėl 2017 m. sausio 1 d. apdraustosios traumas pasekmių patirtas medicinos išlaidas.

Atsižvelgiant į pareiškėjo draudikui keliamą reikalavimą atlyginti 150 Eur skolos išieškojimo išlaidas, kurias, pareiškėjo teigimu, sąlygojo draudiko iš kelionių draudimo sutarties (*duomenys neskelbtini*) kylančių pareigų netinkamas vykdymas, pažymėtina, kad Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas tinkamai vykdė sutartinius įsipareigojimus ir pareiškėjui dėl 2017 m. sausio 1 d. įvykio išmokėjo pagrįsto dydžio draudimo išmoką. Darytina išvada, kad pareiškėjo reikalavimas išmokėti papildomą 5 799,82 Eur draudimo išmoką, kurią sudaro 5 649,82 Eur „gydytojų mokesčiai“ ir 150 Eur skolos išieškojimo išlaidos, 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 papunkčių, n u s p r e n d ž i u:

Atmesti pareiškėjo P. P. reikalavimą.

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